Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 1 — 2 JANVIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Académie de médecine. — M. le Professeur Bezançon, a été élu vice-président pour 1937 et passera ainsi à la présidence en 1938.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinicat de la tuberculose* — Sont nommés chefs de clinique titulaires : MM. Pergola. Robert (P.).

Clinicat de cardiologie. — Chefs de clinique titulaires : Mlle Landowski, M. Leblanc M., Mlle Brosse Th., M. Boyer de Véricourt.

— La chaire de pathologie médicale et générale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est transformée en chaire de pathologie et thérapeutique générales (titulaire : M. Baudouin).

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* Mercredi 6 janvier. M. MADER : Etude radiologique de la maladie de Paget. — M. STREL : Les ostéo-orthospathies consécutives aux fractures articulaires. — Mme CAIRE : Etude des causes d'échec de la greffe d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte.

Clinique médicale des enfants (Professeur : M. Nobécourt). — *Cours d'hygiène infantile et d'éducation physique.* — Ce cours s'adresse aux personnes s'intéressant à l'hygiène infantile, à l'hygiène scolaire et à l'éducation physique. Durée du cours : 15 janvier au 15 juin.

Les leçons théoriques ont lieu à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin à l'hôpital des Enfants-Malades et l'après-midi dans les squares d'enfants et œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire les jeunes filles et femmes françaises et étrangères âgées de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours après examen. Le montant des droits (immatriculation comprise) est de 410 francs.

Directeur du cours : Docteur M. Maillet, ancien chef de clinique infantile à la Faculté. Pour tous renseignements, s'adresser de 9 heures à 12 heures à Mme Gamble, secrétaire générale, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres à Paris (XVe).

Clinique oto-rhino-laryngologique (Prof. : M. F. LEMAITRE). — *Enseignement théorique.* — M. E. HALPHEN, agrégé, commencera une série de conférences sur les affections du larynx, du pharynx et de l'œsophage, le vendredi 8 janvier 1937, à 18 heures (salle de thèses n° 2) et les continuera les vendredi et lundi à la même heure.

PROGRAMME. — 1° Vendredi 8 janvier : Laryngites aiguës. — 2° Lundi 11 janvier : Laryngites chroniques. — 3° Vendredi 15 janvier : Tuberculose du larynx. — 4° Lundi 18 janvier : Tuberculose du larynx (*suite*). — 5° Vendredi 22 janvier : Syphilis du larynx. — 6° Lundi 25 janvier : Cancer du larynx. — 7° Vendredi 29 janvier : Cancer du larynx (*suite*). — 8° Lundi 1er février : Tumeurs bénignes du larynx. — 9° Vendredi 5 février : Traumatismes du larynx et rétrécissements. — 10° Vendredi 12 février : Paralysies laryngées. — 11° Lundi 15 février : Spasmes du larynx. — 12° Vendredi 19 février : Corps étrangers des voies aériennes. — 13° Lundi 22 février : Cancer de l'œsophage. — 14° Vendredi 26 février : Rétrécissements de l'œsophage. — 15° Lundi 1er mars : Corps étrangers des voies digestives. — 16° Vendredi 5 mars : Diverticules et méga-œsophage. — 17° Lundi 8 mars : Phlegmon de l'amygdale. — 18° Vendredi 12 mars : Cancer de l'amygdale. — 19° Lundi 15 mars : Syphilis pharyngée. — 20° Vendredi 19 mars : Crénothérapie en laryngologie, par le Docteur Henri FLURIN, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Pathologie médicale (Professeur : M. Pierre Abrami. Deuxième série, janvier-février : M. Etienne Bernard, agrégé, Tuberculose pulmonaire ; M. Paul Chevallier, agrégé, Maladies du sang.) — M. Etienne BERNARD, commencera ses leçons le mercredi 13 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit Amphithéâtre.

M. Paul CHEVALLIER, commencera ses leçons le jeudi 14 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. TOURNAY et VELTER commenceront le mardi 19 janvier 1937, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, du 19 janvier au 25 février, selon le programme suivant :

1° Mardi 19 janvier 1937. M. TOURNAY : Ce que la neurologie oculaire doit à quinze ans d'oto-neuro-ophtalmologie ; introduction générale, historique, principes (1re partie). — 2° Jeudi 21 janvier. M. VELTER : Les altérations des voies optiques antérieures dans leurs rapports avec les affections sinusiennes. — 3° Samedi 23 janvier. M. TOURNAY : Ce que la neurologie oculaire doit à quinze ans d'oto-neuro-ophtalmologie (2e partie). — 4° Mardi 26 janvier. M. VELTER : Diagnostic des affections de la région chiasmatique, 1re partie : tumeurs. — 5° Jeudi 28 janvier. M. VELTER : Diagnostic des affections de la région chiasmatique, (2e partie) : affections non tumorales, arachnoïdites opto-chiasmatiques. — 6° Samedi 30 janvier. M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par les liquides stagnants et circulants (1re partie.)

7° Mardi 2 février. M. VELTER : Syndromes cliniques des lésions des voies optiques postérieures et des centres. — 8° Jeudi 4 février. M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par les liquides stagnants et circulants (2e partie). — 9° Samedi 6 février. M. VELTER : Symptômes oculaires dans les hypertensions intra-craniennes. — 10° Jeudi 11 février. M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (1re partie). — 11° Samedi 13 février. M. TOURNAY : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (2e partie). — 12° Mardi 16 février. M. VELTER : Symptômes oculaires dans les lésions du tronc cérébral. — 13° Jeudi 18 février. M. VELTER : Manifestations oculaires des abcès encéphaliques. — 14° Samedi 20 février. M. TOURNAY : La liaison O.N.

NOUVELLES

Académie de médecine. — M. le Professeur Bezançon, a été élu vice-président pour 1937 et passera ainsi à la présidence en 1938.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinicat de la tuberculose* — Sont nommés chefs de clinique titulaires : MM. Pergola. Robert (P.).

Clinicat de cardiologie. — Chefs de clinique titulaires : Mlle Landowski, M. Leblanc M., Mlle Brosse Th., M. Boyer de Véricourt.

— La chaire de pathologie médicale et générale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est transformée en chaire de pathologie et thérapeutique générales (titulaire : M. Baudouin).

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* Mercredi 6 janvier. M. Mader : Etude radiologique de la maladie de Paget. — M. Strel : Les ostéo-orthospathies consécutives aux fractures articulaires. — Mme Caire : Etude des causes d'échec de la greffe d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte.

Clinique médicale des enfants (Professeur : M. Nobécourt). — *Cours d'hygiène infantile et d'éducation physique.* — Ce cours s'adresse aux personnes s'intéressant à l'hygiène infantile, à l'hygiène scolaire et à l'éducation physique. Durée du cours : 15 janvier au 15 juin.

Les leçons théoriques ont lieu à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin à l'hôpital des Enfants-Malades et l'après-midi dans les squares d'enfants et œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire les jeunes filles et femmes françaises et étrangères âgées de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours après examen. Le montant des droits (immatriculation comprise) est de 410 francs.

Directeur du cours : Docteur M. Maillet, ancien chef de clinique infantile à la Faculté. Pour tous renseignements, s'adresser de 9 heures à 12 heures à Mme Gamble, secrétaire générale, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres à Paris (XVe).

Clinique oto-rhino-laryngologique (Prof. : M. F. Lemaitre). — *Enseignement théorique.* — M. E. Halphen, agrégé, commencera une série de conférences sur les affections du larynx, du pharynx et de l'œsophage, le vendredi 8 janvier 1937, à 18 heures (salle de thèses n° 2) et les continuera les vendredi et lundi à la même heure.

Programme. — 1° Vendredi 8 janvier : Laryngites aiguës. — 2° Lundi 11 janvier : Laryngites chroniques. — 3° Vendredi 15 janvier : Tuberculose du larynx. — 4° Lundi 18 janvier : Tuberculose du larynx (*suite*). — 5° Vendredi 22 janvier : Syphilis du larynx. — 6° Lundi 25 janvier : Cancer du larynx. — 7° Vendredi 29 janvier : Cancer du larynx (*suite*). — 8° Lundi 1er février : Tumeurs bénignes du larynx. — 9° Vendredi 5 février : Traumatismes du larynx et rétrécissements. — 10° Vendredi 12 février : Paralysies laryngées. — 11° Lundi 15 février : Spasmes du larynx. — 12° Vendredi 19 février : Corps étrangers des voies aériennes. — 13° Lundi 22 février : Cancer de l'œsophage. — 14° Vendredi 26 février : Rétrécissements de l'œsophage. — 15° Lundi 1er mars : Corps étrangers des voies digestives. — 16° Vendredi 5 mars : Diverticules et méga-œsophage. — 17° Lundi 8 mars : Phlegmon de l'amygdale. — 18° Vendredi 12 mars : Cancer de l'amygdale. — 19° Lundi 15 mars : Syphilis pharyngée. — 20° Vendredi 19 mars : Crénothérapie en laryngologie, par le Docteur Henri Flurin, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Pathologie médicale (Professeur : M. Pierre Abrami. Deuxième série, janvier-février : M. Etienne Bernard, agrégé, Tuberculose pulmonaire ; M. Paul Chevallier, agrégé, Maladies du sang.) — M. Etienne Bernard, commencera ses leçons le mercredi 13 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit Amphithéâtre.

M. Paul Chevallier, commencera ses leçons le jeudi 14 janvier 1937, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. Tournay et Velter commenceront le mardi 19 janvier 1937, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la meme heure, du 19 janvier au 25 février, selon le programme suivant :

1° Mardi 19 janvier 1937. M. Tournay : Ce que la neurologie oculaire doit à quinze ans d'oto-neuro-ophtalmologie ; introduction générale, historique, principes (1re partie). — 2° Jeudi 21 janvier. M. Velter : Les altérations des voies optiques antérieures dans leurs rapports avec les affections sinusiennes. — 3° Samedi 23 janvier. M. Tournay : Ce que la neurologie oculaire doit à quinze ans d'oto-neuro-ophtalmologie (2e partie). — 4° Mardi 26 janvier. M. Velter : Diagnostic des affections de la région chiasmatique, 1re partie : tumeurs. — 5° Jeudi 28 janvier. M. Velter : Diagnostic des affections de la région chiasmatique, (2e partie) : affections non tumorales, arachnoïdites opto-chiasmatiques. — 6° Samedi 30 janvier. M. Tournay : La liaison O.N.O. par les liquides stagnants et circulants (1re partie.)

7° Mardi 2 février. M. Velter : Syndromes cliniques des lésions des voies optiques postérieures et des centres. — 8° Jeudi 4 février. M. Tournay : La liaison O. N. O. par les liquides stagnants et circulants (2e partie). — 9° Samedi 6 février. M. Velter : Symptômes oculaires dans les hypertensions intra-craniennes. — 10° Jeudi 11 février. M. Tournay : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (1re partie). — 11° Samedi 13 février. M. Tournay : La liaison O. N. O. par la continuité du système nerveux cérébro-spinal (2e partie). — 12° Mardi 16 février. M. Velter : Symptômes oculaires dans les lésions du tronc cérébral. — 13° Jeudi 18 février. M. Velter : Manifestations oculaires des abcès encéphaliques. — 14° Samedi 20 février. M. Tournay : La liaison O.N.

liquides et viscères de l'organisme. Les conférences complémentaires des deux enseignements susdits seront annoncées par une affiche spéciale.

CONDITIONS POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE L'INSTITUT.— L'obtention du diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et médecine du Travail est subordonnée à la réussite aux examens qui auront lieu à la fin des deux cours.

Pour faciliter aux candidats, notamment aux médecins établis en province, la préparation de ce diplôme, les deux cours ne sont pas donnés simultanément ; mais l'inscription aux deux cours est unique.

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (pourvus de 16 inscriptions A. R. ou 20 N. R.), peuvent postuler le diplôme. Les titres et diplômes et, de plus, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de un droit d'immatriculation : 150 francs ; un droit de bibliothèque : 60 francs ; deux droits trimestriels de laboratoire à 200 francs soit 400 francs ; un droit d'examen : 20 francs.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Docteur Fillioux, un concours doit être ouvert chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1937, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1937, le concours sera ouvert le lundi 8 mars 1937. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 5 au 15 janvier 1937 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le vendredi 15 janvier, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1937, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les Maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 15 janvier 1937, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Année 1936-1937). — *Conférences du dimanche.* — L'Asssociation d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE DEUXIEME TRIMESTRE 1936-1937. — 10 janvier. M. CHABROL : Le sel biliaire en thérapeutique. — 17 janvier. M. DE SEZE : Diagnostic et traitement des sciatiques rhumatismales. — 24 janvier. M. AMEUILLE : Limites de l'exploration radiologique du poumon (projections). — 31 janvier. M. Julien MARIE : Considérations sur le syndrome cholériforme du nourrisson et son traitement. — 7 février. M. BABONNEIX : Conception actuelle de la chorée de Sydenham (projections). — 14 février. M. CHEVALLEY : Primo-infection tuberculeuse à Brévannes. — 21 février. M. SUREAU : Diagnostic biologique de la grossesse. — 28 février . M. SAINTON : Les psychoses des thyroïdiens. — 7 mars. M. BENDA : Sur l'à-propos de quelques recherches récentes en radiologie pulmonaire (projections).

Commission d'étude des accidents d'anesthésie. — La Société française d'anesthésie a créé une Commission permanente chargée d'étudier les accidents d'anesthésie qui lui seront soumis et d'arbitrer les questions litigieuses, d'un point de vue purement scientifique.

Cette Commission est composée du Bureau de la Société, de MM. Léon Binet, L. Cordier, Ch. Flandin, E. Fourneau, F. Lemaitre, M. Sureau, M. Tiffeneau et d'un juriste, Me Adrien Peytel.

PERMANENCE D'ANESTHÉSISTES. — La Société française d'anesthésie vient de créer un service de garde d'anesthésistes, qui fonctionnera à partir du 2 janvier 1937.

En téléphonant à Trocadéro 69-87, les chirurgiens et spécialistes auront à leur disposition, jour et nuit, un anesthésiste qualifié.

Légion d'honneur. — *Guerre.* (Active). *Officier* : MM. Romain, Ferry, Blazy, Pierron, Giraud, Bouchard, Magnenot, Montels, Gosswiller, Le Lyonnais, Codvelle, Volf, Girod, Gaillard, Richard, Toureng, Thirion, Martinet, Le Rouge, Raynaud Poirier.

Troupes coloniales : MM. Arlo, Colin, Conil, Lacommère, Clouet.

Chevalier : M. Lachaise, Courrier, Roques, Rone, Garrie, Desfour, Guérin.

Troupes coloniales : MM. Grinsard et Fournials.

Guerre. — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce :

Médecine : MM. Hamon (chaire de neuro-psychiatrie), Aujaleu (chaire des maladies et épidémies des armées), Sohier (même chaire).

Pharmacie : MM. Griffon (chaire de chimie appliquée à la biologie).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs MAGITOT, BOLLACK et E. HARTMANN, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 25 janvier 1937, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. Opérations sur les muscles oculaires. — II. Opérations sur la conjonctive et la cornée. — III. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — IV. Opérations sur les voies lacrymales. — V. Opérations antiglaucomateuses. — VI. Opérations palpébrales. Autoplasties. — VII. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — VIII. Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — IX. Opérations sur le cristallin. — X. Opérations sur l'orbite.

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence des chocs affectifs sur le psychisme des enfants

Par les Docteurs

G. PAUL-BONCOUR
Professeur
à l'Ecole d'anthropologie
Directeur médical de l'Institut
médico-pédagogique de Vitry

et

G. NÉRON
Ancien médecin-assistant
des Hôpitaux de Paris
Directeur médical de l'Institut
médico-pédagogique de Berck

Avant tout il ne faut pas d'équivoque : l'émotion est un phénomène normal. La réaction qui suit un choc ou une série de chocs mineurs, se montre chez tous les êtres sains : elle a donc la constance d'un réflexe. Toute émotion est en effet utile puisque l'ébranlement qu'elle suscite produit une stimulation nerveuse permettant à l'organisme de s'adapter aux circonstances inaccoutumées causes du phénomène. Mais si la réaction dépasse la mesure et surtout si elle se prolonge elle rentre dans le domaine pathologique. Certes existent des cas limites, mais d'une façon générale ne surgit aucune difficulté pour poser une étiquette pathologique sur un grand nombre de cas, ceux qui nous intéressent et sont envisagés dans cet article.

L'expression l'intensité et la durée de l'émotion varient suivant les individus et dépendent de causes multiples : 1° de la force du choc et de sa qualité ; 2° de l'état mental : il est certain qu'un être plein de jugement, ayant l'habitude de la réflexion saura se dominer, ce qui n'existe pas chez un être superficiel et incapable dans la vie courante de se maîtriser. Un sot a parfois des réactions exagérées même à la suite d'un choc minime, il existe chez lui une sorte de prolongement émotif et une multiplication du retentissement ; 3° du caractère des individus. A ce propos rappelons l'importance de cette cause essentielle mise en valeur par Dupré : la constitution émotive qu'il serait logique de nommer constitution hyperémotive : beaucoup de gens sont affectés d'un système nerveux vibrant avec réactions fortes : ce ne sont pas des hyperémotifs mais des émotifs. L'émotivité est chose normale et nécessaire : un être inémotif est un anormal. Au contraire l'émotivité exagérée (l'*hyperémotivité*) est une tare constitutionnelle ou acquise se traduisant par des phénomènes biopsychiques.

C'est sur ce terrain de culture que se développent les anomalies ou maladies de l'émotivité.

***

Tout ce qui précède concerne les adultes aussi bien que les enfants, or comme notre étude ne porte que sur ces derniers, il est bon de remarquer que chez eux l'émotivité joue un rôle plus considérable encore. Du moment que l'émotivité est la faculté de ressentir une émotion, une aptitude à réagir dont ne peut se passer un être humain, et qui, du point de vue évolutif, est antérieure à l'intelligence, à plus forte raison l'émotivité est-elle plus puissante chez un individu en voie de croissance. Chez un enfant une réaction émotive, qui nous paraît à nous adultes nullement proportionnée à sa cause, ne constitue pas systématiquement une anomalie. Mais sa prolongation démesurée et ses transformations sont toujours à redouter, d'autant que le jugement d'un enfant est débile : celui-ci ne possède pas un frein volontaire reprenant aisément et rapidement le dessus. En outre l'enfant a communément des réactions spécifiques : peur de tout, crainte de l'obscurité, souvenirs angoissants de spectacles, il est imaginatif (la mythomanie étant une hypertrophie de l'imagination, n'est-elle pas un caractère normal chez le jeune enfant ?) ; il exagère ce qu'il a vu et entendu et de là une perturbation de sa mentalité non encore évoluée. Il n'est donc pas surprenant qu'un choc émotif réagisse plus fortement.

Quoiqu'il en soit que ces phénomènes ne soient que transitoires ou qu'ils fassent craindre une installation de troubles nerveux il importe de les traiter et pour cela il faut tenir compte de la nature du sujet de ses tendances, de sa mentalité ; il existe chez l'enfant victime d'un choc un polymorphisme des réactions méritant d'être analysé ; nous en donnerons quelques exemples tirés de notre pratique. Entre l'enfant qui choqué n'a qu'une réaction brève et sans lendemain et celui qui en souffre pendant de longs mois s'intercalent une infinité de nuances : cela dépend certes de l'intensité du choc, mais aussi de la *variété d'hyperémotivité*. Or Codet excellent observateur, distingue deux types : l'*émotif* et l'*impressionnable* ; le premier est caractérisé par des réactions immédiates et extérieures : l'émotion est vive et les manifestations bruyantes mais atteignant de suite leur maximum : dans ce cas il y a comme une décharge et les phénomènes ont des chances de s'atténuer rapidement. Les sujets sont en général des sympathicotoniques. Au contraire l'impressionnable, qui est un vagotonique, n'a pas de réactions démonstratives au premier abord : au lieu de rougir, de se débattre, de s'agiter, l'impressionnable pâlit, peut s'évanouir. On croit l'émotion oubliée en raison de sa faible extériorisation, alors qu'elle n'est que refoulée sans être épuisée. Elle demeure dans le subconscient et peut se manifester ultérieurement par des phénomènes divers, souvent frustes et sans relation apparente avec la cause initiale. Les éducateurs et surtout les médecins neuro-pyschiatres ont donc le devoir de se souvenir que les conséquences d'un choc ont plus de chances d'être sérieuses chez un impressionnable. En somme il existe trois catégories de sujets : 1° ceux qui se révoltent, réagissent avec intensité mais oublient l'émotion quitte à renouveler à la moindre occasion leur réaction violente ; 2° ceux qui dociles et calmes en apparence acceptent le choc mais ne l'oublient pas et en souffrent longuement : ils se réfugient dans l'isolement ; 3° ceux qui sont de faux-dociles, malins, hypocrites, et dissimulent leur émotion mais qui méditent une vengeance : d'ou des sabotages, des actes nocifs, des tendances à la destructivité. Evidemment dans ce dernier cas il y a une alliance de tempéraments ; souvent la complexité est remarquable mais nous insistons justement sur le polymorphisme des réactions hyperémotives.

Ces dernières résultent également de la formule endocrinienne ; un *hyperthyroïdien* réagit autrement qu'un hypothyroïdien, les glandes surrénales troublées exercent aussi leur action. L'influence endocrinienne se manifeste particulièrement à certains moments de la croissance : notamment à la puberté, sous l'action du testicule ou de l'ovaire, apparaît une recrudescence de l'émotivité. Certaines psychoses de la puberté peuvent avoir pour origine un choc affectif qui à une autre époque n'aurait eu aucun effet durable.

A ce point de vue signalons l'influence des *pubertés précoces* : chez certaines filles cette précocité n'a aucune action, mais plus souvent elle provoque des troubles que ne s'expliquent pas les praticiens ne songeant pas à examiner le degré de développement pubertaire. Devant une fillette de 10 ans et demi ils s'étonnent de manifestations anormales, ils parlent de perversités, de viciations ! Or si cette enfant n'a que 10 ans et demi d'âge chronologique, il n'en est pas moins vrai que son âge biologique est de 13 ans et alors certaines manifestations sexuelles, certains modes de comportement ne sont plus des anomalies. C'est le cas d'une de nos pensionnaires Elise B... qui fût renvoyée de l'Institution où elle était placée parce qu'elle répondait aux lettres que lui écrivaient des jeunes gens qui la croyaient plus âgée en raison de son évolution morphologique également précoce. Les parents parlaient devant elle trop librement de choses sexuelles et toutes ces circonstances avaient provoqué le comportement de l'enfant. A

la suite du renvoi de l'institution le père donna à sa fille une fessée et la mit au pain sec durant quarante-huit heures : ce choc provoqua chez l'enfant une dépression, des insomnies, des rêves où elle se voyait battue de verges, etc... Par instants elle avait des réactions coléreuses et déclarait qu'elle quitterait ses parents et se suiciderait. Devant ces manifestations la famille décida de la confier à un établissement médical et là après un examen morphologique et une analyse scrupuleuse des faits, il fût aisé d'expliquer les troubles et de les rapporter à leurs véritables causes.

D'autres tendances constitutionnelles peuvent figurer dans le complexe étiologique. Telle la *constitution schizoïde* qui donne au choc une forme particulière. L'enfant schizoïde vit replié sur lui-même, aime la solitude, n'a pas d'amis, est distrait, rêveur, dans la lune. Le Docteur Borel, dans un article intitulé « rêveurs et boudeurs morbides » a cité des cas où sous l'influence d'un choc affectif la tendance précédente s'accentue et suscite un état de distraction et de rêverie donnant l'impression d'une démence commençante et pouvant aboutir à ce que le Docteur Heuyer a appelé le délire de rêverie. L'union d'une constitution hyperémotive et paranoïaque donne à la réaction une direction caractéristique. L'un de nous a eu dans son établissement un écolier de 12 ans. Lucien R... qui habituellement quatrième ou cinquième dans les compositions eut une défaillance : or le maître maladroitement se moqua de lui et lut le devoir en le commentant ironiquement ? L'enfant déjà vexé de sa mauvaise place fut très mortifié de l'attitude du maître et dès lors il travailla mal et se montra à l'égard de ses camarades et surtout des bons élèves d'une méchanceté non dissimulée. Il les frappait, déchirait leur livres et les accusait de copier au cours des compositions. A la suite d'une réponse insolente il fut congédié. Très aisément fût mise en lumière la cause de ces réactions. On se doute de ce que peuvent être les effets d'un choc affectif chez les sujets porteurs d'une *constitution perverse.* Du jour où un pervers éprouve un désagrément il est naturel que sa réaction soit dirigée sur des actes nocifs : agressivité, mensonges, vols, violences. Avant le choc l'enfant a certes des attitudes blâmables, mais supportables : après le choc la tendance perverse s'intensifie et nécessite des mesures médico-pédagogiques appropriées. L'effet d'un choc affectif sur un être prédisposé à la perversité a un intérêt pratique considérable. Certains psychiatres posent aisément le diagnostic de perversité des instincts sans en indiquer le degré : ils ne tiennent pas compte des variétés correspondant aux stades de l'évolution de la sociabilité que l'un de nous a mis en lumière : stade égoïste, stade égo-altruiste, stade de maturité morale. Il est évident que l'atrophié moral (fixé au stade égoïste) est un être inamendable et dont les réactions antisociales ne peuvent guère être maîtrisées. Mais le sujet fixé au stade égo-altruiste (à ce stade où la moralité est instable) peut être adapté à la vie sociale : seulement en cas de choc affectif les tendances altruistes s'effacent dominées par les instincts égoïstes et l'apparence est celle d'un atrophié moral. Il importe donc avant d'émettre un diagnostic définitif d'être renseigné sur l'état antérieur et habituel de la moralité et de rechercher si des circonstances provocatrices d'émotion n'ont pas engendré une accumulation des tendances nocives. Certaines perversités périodiques dépendent également de ce mécanisme. Quand il s'agit de mineurs délinquants la méconnaissance de ces faits est grosse de conséquences, car elle tend à prendre une mesure qui au lieu d'amender l'enfant ne fera que le maintenir dans une mauvaise direction.

***

Le *niveau mental* se repercute également sur les réactions émotives. Un débile est plus émotif qu'un normal ou mieux son émotivité non maîtrisée par le jugement est plus apte à subir une défaillance. La cure d'un débile est par contre plus aisée en raison de sa suggestibilité. Sans parler de débilité psychique il est clair qu'au fur et à mesure que grandit l'enfant les tendances émotives diminuent : il est plus maître de lui et son jugement est plus ferme. A moins d'un état névropathique accentué, un choc émotif plus violent ou plus prolongé est nécessaire pour engendrer une réaction morbide. N'oublions pas cependant qu'il existe des arriérations affectives et que des adolescents intelligents ont une émotivité de type infantile : leur réaction n'est en rapport ni avec l'âge ni avec le développement mental. On voit ces adolescents pleurer aisément, manifester des craintes puériles, au point qu'on les considère après un examen superficiel ou trop bref, comme des niais ou des débiles. Les émotifs sont en somme comme l'a montré le Docteur Gilbert Robin des retardés de l'affectivité : leur évolution de ce point de vue limité a été incomplète. Cette situation est celle des hystériques qui sont eux aussi des retardés de l'affectivité. Ce retard affectif se rencontre chez les arriérés psychiques, mais dans ce cas le niveau affectif correspond au niveau mental et ne présente pas le caractère discordant du type précédent.

Cet exposé n'a pas la prétention d'avoir mis en lumière toutes les formes de réactions émotives : nous avons tenu surtout à signaler quelques-uns des éléments qui interviennent pour expliquer le polymorphisme des phénomènes et qui se mélangent constamment. De même il est très difficile de passer en revue toutes les circonstances susceptibles de provoquer un choc : ce qui suit tend à prouver le rôle et souvent la maladresse de tous ceux qui sont à un degré quelconque chargés de l'éducation de l'enfant (maîtres, parents, chefs d'atelier).

Il ne faut faire à l'enfant « nulle peine, même légère, a-t-on dit avec attendrissement ». Pourtant, c'est continuellement, même dans les familles les plus attentives, que l'enfant est exposé à des chocs affectifs aussi graves que ceux qui peuvent frapper les adultes eux-mêmes.

Comme nous l'avons dit, il convient de remarquer que les événements ne sont pas ressentis par l'enfant avec la même intensité que par l'adulte. Certains de ces événements, qui troublent l'adulte, qui frappent sa sensibilité au plus haut point, ne rencontrent que peu de résonance chez l'enfant ; d'autres, au contraire, que notre psychisme d'adulte considère comme négligeables, atteignent chez lui une intensité dramatique considérable. Nous ne pouvons entrer ici dans la description de ces différentes qualités d'émotion, aussi bien, les ouvrages de psychologie sont-ils sur ce sujet abondants et quelques-uns remarquables, nous ne voulons tenter ici que l'étude de ces chocs affectifs sur le psychisme de l'enfant, effets soit immédiats, soit à longue échéance.

Pour la commodité de l'exposition, nous envisagerons successivement :

1° Les chocs affectifs évidents.
2° Les chocs affectifs à rechercher.

1° Chocs affectifs évidents. — Il existe des émotions, des peurs, que nous ne pouvons éviter à l'enfant ; ce sont celles qui se produisent lors d'accidents automobiles, chemin de fer, incendie, par exemple. La durée des troubles à la suite d'un choc de cet ordre est en général peu considérable ; il s'agit le plus souvent de troubles du sommeil : cauchemars pendant lesquels l'accidenté revit son accident.

Dans un autre ordre de faits la responsabilité du milieu : famille, maîtres, camarades, est évidente.

C'est ainsi que des *discussions familiales* peuvent avoir sur le psychisme de l'enfant les plus graves répercussions ; l'observation suivante est un exemple assez démonstratif de ces cas.

Ma... An., 10 ans 1/2. Le père est représentant en vins, alcoolique, la mère très émotive. Au cours d'une scène particulièrement violente, la mère est menacée de mort par son mari. L'enfant, très intelligent, premier de sa classe, qui avait assisté à toute la scène, manifeste deux jours après une extrême agitation, phénomènes de frayeur, insomnie avec cauchemars. Une hallucination visuelle : voit un bandit armé de revolver. Examiné par le médecin, il commence par l'accueillir assez mal, lui lançant à la tête toutes les pièces de sa literie, refuse de prendre les médicaments prescrits car « ils l'empoisonneraient », puis assez rapidement se calme, et explique « du ton d'un adulte bien élevé » : Vous comprenez, Monsieur, on essaie de tout concilier, et on ne peut pas, c'est bien triste. Quelques jours après, l'enfant était à nouveau tout à fait normal, très bon élève, il



Par ces temps de froid, veuillez penser au

VIVOLÉOL

HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE

Garantie active
et
riche en vitamines

(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)

Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.

LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe

Vivoléol

T. JEP. CARRÉ PARIS

était retourné en classe. Les difficultés familiales avaient paru s'aplanir, le père effrayé ayant promis (?) d'être sobre à l'avenir.

Des *conversations imprudentes* tenues devant les enfants peuvent avoir les plus graves conséquences ; c'est le devoir des médecins et des éducateurs de prévenir de ce fait les familles. Trop souvent les parents parlent devant leurs enfants, surtout au moment des repas de leurs préoccupations de tous ordres : crainte de guerre, récits de crimes lus dans les journaux, actuellement préoccupations financières graves nées de la période critique présente, et se laissent aller à des paroles imprudentes que l'enfant avec sa logique, interprète dans le sens le plus dramatique.

C'est ainsi que l'enfant :

Pa... R., 5 ans, intelligent, mais très émotif, inquiétait depuis une huitaine de jours ses parents par des préoccupations anxieuses presques toutes à base monétaire : il refusait de manger, ou ne mangeait que très peu, parce qu'il ne voulait pas faire dépenser d'argent à ses parents, s'inquiétait de ce qui arriverait s'il était malade. « Le médecin est cher, les médicaments sont chers, et si on me met à l'hôpital, est-ce que papa pourra payer ? » Interrogé, le père, qui jouit d'ailleurs d'une situation de fortune enviable, se souvint avoir laissé échapper à table en lisant le journal, des réflexions désabusées : « Si cela continue, il n'y aura plus moyen de vivre, la crise est terrible, on n'aura bientôt plus à manger » ou quelque chose d'approchant. Cet état s'atténue progressivement, et le retour à la normale se fait en une quinzaine de jours environ ; les parents surveillent depuis leurs conversations quand ils sont en présence de leur fils.

Des récits, des *contes fantastiques* peuvent aboutir aux mêmes fâcheux résultats. L'un de nous a observé un enfant de 10 ans qui avait séjourné de longues années en Indochine avec ses parents qui avaient ramené avec eux une servante indochinoise, l'enfant présenta à la suite d'un conte de sa nourrice indochinoise un syndrome confusionnel qui dura plusieurs jours et au cours duquel il se croyait poursuivi par les « Makouis » (démons malfaisants de la religion indochinoise).

La *crainte du maître ou de l'autorité sous toutes ses formes* est retrouvée également très souvent à l'origine de chocs affectifs graves. L'observation inédite suivante que nous publions avec l'aimable autorisation du Docteur Heuyer provient de la riche collection des archives de la Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile (Obs. 3).

An... Le., 11 ans. Père décédé. Mère remariée, le beau-père paraît normal, la mère est très sévère avec l'enfant. A la suite de divers incidents, il fut décidé de séparer l'enfant de son milieu familial, et de le placer à la campagne par l'intermédiaire d'un patronage. Il était depuis quelques jours dans une famille quand le feu prit la nuit à une meule. Un paysan lui dit avec brutalité, qu'il devait être l'incendiaire et que les gendarmes allaient sûrement l'arrêter. Une véritable panique se déclara alors (quoique l'enquête à laquelle se livra par la suite le délégué du patronage ait montré, non seulement que l'enfant était innocent, mais que la réflexion lui aurait montré qu'il ne pouvait être soupçonné). An... se sauva à travers champs, et fut retrouvé une heure après, alors qu'il tentait de s'étrangler avec son foulard. Ramené à Paris, au centre d'observation de la Clinique annexe de neuro-psychitarie infantile, il présenta pendant deux jours, un état anxieux très intense, se croyant poursuivi pardes gendarmes, avec hallucinations auditives et visuelles, au cours desquelles, il fait d'innombrables tentatives de suicide : veut se jeter du haut d'un escalier, essaye de s'étrangler avec un mouchoir, de se pendre avec un cordon de tablier à un bouton de porte ; il doit être interné d'office à l'infirmerie spéciale.

Les *camarades* de l'enfant peuvent également causer des peurs à conséquences très graves. Ce qui montre bien à quel point l'enfant est sensible aux excitations de ses compagnons de jeu, c'est la fréquence avec laquelle les enfants aiment à jouer à se faire peur, puis souvent, pris au jeu sont en proie à de véritables terreurs paniques ; nous en avons observé des cas fréquents en voyant des enfants jouer au jeu à la mode « les gangsters ».

Tout récemment, l'un de nous avait à examiner un enfant qui inquiétait depuis un mois le médecin-chef d'un établissement hospitalier. Cet enfant, en état de bonne santé physique, intelligent, et gai, était devenu presque subitement triste, refusait de manger ou mangeait très peu ; au dortoir restait toujours couché, la tête contre le mur. Le personne, le changea de dortoir et constata que la gaieté de l'enfant revenait ; mais dès qu'il y fut à nouveau replacé, il reprit la même attitude. Notre enquête nous révéla rapidement que l'enfant s'étant pris de querelle avec un de ses camarades plus âgés, celui-ci l'avait menacé de le battre ; il n'avait jamais osé se plaindre, mais vivait depuis ce temps dans une terreur panique absolument disproportionnée à la cause.

On doit également recommander aux parents d'éviter de conduire leurs enfants à des *spectacles* générateurs d'émotions, tels que les trapézistes surtout s'ils travaillent sans filet, les courses d'automobiles, les courses de motocyclettes, le *cinéma*. Doit-on mener les enfants au cinéma ? En Belgique même où la législation est plus sévère que la nôtre, de bons esprits, et parmi eux Rouvroy estiment que sa sévérité est insuffisante, et qu'il vaut mieux l'interdire complètement. En dehors, disent-ils en effet, des fraudes toujours possibles concernant l'âge, même les films censurés ne nous satisfont pas, car dans sa rapidité, dans sa façon forcément brutale et violente de présenter les faits, le cinéma, indépendamment de la fatigue oculaire qu'il provoque est fatalement un mauvais éducateur. En France, il nous a été donné à plusieurs reprises de voir à quel point des patronages, même religieux, pouvaient commettre de redoulables erreurs, coupant impitoyablement tous les passages où le plus léger érotisme pouvait se laisser apercevoir ou seulement deviner ; mais laissant passer par contre des films pouvant déclencher chez l'enfant les plus graves réactions émotives. Par exemple le film : Poil de Carotte ou David Colder. A propos du premier film, nous mentionnerions que nous-mêmes avons vu trois tentatives de suicide survenir chez les enfants dans les jours qui ont suivi la vue de ce film, ainsi que des fugues et des réactions anxieuses.

2° Chocs affectifs a rechercher. — Il est certain que les familles ont toujours tendance à rechercher pour expliquer une affection psychique de leur enfant et surtout un retard intellectuel un facteur émotionnel quelconque, particulièrement une peur, soit de l'enfant, soit de la mère pendant la grossesse.

Si dans ce domaine les parents ont toujours exagéré, et exagéreront vraisemblablement toujours, il n'en est pas moins vrai que les médecins n'ont pas toujours recherché avec assez de soin les chocs émotifs de l'enfance. C'est un grand mérite de la psychanalyse que d'avoir peut-être réappris à certains à examiner leurs petits malades avec patience et longueur de temps. Les psychanalystes ont toujours avec Freud insisté sur le fait que les chocs effectifs responsables des névroses infantiles étaient le plus souvent très précoces, et modifiés par la censure au point qu'ils en étaient méconnaissables.

Une des observations les plus démonstratives que l'on puisse citer à ce point de vue est celle de Mme Morgenstern « Observation d'un mutisme psychogène » dans laquelle l'auteur raconte avec la sagacité fine et précise qui lui est habituelle le cas d'un enfant qui présenta pendant plusieurs mois un mutisme complet. L'analyse qui utilisa avec un rare bonheur le goût que l'enfant manifestait pour le dessin, guérit le mutisme en mettant à nu des processus véritablement schématiques au point de vue de la doctrine psychanalytique. Le mutisme était ici une punition que l'enfant s'infligeait à lui-même pour éviter un châtiment redoutable qu'il se croyait mériter. Or, ce châtiment dont le père l'avait menacé trois ans auparavant et pour un autre motif, n'était autre que la « castration ». A noter que pour les psychanalystes ces chocs doivent être considérés comme étant dans la règle extrêmement précoces. Y a-t-il exagération ? Ce n'est pas dans le cadre de cette brève étude que nous pourrions prendre parti ; mais pour montrer jusqu'où l'on peut faire remonter la précocité des traumatismes affectifs chez le nourrisson, citons cette observation d'un pédiatre non-psychanalyste, le Docteur Stirniman, de Lucerne. Un nourrisson devenait inquiet chaque fois qu'il entendait le son d'une voix d'homme ; l'auteur qui n'avait jamais fait subir ni traitement, ni intervention douloureuse à l'enfant en était étonné ; la mère lui raconta que pendant sa grossesse, elle avait

été très souvent menacée par son mari. Par la suite, cet enfant montrait une antipathie nette pour tous les hommes et se mettait à crier rien qu'en les voyant.

Si ces recherches psychanalytiques ou tout au moins inspirées de la psychanalyse doivent en tout état de cause rester l'exception, il convient en tout cas de tenir grand compte dans tout examen d'enfant de la possibilité de ces chocs affectifs non-évidents, et on se trouvera toujours bien si on le peut, et on le peut presque toujours quand on le veut, de se documenter sur le climat émotif dans lequel vit l'enfant, ambiance familiale scolaire, présente et passée ; bien des résultats en seront obtenus, bien des erreurs de pronostics évitées.

***

La *conclusion s'impose* : il convient de prévenir les chocs émotifs et nous avons donné un aperçu rapide des causes individuelles et mésologiques qui les provoquent. Certes on pourrait non reprocher, après avoir lu ce qui précède, de vouloir rendre la tâche des éducateurs par trop difficile et délicate, et de faire aux parents attentifs, et ils sont nombreux, une vie véritablement intenable. Car, si l'on veut écarter de l'enfant tous les chocs émotifs, une surveillance de tous les instants est nécessaire. Les parents de Montaigne, pour lui éviter même le choc pénible d'un réveil brutal le faisaient réveiller dans sa prime enfance par le son mélodieux d'instruments de musique jouant en sourdine ; devons-nous trouver une telle attitude obligatoire, ou même possible et raisonnable et maintenir toujours autour de ce précieux objet la même ouate morale, éviter toute émotion, tout spectacle susceptible de provoquer frayeur ou crainte.

Il faut bien convenir qu'une telle surveillance est inapplicable, et que si tout choc émotif devait toujours avoir des résultats fâcheux, aucune éducation ne serait possible ; mais, de même qu'il existe des enfants hémophiles qui doivent être soigneusement protégés de tout choc, il y a des enfants pour lesquels on doit redouter tout choc moral insignifiant. Ce sont les enfants à tempérament émotif « tout leur est peine et martyr, l'enfance est trop lourde pour eux ».

Reconnaître ces enfants émotifs et savoir demander aux parents d'adopter l'attitude convenable est la tâche difficile du médecin de famille, le premier et souvent le seul consulté. C'est surtout à lui que nous avons pensé en écrivant cet essai, et nous serions heureux si nous avons pu l'aider.

« Une *médecin praticien*, dans le sens traditionnel de la profession médicale, est un *homme libre* ; il n'a pas d'autres obligations que celles d'exercer honorablement sa profession, en se soumettant aux principes déontologiques qui en définissent les devoirs et les droits. De quel droit — à moins que nous ne tombions dans les bas-fonds d'une oppression aveugle — un Etat, conscient de sa mission, pourrait-il priver des individus libres de recourir à l'expérience d'un médecin dont la valeur morale et scientifique est reconnue de tous ? (Prof. E. Sergent. La médecine sociale ne doit pas mener à une étatisation abusive. *Le Flambeau*, 21 oct. 1936, cité par le *Journal des Praticiens*, 21 nov.)

« Si la profession médicale veut lutter efficacement contre les dangers qui la menacent dans ses bases fondamentales d'honorabilité, d'indépendance et de bienfaisance sociale, il faut que *tous* ses membres s'unissent dans une organisation nettement corporative.

« La Corporation médicale doit avoir, pour l'avenir social qui s'annonce, des statuts logiquement et solidement établis. Elle doit chercher la meilleure manière de réaliser ce plan initial et fondamental en prenant pour base le respect des principes d'honneur et des traditions qui ont assuré son prestige, le maintien de son caractère libéral et indépendant, les réformes rendues nécessaires dans les programmes d'enseignement. » (Professeur E. Sergent. — *Le Flambeau*, 21 octobre 1936. Cité par le *Journal des Praticiens*, 21 novembre 1936.)

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-ANTOINE

Professeur Maurice Loeper

Maladie de Nicolas-Favre [1]

Par le Docteur **Marcel PERRAULT**

Chef de Clinique à la Faculté

En 1913, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, MM. Nicolas, Favre et Durand, individualisaient fortement, dans le groupe disparate des bubons de l'aine, une variété spéciale d'adénopathies d'origine vénérienne (quatrième maladie vénérienne), distincte des autres adénopathies spécifiques : syphilitique, chancrelleuse, bacillaire ou pesteuse.

Leur élève Gaté, la même année, consacrait sa thèse inaugurale à l'affection désignée par les auteurs lyonnais sous le nom (d'ailleurs mal choisi car il prête à confusion avec la maladie de Paltauf-Sternberg) de lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Après quelques vicissitudes, l'entité nouvelle a définitivement acquis droit de cité. Les cas typiques s'en sont multipliés. Les formes atypiques aussi, et l'extension de la maladie apparaît grande, ses limites étant encore sujettes à variation.

Une riche synonymie la désigne. Les auteurs lyonnais, récemment, ont adopté le nom proposé par N. Fiessinger, de « poradénite ». Mais il est sans doute préférable, et il n'est que juste, de l'appeler maladie de Nicolas et Favre, du nom des auteurs qui, véritablement les premiers, la constituèrent en une solide entité.

Du point de vue historique en effet nous ne rappellerons que pour mémoire les travaux fragmentaires de Chassaignac, de Velpeau, de Nélaton, de Lejars, de Marion et Gandy...

La thèse de Phylactos (1922), le mémoire de Ravaut, Boulin et Rabeau (1924) ont complété la description anatomo-clinique des auteurs lyonnais.

Mais si la maladie avait une individualité clinique assurée, encore que certains et non des moindres la missent en doute, elle ne pouvait inscrire à preuve aucun argument décisif. L'histologie en particulier n'emportait pas la conviction. La présence de cellules géantes sur les coupes avait conduit nombre de bons esprits à faire des rapprochements erronés avec la bacillose.

En 1925, Frei montre que le pus ganglionnaire, convenablement dilué et tyndallisé, constitue un antigène susceptible par intradermo réaction de révéler l'allergie spécifique déterminée par la maladie. Du coup elle y trouve ses lettres de noblesse et ses frontières vont s'étendre.

En 1930, Hellerström et Wassen, inoculant au cerveau du singe du pus ganglionnaire de maladie de Nicolas-Favre, obtiennent une encéphalite spécifique transmissible en série.

Dès 1920, Jersild pensa que le « syphilome ano-rectal » de Fournier, certains rétrécissements du rectum, certains éléphantiasis périnéaux, certains esthiomènes vulvaires, ressortissaient à une infection commune lymphotrope.

---

(1) Leçon faite le 19 mai 1936.



En 1928, la réaction de Frei est pratiquée chez des sujets porteurs de telles affections. Elle est positive.

En 1932, Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera, à partir d'un rétrécissement du rectum, réussissent à obtenir l'encéphalite spécifique du singe.

Telles sont les grandes dates qui jalonnent cette courte et brillante période de moins de vingt ans durant laquelle l'affection qui nous occupe fut tirée d'abord d'une méconnaissance quasi-totale puis étudiée avec une précision et un bonheur singuliers.

***

La maladie de Nicolas-Favre est une maladie infectieuse, spécifique, contagieuse, due à un virus filtrant, pathogène pour l'homme et certains animaux, transmissible en série.

Elle n'est pas auto-inoculable, au sens où on l'entend en ce qui concerne la chancrelle.

Pour l'étude des propriétés expérimentales du virus, le singe est l'animal de choix (Hellerström) : après une incubation silencieuse de six à douze jours l'animal (macacus rhesus ou cynomolgus), inoculé par voie intracérébrale, présente de la somnolence, de l'asthénie, parfois des convulsions. Parfois au contraire la maladie demeure inapparente.

Les lésions histologiques frappent surtout le mésoderme. Il s'agit d'une mésodermose neurotrope (Levaditi).

La virulence des souches (entretenue par les passages intracérébraux) est très variable : tantôt 2 à 3 passages possibles, tantôt jusqu'à 37.

On retrouve ces variations dans le pouvoir antigénique de l'antigène humain ou simien, d'où la nécessité de mélanger plusieurs antigènes et de les étalonner avant usage.

L'infection du singe peut ne pas se localiser au cerveau, mais être généralisée : on a retrouvé le virus dans différents parenchymes, voire dans le sang dont le sérum en tout cas, comme celui de l'homme atteint de Nicolas-Favre, présente des propriétés virulicides.

L'inoculation est d'ailleurs possible sous-préputiale, intrapéritonéale, intratesticulaire, intraganglionnaire...

Les preuves de la nature spécifique de la maladie expérimentale sont :

— la structure histologique des lésions ganglionnaires et cérébro-méningées du singe, identique à celle des lésions humaines ;

— la reproduction en série par des passages en série ;

— la possibilité d'inoculer à l'homme la maladie de Nicolas-Favre en partant du matériel simien (Levatidi, Lépine et A. Marie, Chevallier et Bernard) ;

— le fait que le virus simien permet la fabrication d'un antigène qui donne des résultats identiques à ceux de l'antigène de provenance humaine (Ravaut, Levaditi) ;

— les propriétés virulicides identiques des sérums simiens et humains ;

— le fait enfin qu'aucun autre matériel n'a permis de reproduire chez le singe les mêmes lésions.

D'autres animaux que le singe sont utilisables : la souris, très bonne (infection inapparente) ; le lapin, discuté (oui pour Chevallier et ses élèves, pour Phylactos) ; le cobaye. Ce dernier constitue un « animal sélecteur » de choix. C'est lui qui a permis à Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera, puis ultérieurement à Lœderich, Levaditi, Mamou et Beauchène, de séparer le virus de la maladie de Nicolas-Favre des germes banaux associés. Lorsqu'on a la certitude, ou la crainte, d'une telle association, l'injection au cobaye donne, dans un premier temps, un abcès d'aspect banal qui va guérir en laissant à sa suite des adénopathies dont la nature pourra être mise en évidence par l'inoculation au singe.

Les autres propriétés du virus sont les suivantes : il s'agit d'un virus filtrable à travers les bougies Chamberland et Berkefeld V, mais non à travers les ultra-filtres en collodion (contrairement aux virus de l'herpès ou de la rage par exemple). Il résiste au moins dix jours à — 3°, perd son activité par 30 minutes de chauffage à 60°, *mais, dans ce dernier cas, conserve son pouvoir antigénique.* Non modifié par la bile, par l'eau oxygénée, l'iode diluée, il est détruit par le formol à 1 pour 1.000. On ne l'a jamais pu cultiver, même en sacs de collodion dans le péritoine du lapin.

***

La maladie de Nicolas-Favre est relativement fréquente. Cette fréquence augmente depuis quelques années. Elle atteint, dit-on, plus souvent les hommes. Ce n'est vrai que des formes inguinales typiques. Chez les femmes, souvent, il s'agit de ganglions profonds ou de formes légères. Les formes inapparentes de même doivent être fréquentes. La contamination est en règle vénérienne et le plus souvent génitale, mais souvent aussi paragénitale. Rarement elle est accidentelle comme chez le chirurgien dont Nicolas et Favre ont rapporté l'observation.

Le virus suit les lymphatiques. Il est essentiellement lymphotrope.

En ce qui concerne les formes ano-rectales on a incriminé suivant les cas :

— l'inoculation directe (sodomie : Ravaut, Bensaude) qui paraît le plus souvent en cause ;

— le blocage des ganglions prérectaux par lymphangite rétrograde (Jersild) ;

— l'infection cellulitique périlymphatique tendant vers la sclérose comme toutes les lésions de la maladie (Nicolas et Favre).

***

L'anatomie pathologique étudie les lésions ganglionnaires et les lésions ano-rectales.

a) *Lésions ganglionnaires* :

Au début les ganglions atteints sont simplement gros et congestionnés. Très vite leur coupe va montrer un ou plusieurs îlots de nécrose qui se multiplient, fusionnent de façon serpigineuse, transformant le ganglion en guêpier.

D'abord isolés, les ganglions s'accolent, formant des masses plus ou moins volumineuses, non seulement inguinales superficielles, mais profondes, iliaques externes, où se développe une adénomégalie généralement volumineuse.

La périadénite est constante, présentant des abcès analogues aux abcès ganglionnaires.

Ce clapier purulent, dans son ensemble, va évoluer progressivement vers la sclérose.

Histologiquement, on note un bouleversement du tissu lymphoïde par un processus inflammatoire qui dépasse les limites du ganglion.

Au début, l'abcès intraganglionnaire se présente sous l'aspect d'un petit nodule montrant en son centre une plage de nécrose entourée par une zone de cellules épithélioïdes en palissade au delà desquelles on note le plus souvent des cellules géantes.

Plus tard, le centre nécrosé s'infiltre de polynucléaires neutrophiles d'où micro-abcès qui va confluer avec les voisins.

Souvent, à côté de ces lésions typiques, on note une réaction polymorphe à plasmocytes, éosinophiles, monocytes.

Ce tissu de granulome va évoluer vers la sclérose : sclérose fibreuse apparaissant sous forme de fibres conjonctives gagnant de tout côté et noyant tout : ganglions, voies lymphatiques, tissu cellulaire voisin. Des micro-abcès persistent d'ailleurs souvent et fort longtemps au sein de cette sclérose.

b) *Lésions ano-rectales* :

Nous ne pouvons ici faire toute l'anatomie pathologique des rétrécissements du rectum. On a retrouvé (Jersild 1920, Nicolas et Fabre), les lésions précédentes (sclérose, granulomatose, micro-abcès).

◆◆

La sclérose de la sous-muqueuse s'étend très loin, à distance de la stricture.

L'atmosphère périrectale est intéressée très à distance, formant un bloc, une véritable « coulée de ciment » (Gatelier et Weiss) contenant souvent de petits abcès, point de départ de fistules anales et périnéales.

Gagnant les plans superficiels, consolidant l'œdème périnéal dû à la stase lymphatique, cette sclérose va former l'armature définitive des lésions anorecto-périnéo-vulvaires.

***

Nous commencerons *l'étude clinique* par la description de la *forme inguinale typique*.

Elle se voit en général chez un adulte jeune, du sexe masculin, 10 à 35 jours après le coït présumé infectant. Il s'agit d'une adénopathie inguinale unilatérale qui débute insidieusement, sans signes inflammatoires locaux ou généraux bien accusés.

On pense d'emblée à chercher une porte d'entrée génitale : bien souvent on ne trouve pas le chancre (encore que, depuis qu'on le sait mieux chercher, on le trouve beaucoup plus souvent). Parfois il existe, ou il a existé les jours précédents, sous la forme d'une érosion grande comme une tête d'épingle, indolente, éphémère, occupant le sillon balano-préputial, évoluant en quelques jours sans laisser de traces. Rarement, mais cela existe, apparaît-elle après l'adénopathie.

Le bubon est d'emblée polyganglionnaire, atteignant, outre les inguinaux, les ganglions iliaques, que l'on peut, en palpant profondément dans la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade crurale, sentir gros comme une noix ou une petite mandarine. Cette extension ne manque pratiquement jamais, au moins à la période d'état. Elle a une valeur diagnostique de premier ordre. Plus rarement les cruraux sont pris.

Pendant les dix à quinze premiers jours de la maladie les ganglions sont d'aspect lymphomateux, bien isolés, mobiles sur les plans profonds, recouverts d'une peau blanche, normale. Ils sont de consistance ferme, élastique. Ils sont indolents. La palpation est rarement très sensible. Mais bientôt la périadénite devient manisfeste. Les ganglions inguinaux, se soudent en un bloc, se fixent aux plans profonds, adhèrent à la peau. On ne peut plus que pratiquer « l'ébranlement en bloc ». La peau va s'œdématiser, s'infiltrer, devenir rouge violacée. La fluctuation apparaît, par petits foyers isolés où la peau va s'ouvrir et laisser écouler une petite quantité de pus gris jaunâtre et visqueux.

Ces orifices ne se ferment pas. D'autres vont s'ouvrir. Pendant des semaines ce sera le très classique aspect en « pomme d'arrosoir ». Les ganglions iliaques par contre ne suppurent jamais.

L'évolution est désespérément longue, la cicatrisation ne survenant, en dehors de toute thérapeutique, qu'après des mois. Parfois le deuxième côté se prend à son tour et la durée en est prolongée.

Après guérison on doit craindre la récidive *in situ* ou du côté opposé.

En tout cas, il persiste un placard fibreux, fixant la peau aux plans profonds.

Cette adénopathie tenace s'accompagne assez souvent de fièvre, en règle légère et continue, parfois plus élevée, procédant par ondes au moment des poussées.

L'examen du sang ne montre qu'une hyperleucocytose modérée, banale, avec polynucléose neutrophile.

Le liquide céphalo-rachidien est, dans la règle, normal à tous égards (Sézary).

***

On peut décrire comme *formes cliniques ou formes atypiques* de la maladie de Nicolas-Favre :

1° Les variations de la forme inguinale :

a) — *Le chancre est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit :*

Hellerstöm, Sézary, le décèlent dans 53 % des cas.

Mais son polymorphisme est grand. Avec Sézary, on peut décrire cinq types :

— *herpétiforme*, dans 73 % des cas (c'est celui que nous avons signalé dans notre tableau clinique habituel) ;

— *chancrelliforme*, dans 6 % des cas, pouvant simuler au maximun la chancrelle ;

— *syphiloïde*, dans 12 % des cas, comme nous l'avons observé, après Bory, avec notre maître Sézary dans deux cas très démonstratifs ;

— *nodulaire*, dans 9 % des cas, avec ses trois aspect : *folliculaire, nodulaire, ulcéré.*

Infiltré en nappe enfin, dans 3 % des cas.

Il faut ajouter, pour Gaté et Phylactos, *l'uréthrite lymphogranulomateuse initiale*, d'ailleurs exceptionnelle.

b) *Selon l'aspect des adénopathies* :

— une forme sans adénopathie, réduite au chancre ; elle est très rare ;

— une forme à suppuration large (Pautrier, Gougerot) pseudo-chancrelleuse ;

— une forme où l'adénopathie s'accompagne d'œdème volumineux et mou gagnant la cuisse et les bourses (forme œdémateuse de Chavanne) ;

— une forme à adénopathies d'aspect banal (Ravaut, Chevallier).

Toutes ces *formes frustes* sont fréquentes chez la femme (qui peut d'ailleurs présenter parfaitement une forme typique).

Signalons enfin à propos des formes frustes, les *formes inapparentes* (forme conjugale parfois, forme des prostituées) qui ne sont décelées que par la positivité de la réaction de Frei, et, d'une façon plus assurée, par la mise en évidence du virus.

c) *Les formes associées* :

— avec le chancre mou (Nicolas, Gaté, Charpy, Ravaut Frei), qui généralement est le premier en date ;

— avec la syphilis.

— avec la blennorragie.

d) *Les formes avec complications* :

— locales : l'éléphantiasis du M. I. ne survient guère qu'après évidement chirurgical large et intempestif. C'est dire qu'on ne doit plus l'observer ;

— générales : Ravaut (1922) a décrit dans certains cas un aspect septicémique avec fièvre, troubles digestifs, spténomégalie, qui est rare et généralement transitoire ;

— on a également décrit une forme pseudo-rhumatismale (Nicolas, Durand, Favre, Gaté) avec arthralgies plus ou moins généralisées et tenaces ;

— signalons enfin les manifestations cutanées : érythème polymorphe ou érythème noueux qui posent le problème d'une variation de l'allergie tuberculeuse si l'on doit croire que l'érythème noueux a toujours partie liée avec la bacillose.

2° Formes ano-périnéo-rectales :

Elles sont rapportées à la maladie de Nicolas-Favre par la positivité de la réaction de Frei et authentiquées dans quelques cas par l'inoculation au singe. Leur aboutissant est le rétrécissement inflammatoire du rectum, ancien rétrécissement vénérien des auteurs.

Jusqu'à ces dernières années, l'étiologie du rétrécissement du rectum non-cancéreux donnait lieu à des discussions infinies. Nombre d'auteurs, avec Fournier, relevaient la fréquence de la syphilis dans les antécédents des malades et en faisaient avec lui un « syphilome anorectal ». Certains faits paraissaient relever de la blennorragie, de la chancrelle, de la tuberculose, de mycoses même. Il est possible, il est vraisemblable, que des cas déterminés et rares soient imputables à ces différen-

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les dents humaines. Morphologie, par E. MARSEILLIER. Un volume in-8 (25 × 16) de XII-140 pages, 68 planches, 35 francs. Librairie-Imp. Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Ce livre, exclusivement réservé à l'étude de la Morphologie dentaire : Humaine, normale, moyenne, s'adresse à tous les praticiens. Toutefois, il est plus particulièrement destiné aux étudiants.

Dans la première partie sont exposées les lois qui régissent les caractères généraux communs à toutes les couronnes et les caractères particuliers à chacune de celles-ci.

Les explications sont rendues compréhensibles par de nombreux schémas au trait, dont quelques-uns sont en deux couleurs.

Cette première partie est totalement originale, les développements qu'elle comporte ne se rencontrent dans aucun autre ouvrage.

La deuxième partie contient la description complète et détaillée de toutes les dents permanentes, leur agencement entre elles et sur les maxillaires.

La troisième partie est réservée aux dents temporaires.

La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. Etude médicale et pratique, par le Docteur Léon BONAFÉ. Un vol. Prix : 50 francs. Editions de la S. E. P., 16, rue Pavée, Paris.

Voici un livre qui s'imposait, qui n'a pas, peut-on dire, de prédécesseur direct, et dont l'originalité profonde est, s'adressant à une question entre toutes banale, de la présenter sous un jour tel que le lecteur a le sentiment d'explorer un terrain nouveau. Ainsi écrit le Docteur Bouchut dans la préface de ce livre.

Les courants de haute fréquence. Application de tension (Courants de résonance), par le Docteur G. RONNEAUX. Un vol. 30 francs. Gauthier-Villars, éditeurs, Paris, 1937.

Mise au point d'un sujet que l'auteur connaît particulièrement bien et a enrichi de notions nouvelles.

Histoire de la pharmacie en France des origines à nos jours, par Maurice BOUVET. Un vol. in-4°, 450 pages. Nombreuses illustrations, hors-texte en couleurs. Prix : 80 francs. Editions Occitania, 6, passage Verdeau, Paris.

Ce volume résume tous les travaux antérieurs de même nature. Il représente une véritable *somme* qui, de longtemps, ne sera pas égalée.

Atlas de vingt repères d'injections locales utilisables pour le traitement de la douleur rhumatismale, in-8°, Edition des laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris.

Les succès obtenus en traitant les algies rhumatismales par les injections locales s'affirmant de plus en plus, il importe de connaître de façon précise les techniques qui permettent de déposer la solution calmante au contact immédiat des troncs nerveux ou des tissus musculaires ou ligamenteux dont émane la douleur. Cet atlas, parfaitement conçu et présenté, en donnera la possibilité.

Divers

Précis des Assurances sociales à l'usage des médecins, par le Docteur Eylaud. Un vol. in-12. Edition des laboratoires Midy, 67, avenue de Wagram, Paris.

Ce précis n'a d'autre but que de faciliter le travail des praticiens dans leurs rapports avec les Assurances sociales.

Ils trouveront au début un index alphabétique pour les grandes questions susceptibles de demander une réponse dans l'exercice quotidien de la médecine. Ces grandes questions sont traitées par la suite en peu de mots. La reproduction des imprimés les plus souvent utilisés termine ce petit volume très pratique.

Une ville sur la montagne, par le Docteur René BURNAND, avec un bois gravé par P.-C. Vibert. Un vol. in-8 couronne, br. : 20 francs. Editions Victor Attinger, 4, rue Le Goff, Paris (Ve).

M. René Burnand n'en est pas à son premier volume littéraire. A côté de son activité médicale très intense, il a consacré ses rares loisirs à composer des livres qui ont rencontré auprès du public romand un accueil admiratif. Ecrits dans un style ferme et coloré, tous ont été rapidement épuisés en librairie. Rappelons entre autres œuvres la Bibliographie du peintre Eugène Burnand, Regards sur la vie, Terre où j'ai vécu, volume descriptif offrant au lecteur des scènes du vieux pays vaudois.

T. B. C. ces trois lettres fatidiques qui surgissent dans la vie d'un homme marquant son cœur d'un cruel stigmate. Le Docteur Burnand ne pouvait manquer, tôt ou tard, de puiser dans ses souvenirs et les émotions de sa vie professionnelle la matière d'un volume. On sait qu'il a été pendant trente années médecin de sanatorium, en Suisse d'abord, puis en Egypte. Profondément attaché à sa mission, psychologue pénétrant, observateur avisé des caractères et des types, il s'est penché avec une sollicitude affectueuse sur les réactions d'âme des malades confiés à ses soins. Le volume qu'il vient d'écrire complète et couronne les travaux purement scientifiques qu'il a publiés ailleurs sur la maladie tuberculeuse des poumons. L'homme instruit et éclairé par l'exercice constant du diagnostic, succède au médecin, et ce n'est pas seulement l'organe qu'il

étudie, c'est l'être moral sensible et douloureux qu'est le patient. Beaucoup de livres ont paru naguère — en France, en Allemagne, en Suisse — qui traitaient tous en forme plus ou moins romancée, de la vie des sanatoria. Quelques-uns sont d'une noble admiration. D'autres sont injustes ou inexacts. Quelques-uns ont fait scandale.

C'est la première fois, à notre connaissance, qu'un médecin s'attache à cette captivante analyse. Nous avons tout lieu de penser que le tableau tracé est plus adéquat à la réalité que ceux rapportés par des observateurs occasionnels. Le livre de M. R. Burnand n'est ni un roman ni une étude savante. Il comporte une série de chapitres qui sont les notations quotidiennes d'un témoin : témoin de la troublante expérience même pour les malades atteints de cette redoutable T. B. C. On y trouvera des portraits, des tableaux de nature, des épisodes souvent poignants. Mais ce volume austère et grave n'est jamais amer. Aucun de ses chapitres n'est exempt de quelque remarque souriante qui l'allège et qui l'égaie. L'homme malade ne cesse pas pour autant, écrit l'auteur, de jouer son rôle dans la comédie humaine.

Il est inutile d'ajouter que M. Burnand s'est gardé avec le plus scrupuleux souci de toute « indiscrétion professionnelle ». Les personnes qu'il met en scène doivent, comme il l'écrit, être « portés disparus » depuis de longues années ; les circonstances rapportées sont souvent imaginaires ou assez difformes pour rendre impossible toute identification. M. Burnand a traité son sujet avec un profond respect et une ardente sympathie.

Sans rien cacher des tristesses de la maladie « Une ville sur la montagne » est un livre fort, un livre d'optimisme. Comme tel, il est susceptible de communiquer à tous les lecteurs — bien portants ou malades — une ferme confiance dans l'issue de la lutte générale engagée contre le fléau tuberculeux qui n'est plus de nos jours la terrifiante phtisie d'autrefois. Il apporte un chaleureux hommage à nos stations de cure, et à la gloire de nos Alpes.

Mais ce livre n'est pas seulement l'œuvre d'un médecin phtisiologue. Débordant le cadre de la seule tuberculose, il pénètre très profondément dans ce que l'on pourrait appeler la philosophie de l'âme. Après avoir lucidement et sans ménagement débridé la plaie — c'est le premier devoir d'un médecin — et reconnu l'universalité et la cuisante horreur de la souffrance sous laquelle l'humanité se débat, il indique la voie de la délivrance, et montre les merveilleux secours que les cœurs éprouvés reçoivent de la nature et de Dieu.

N. B. — Les bénéfices d'auteur résultant de la première édition de ce volume seront intégralement versés à des œuvres d'assistance aux tuberculeux.

Serpent de Mer et Cie, par Fernand FLEURET. Un vol., 15 fr. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

L'érudit qu'est Fernand Fleuret a réuni dans ce livre diverses études ayant trait pour la plupart à des énigmes ou des mystifications comme les fameux serpents de mer qui réapparaissent tous les étés au moment où les journaux manquent de copie mais dont les premières apparitions datent du temps de Tite-Live, ou comme la fameuse lettre du Prêtre-Jean. Avec non moins d'esprit et de charme, Fernand Fleuret nous parle tour à tour de Crébillon fils, de Restif de la Bretonne, de Désaugiers, d'Henry Monnier et des livres de cuisine.

Revue des cours et conférences. Abt : France : 70 francs. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 décembre 1936 : G. Pagès : Le gouvernement et l'administration monarchique en France à la fin du règne de Louis XIV (I). — A. Feugère : Le mouvement religieux dans la littérature du XVIIe siècle (1). Saint François de Sales. — H. Gouhier : Introduction à une philosophie du beau (I). Introduction. — J. Cousin : Le groupe mission du poète dans la poésie latine (1). — R. Guignard : Nature et romantique de Heidelberg (1). Antécédents et formation. — E.-J Tanquerey : Le Jansénisme et la tragédie de Racine (I). Introduction. — P. Jourda. L'exotisme dans la litérature française depuis le romantisme (IV). L'Allemagne.

Le brasier des sens, par J. RATEAU-LANDEVILLE. Nouvelle édition Argo, Paris 1936.

C'est un beau livre où jouent l'impulsion sexuelle et les pensées d'amour et c'est aussi une œuvre riche de métaphysique sur les confins de l'empire du Boudha et du royaume du Christ. Il faut louer de son réel talent le confrère qui a écrit cet intéressant ouvrage. H. V.

Pieds nus, par Hélène de MONTAGNAC. Editions de la N. R. F., Gallimard, éditeur, Paris.

Que cette histoire s'apparente à l'intrigue de Phèdre, qu'elle soit composée avec une extrême habilité, qu'elle s'agrémente d'un don raffiné d'observation, tout cela est indéniable.

L'intérêt quasi-médical qu'elle présente est d'être une « observation clinique » bien prise d'un cas sexuel et sensuel quotidien. Mais, aussi un autre intérêt est de deviner, derrière les pages de ce livre aimable, on ne sait quelle amazone souple ou crispée, mystérieuse ou réticente, inquiète ou parvenue à la sagesse, une Marie Bashkirtcheff, une Renée Vivien et, pour tout dire, de repenser aux vers d'un étudiant en médecine de ma génération qui a quitté la Faculté pour aller à son destin des lettres et des arts :

Docteur Faust, j'entends une voix,
« On ne cesse jamais de désirer Hélène »,
Docteur Faust, une voix menaçante et lointaine,
« on ne possède point Hélène ».

Henri VIGNES.


CHOPHYTOL
GOUTTES

tes causes. Mais, aujourd'hui, le rétrécissement du rectum inflammatoire ou vénérien, paraît, dans la généralité des cas, dû à la maladie de Nicolas-Favre.

C'est en 1928 que Frei et Koppel obtinrent des réactions positives chez des sujets atteints d'esthiomène vulvaire, de soi-disant syphilome anorectal, de syndrome génito-anorectal de Jersild.

Ces résultats furent confirmés par Jersild, Barthels et Bilberstein, Nicolas-Favre, Massia et Lebeuf, Ravaut, Bensaude.

On peut distinguer trois formes de rétrécissement du rectum :

a) Le syndrome de Jersild ;

b) Le rétrécissement du rectum dit inflammatoire simple ;

c) Le rétrécissement du rectum associé à la cellulite étendue à tout le petit bassin.

a) *Le syndrome de Jersild* se définit par l'association du rétrécissement du rectum à des lésions génitales ou anales, ou aux deux à la fois.

Il est en effet caractérisé par la coexistence d'un rétrécissement du rectum avec un œdème éléphantiasique siégeant soit dans la région vulvaire (forme génito-rectale), soit dans la région ano-périnéale (forme ano-rectale), soit dans les deux (forme génito-ano rectale).

Généralement, la sténose rectale s'accompagne de condylomes périanaux, et souvent de fistules multiples. Jersild avait signalé que le début de ces lésions pouvait se faire par une érosion anale ou génitale, et qu'il pouvait exister une adénite inguinale. Certaines observations de Fournier relataient les mêmes faits. Donc ressemblance et rapprochement déjà par la clinique avec la maladie de Nicolas-Favre typique. D'ailleurs la réaction de Frei est pratiquement toujours positive. Enfin la preuve bactériologique fut administrée par les observations de Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera d'une part, Lœderich, Levaditi, Mamou et Beauchêne d'autre part. La première concernait une ano-rectite aiguë ulcéro-végétante, non encore au stade de sténose. La seconde, un rétrécissement inflammatoire pur, chronique.

Du point de vue de la pathogénie, l'intérêt de ces deux observations est important. En effet Jersild pense que l'infiltration des parois rectales est secondaire au blocage du ganglion de Gérota. Or, dans ces cas, le virus était bien *in situ* (pratiques sodomiques) et il semble qu'il y persiste longtemps, d'où la conception d'une rectite inflammatoire primitive avec périrectite secondaire.

b) *Rétrécissement inflammatoire simple.* — Cliniquement, rien ne se distingue du rétrécissement ressortissant à la maladie de Nicolas-Favre des autres rétrécissements du rectum inflammatoires simples supposés dus à une autre cause. Or, dans la statistique de Bensaude et Lambling, sur 24 cas, il y en avait 18 où la réaction de Frei fut trouvée positive.

c) *Rétrécissement associé à la cellulite étendue à tout le petit bassin.* — Barthels et Bilberstein ont les premiers obtenu dans de tels cas des réactions de Frei positives. Il s'agit d'une cellulite diffuse cartonnant tout le petit bassin avec périmétrite et périsalpingite. En France, de semblables observations ont été signalées par Ravaut, par Sénèque et Cachera.

d) Ravaut et Lambling ont pensé en outre pouvoir incorporer à la maladie de Nicolas-Favre certaines rectites subaiguës sans sténose, certains abcès fistulisés de la marge de l'anus, généralement imputés à la tuberculose.

Enfin il semble qu'une partie importante des *esthiomènes de la vulve* (Huguier, 1848), ulcère chronique de la vulve associé à la sclérose et l'infiltration éléphantiasique vulvo-périnéale, puissent être rangés dans le cadre de la maladie de Nicolas-Favre.

3° Les autres formes, rares ou exceptionnelles, consistent en adénopathies non-inguinales : rarement généralisées, plus souvent cervicales ou axillaires (tout dépend de la porte d'entrée) ; forme cutanée (Chevallier) assez rare : nodules cutanés : forme méningée très exceptionnelle : un cas de Chevallier et Bernard.

Signalons pour mémoire les travaux de Jonesco, Mihaiesti, Tupa, Wismer et Badenski, qui pensèrent avoir reproduit chez le singe les lésions du tabès et ont obtenu des réactions de Frei positive chez des tabétiques. On sait du reste quelles critiques sévères (Levaditi) ont suscité de telles assertions.

Enfin il est aujourd'hui hors de doute (auteurs lyonnais, Tourraine et Hesse) qu'il y a identité absolue entre la maladie de Nicolas-Favre et le « bubon climatique ».

* * *

Le diagnostic peut recevoir secours de trois procédés biologiques : l'inoculation intracérébrale (ou lymphatique ou testiculaire) au singe catarrhinien (ou à la souris et même à d'autres animaux : lapin, jeune chat, cobaye) ; l'étude des propriétés virulicides du sérum ; l'intradermo-réaction de Frei ou l'hémo-réaction de Ravaut et Maisler.

C'est la réaction de Frei qui est de pratique courante. Frei (de Breslau), 1925 ; Dind l'année suivante, Hellerström, Jersild, Nicolas, Ravaut, Bensaude... ont vulgarisé la méthode, en ont précisé la technique et la valeur.

L'antigène est constitué par du pus prélevé, sur plusieurs malades, avant ouverture du bubon. Après dilution au 1/5, tyndallisation, conservation à la glacière, on en peut faire usage pendant deux à quatre mois. On a vérifié bien entendu la stérilité et la valeur antigénique. Levaditi délivre de l'antigène simien qui donnerait des résultats identiques (Ravaut et ses élèves).

La technique est simple. Il s'agit d'une intra-dermo-réaction comme celle à la tuberculine.

Pour lire les résultats il ne faut pas tenir compte des réactions précoces.

Seules sont valables les réactions commençant vingt-quatre à quarante-huit heures après. Elles sont très durables : papule très fortement infiltrée, durant de huit à quinze jours, avec légère desquamation à sa suite.

Si l'allergie est très marquée, ou l'antigène très actif, on peut avoir une inflammation plus vive et production d'un micro-abcès. Si l'épreuve est douteuse il convient de la recommencer. Souvent la deuxième, quand elle est positive, réactive la première.

La valeur critériale est considérable. Il s'agit d'une réaction fidèle. Elle n'est pas immédiate mais peut être obtenue après dix, quinze, vingt jours, parfois deux mois. Pour Nicolas et Favre, elle ne devient positive que quand la peau participe à l'inflammation de l'adénopathie.

L'allergie de la maladie de Nicolas-Favre est très durable, donc la positivité de la réaction de Frei également. Donc attention : tout ce qui existe actuellement chez un sujet donné n'est pas fatalement dû à la maladie de Nicolas-Favre parce que ce sujet présente une réaction de Frei positive. La réaction de Frei a une valeur pratiquement pathognomonique, mais sa positivité signifie seulement que le sujet a ou a eu, à un moment donné, une maladie de Nicolas-Favre.

Pour quelques auteurs il y a possibilité que l'allergie de la maladie de Nicolas-Favre soit masquée par l'allergie chancrelleuse, par la syphilis secondaire, de même qu'en réciprocité on pourrait noter un Bordet-Wassermann positif, sans syphilis associée, dans certains cas.

Nous croyons, avec Sézary, que la réaction de Frei est très fidèle. On pratique d'ailleurs toujours parallèlement Frei et Ito-Reenstierna. Mais il faut toujours songer à la possibilité d'infections mixtes avec la chancrelle ou la syphilis.

Accessoirement on recourra à l'hémo-réaction de Ravaut et Maisler (Thèse Maisler) : injection intraveineuse d'antigène dilué donnant une réaction générale (thermique).

Elle est plus sensible que l'intradermo-réaction. Il faut ne l'employer que si cette dernière est négative ou au moins très faible. Autrement, gare au choc.

***

Le pronostic de la maladie de Nicolas-Favre est assombri par la longue durée habituelle de l'affection qui entrave bien souvent toute activité sociale. D'autre part, si la maladie ne tue pas, il faut convenir que dans ses formes ano-rectales elle constitue une infirmité des plus redoutables.

***

Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre reste, dans l'état actuel de nos connaissances, plutôt décevant. Peut-être, cependant, peut on abréger l'évolution si longue et traînante de la maladie dans un certain nombre de cas.

Les thérapeutiques d'inspiration biologique, par l'antigène dilué intraveineux (Ravaut et Maisler), par le sérum de Levaditi et Ravaut, n'ont pas donné de résultat probant.

Diverses chimiothérapies ont échoué. Les interventions sanglantes sont à rejeter : le curage large et intempestif des ganglions pouvant aboutir à l'éléphantiasis du membre inférieur. L'injection glycérinée locale a paru utile (M. Pinard).

A l'heure actuelle il semble bien que deux thérapeutiques surtout donnent des résultats « encourageants » : la radiothérapie et le traitement par les antimoniaux.

La radiothérapie (Nicolas et Favre) peut être employée seule ou associée au traitement stibié. Les auteurs lyonnais la prescrivent très tôt. Notre maître Sézary au contraire, assez tardivement, après la stibiothérapie dont elle complète les effets si besoin en est.

En ce qui concerne la stibiothérapie, Sézary, après avoir au début de ses essais utilisé l'émétique de soude, donne la préférence actuellement à « un sel organique d'antimoine tout à la fois très actif et peu toxique », l'antimonio-thiomalate de lithium (du Professeur Launoy).

Cette dernière drogue est administrable par voie intramusculaire. Sézary et Bolgert indiquent la posologie suivante : on peut commencer par une dose de 6 centigrammes, continuer par 12, puis 18 centigrammes, à raison de trois injections par semaine, et atteindre le plus souvent 21, 24, 27 et même 30 centigrammes par injection. A ces doses maxima qu'on peut répéter pendant plusieurs semaines, l'antimonio-thiomalate de lithium n'a pas d'action toxique importante. Ce qui peut gêner le traitement, c'est l'apparition de douleurs rhumatoïdes, à partir d'une certaine dose, d'ailleurs variable d'un sujet à l'autre, et parfois chez le même sujet, d'une série à l'autre. On répétera la dose maxima ne provoquant pas de myalgies importantes, de façon que la dose totale administrée dans une série aille de 2 à 4 grammes. Après un intervalle de trois à quatre semaines, on peut reprendre, si besoin, le traitement. En dehors de ce rhumatisme stibié, que ne préviennent pas les « désensibilisants » habituels, auto-hémothérapie ou hyposulfite de soude par exemple, les inconvénients de la drogue semblent négligeables : asthénie et anorexie légères, anémie passagère.

En ce qui concerne les déterminations recto-pelviennes, le traitement est particulièrement décevant. Pas de chirurgie (Gatellier et Weiss). En dehors des traitements étiologiques, la diathermie dilatante, l'électro-coagulation sur les condylomes pourront rendre des services modestes. Dans les cas sévères, l'anus iliaque sera bien souvent nécessaire.

***

Vous voyez donc que le chapitre de la thérapeutique est beaucoup moins satisfaisant que les autres. Mais, du moins, devons-nous admirer, qu'en moins de vingt ans, une maladie, individualisée d'abord selon la vieille méthode anatomo-clinique (laquelle, quoiqu'en puissent penser certains, est encore riche de possibilités), ait pu recevoir ses preuves bactériologiques et biologiques de telle sorte, qu'à l'heure actuelle, elle soit parmi les affections que nous diagnostiquons le plus facilement, quelle qu'en soit la révélation symptomatique.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine

Par Pr. MERKLEN

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

Dans les articles ci-dessous sont exposées certaines des idées auxquelles m'ont amené la constatation de faits pour ainsi dire quotidiens et les réflexions qui s'ensuivent.

Le terrain est plutôt brûlant. Mais il est de ceux où les médecins s'engagent le plus volontiers, et c'est tout à leur honneur. Ils montrent par là l'intérêt légitime qu'ils attachent à la formation de ceux qui demain occuperont leurs places et à la valeur de la médecine française.

Plusieurs des points de vue ici défendus soulèveront de fortes objections, souvent aisées à prévoirs ; ils n'en sont pas moins justes à mes yeux. Au surplus divers d'entre eux ont déjà été développés au cours d'articles parus dans le *Paris Médical*, en novembre-décembre 1926, inspirés pour beaucoup par le même esprit que ceux-ci.

I. Le bachotage.

Les deux diplômes de médecine

Le bachotage est toujours attaqué et jamais défendu. Il ne s'en porte pas plus mal.

C'est que ses plus fidèles détracteurs ne le détestent pas. A la grande majorité des gens il apprend en effet avec quels instruments travailler et sur quelles voies s'engager : il leur apparaît comme le moyen le plus commode d'atteindre le but. Combien sont-ils ceux qui ont la faculté de s'orienter sûrement par eux-mêmes ?

Le gros reproche adressé au bachotage consiste dans la tension qu'il exerce sur la mémoire sans profit corrélatif pour le jugement. La mémoire est cependant à la base de toute acquisition, et le jugement se façonne pour une bonne part à l'expérience des faits retenus. J'entends l'objection : mémoire oui, mais non livresque ; par contre mémoire des faits, mémoire des sens. Soit, mais pour que l'objectivité s'enregistre avec fruit, il faut que le cerveau soit apte à en saisir la signification grâce à ses connaissances théoriques antérieures. Seul tire tous avantages de la constatation d'un souffle d'endocardite l'étudiant qui a lu et s'est assimilé les chapitres des insuffisances et rétrécissements.

Puisque par bachotage on entend le remplissage de la mémoire, force est donc de conclure qu'il y a un bachotage nécessaire, ne serait-ce que celui des vérités premières.

Le malaise sur cette question n'est pas là en réalité. Il provient de l'extension considérable prise depuis cinquante ans par toutes les branches de l'activité humaine. Le bachotage s'accroît et s'accroîtra d'autant ; il aboutit et aboutira de plus en plus à la surcharge cérébrale. On finit par demander à la mémoire plus qu'elle ne peut enregistrer et conserver, sans songer assez que, gavée, elle devient impuissante à ordonner et à apprécier les éléments indispensables à l'élaboration du jugement.

Il est effrayant de voir la masse des cahiers de cours des candidats aux baccalauréats, aux examens et concours ultérieurs, de ceux des élèves des grandes écoles, etc... C'est une expérience massive d'entraînement soutenu de la mémoire, et il serait du plus haut intérêt de mesurer physiologiquement le travail ainsi effectué par le cerveau. Cette mise à l'épreuve donne aux intéressés, dit-on, des vues générales sur toute espèce de choses et leur fournit les matériaux avec lesquels ils pourront bâtir. Il y a certes un réel vrai dans ces principes, qui s'accordent avec l'idée que l'essentiel des études est d'apprendre comment travailler par la suite, une fois livré à soi-même. Un tel effort ne saurait cependant convenir qu'à des cerveaux assez solides pour ne pas avoir donné leur plein après quelques années. Impossible de se défendre de pitié pour ceux qui ont été mis à bout de souffle.

En médecine la progression des connaissances n'a pas été moins brillante que dans les autres sciences. Il fut un temps où les candidats à l'examen de pathologie étaient pourvus avec l'excellente Pathologie interne en deux volumes de Dieulafoy. Aujourd'hui il leur en faut évidemment beaucoup davantage. Qu'en sera-t-il demain ? La question ne laisse pas que d'être inquiétante. Le cerveau de l'homme n'étant extensible que dans une mesure relative, comment arriver à l'adapter aux principales données de la science médicale, extensible sans limites ?

Une des raisons d'être de la spécialisation se trouve dans la tendance de certains esprits à reculer devant les larges horizons indécis dans leurs contours, dont ne seront jamais parcourus dans tous les sentiers, pour approfondir comme il convient les saillies et les creux de la vallée. Bonne manière de limiter le stade du bachotage.

A cet égard les omnipraticiens sont moins favorisés ; ils doivent être partout. On en rencontre cependant beaucoup qui ont étudié et continuent à étudier avec prédilection certaines branches de l'art ; rien de plus naturel.

Pour se rendre compte de tout ce que le médecin doit savoir, il suffit de s'interroger et de considérer ses propres lacunes. On apprend à devenir indulgent pour autrui puisqu'on n'hésite pas à l'être pour soi-même. La matière continuant de son côté à s'accumuler, un moment viendra où il faudra mettre de l'ordre dans les choses.

La solution sage n'est autre que celle qui jadis fit couler beaucoup d'encre et proférer beaucoup de cris : la reconnaissance de deux diplômes médicaux superposés. Elle a sombré au nom de l'égalité devant le doctorat. J'avoue ne pas comprendre. L'existence des deux diplômes obligerait tous les médecins, truisme dont je m'excuse, à obtenir d'abord le premier. Que veut-on de plus ? L'égalité serait sauvegardée à la base.

J'entends bien que, malgré tout, sortirait l'ancien et puissant argument des deux classes de médecins. Mais il y aurait simplement des médecins qui auraient poursuivi des études moins ou plus longues, et voilà tout. N'en est-il pas déjà ainsi, et depuis longtemps ? Alors pourquoi n'avoir pas le courage de la reconnaissance officielle ? Elle aurait du moins deux effets heureux : clarté dans la situation médicale actuelle, recrutement de travailleurs de laboratoire plus que partout déficients en France.

Une parenthèse pour insister sur ce dernier point. Il est indispensable d'éveiller les curiosités et d'allumer les feux sacrés. On ne répète pas assez que l'activité scientifique de notre pays est très distancée par celle d'autres nations. L'enjeu est gros : sous une de ses formes les plus tangibles l'avenir de la France est en cause.

Voici, pour fixer les choses, comment je conçois les lignes générales.

Etudes du *premier degré*, purement personnelles, chargées d'enseigner au médecin son métier aussi à fond que possible. Etudes d'*école* à proprement parler, avec les thèmes ci-dessous.

1° Faire beaucoup de clinique. De la clinique médicale, pédiatrie comprise, sans restrictions ; chirurgicale jusqu'à la technique opératoire ; obstétricale, soit accouchements et interventions courantes. Clinique des spécialités visant les états à portée du praticien et ceux où lui revient un rôle d'orientation. Insister sur les urgences de tous ordres ; sur les interventions de tous les jours, ponctions, injections intraveineuses, etc... Stages fréquents dans les Cliniques des Facultés, Ecoles et dans les divers hôpitaux.

2° Se rappeler que la valeur des symptômes ne se perçoit qu'à la lueur de la pathologie et obliger l'étudiant à la double mise en jeu simultanée de la mémoire qui évoque la pathologie, du jugement qui en applique et en critique les données devant le malade. Le forcer d'autre part à rechercher les signes physiques et ne pas le laisser simple spectateur d'investigations pratiquées par autrui.

3° Ne soumettre à la mémoire et au bachotage que des propositions précises et bien assises, qui sont comme la grammaire de chacune des disciplines à assimiler. Une fois ancrées dans l'esprit, elles constituent des bases solides, grâce auxquelles seules l'étudiant peut réfléchir, comprendre et augmenter son acquis. Ne pas craindre que cette forme d'éducation ne pousse pas au développement de l'intelligence médicale ; au contraire, pour peu qu'on y aide, le groupement de concepts justes conduit sans peine aux vues d'ensemble.

4° Limiter le temps consacré aux sciences paramédicales et en alléger les programmes. Le médecin a besoin d'en connaître surtout ce qui intervient directement dans la pratique médicale. Le reste a sa place ailleurs. Ne pas se laisser abuser par l'idée d'imposer au praticien le tour complet du propriétaire, sous le prétexte qu'émergeront quelques notions générales durables. Combien et comment ? Ici, plus qu'ailleurs, il s'agit de meubler et non de surcharger ; un salon surchargé est d'ordinaire mal meublé.

D'une interview du Professeur Hartmann (*L'Informateur médical*, 1er décembre 1929) sont à détacher les lignes suivantes :

« On a bien souvent réformé les études médicales. Mais ces réformes n'ont jamais fait qu'ajouter quelque chose à ce qui existait antérieurement. Et cela découle naturellement de l'incessante multiplication des connaissances médicales. Le résultat en est que les programmes actuels sont terriblement chargés et que les étudiants d'aujourd'hui, obligés d'apprendre tout, ne savent rien.

« Il semble donc qu'une réforme s'impose, dont le principal objet serait de simplifier l'enseignement médical de telle façon que l'étudiant n'ait à apprendre à la Faculté que le minimum absolument indispensable à *tous* les médecins pour exercer la médecine.

« Il n'y aurait pour cela qu'à retrancher de nos programmes tout ce qui ne fait pas partie de ces notions fondamentales sans lesquelles on ne saurait concevoir qu'un médecin, quel qu'il soit, spécialiste ou non, puisse avoir le droit de soigner son prochain. On pourrait fort bien se passer, pour ne citer qu'un exemple, d'apprendre aux étudiants à effectuer le dosage de l'acide phosphorique dans les urines, cela ne pouvant leur être d'aucune utilité pour leur pratique médicale. Mais on doit exiger d'eux de savoir y rechercher les pigments biliaires, l'albumine ou le sucre, opérations qui pourront être pour eux d'un usage courant. Et il devrait en être de même pour toutes les branches de notre enseignement médical. »

De même René Mainot (*La Vie médicale*, 10 juin 1931) écrit justement :

« Il n'est pas nécessaire d'avoir l'esprit farci de formules chimiques pour posséder les notions essentielles qui sont indispensables dans l'exercice courant de la médecine. »

Les études du *second degré* n'ont plus l'uniformité des précédentes : c'est leur caractère fondamental. Avec elles les limites de l'école sont franchies ; elles mènent en pleine FACULTÉ. Elles font une très large part aux travaux de laboratoire. Elles sont sanctionnées par un diplôme spécial obtenu en un minimum d'un an après un examen de travaux pratique et un examen théorique. Elles comportent plusieurs sections ou *complexes* qui s'offrent au choix des candidats.

Chaque section ou *complexe* représente l'agrégat d'un certain nombre de disciplines qui tirent leur cohésion d'orientations analogues et sont groupées suivant une même idée directrice. Elles offrent ce but commun d'apporter chacune leur part contributive à l'étude poussée d'une des parties de la médecine. La formule des *complexes* est évidemment à étudier de près. Voici des exemples à titre indicatif :

Physiologie, chimie, histologie, bactériologie, clinique médicale.

Anatomie, histologie, physiologie, clinique chirurgicale.

Physique, anatomie et physiologie des centres nerveux, clinique ophtalmologique.

Physiologie, histologie, bactériologie, clinique dermatologique-syphilitique, maladies exotiques

Chimie, physique, matière médicale, hygiène, thérapeutique.

Parmi ces *complexes* les candidats au diplôme du second degré choisissent celui ou ceux qui ont leur préférence ; le diplôme en porte naturellement mention.

On voit la grande place qui revient ici aux sciences paramédicales ; leurs riches enseignements donneront tous leurs fruits dans des cerveaux déjà mûrs, bien autrement que chez les jeunes étudiants à qui est surtout nécessaire la connaissance de leurs principes fondamentaux.

Ces études supérieures existent déjà en germe dans notre organisation. Ce sont elles qui percent sous le couvert des divers cours de perfectionnement, munis ou non de diplômes, à travers les séries de conférences qui détaillent tels ou tels sujets dans l'enseignement donné par des Instituts spéciaux, etc... Ce genre de travail est maintes fois des plus prisés, preuve que le médecin se rend compte que ses études régulières sont dépassées par l'extension rapide du mouvement scientifique.

Aussi bien pourrait-on dire que les certificats actuels, fondés par diverses chaires sous l'égide de leur Faculté et sanctionnés par des examens, rendent inutile l'institution d'un second diplôme médical. Mais entre les certificats d'origine universitaire et le diplôme émané de l'Etat il y a la différence que l'on sent, et le labeur fourni après le premier doctorat gagnera à tous égards à se prévaloir de l'estampille ministérielle ; il n'y a rien là qui soit négligeable. De plus, et ceci est très important, le second doctorat n'a pas à consacrer le perfectionnement dans une matière donnée, mais bien l'effort poursuivi sur un ensemble cohérent, d'où le nom de *complexe* ; son titulaire n'est pas un spécialiste qui s'est perfectionné dans sa branche comme l'est le titulaire actuel d'un certificat, mais bien un médecin qui a creusé l'étude des disciplines qui par leur agrégation sont capables d'arriver à la connaissance plus approfondie de telle branche de la science médicale.

Le second diplôme devrait conférer des droits à leurs possesseurs, cela va de soi. Non seulement il serait exigé à l'entrée des concours, mais il aurait seul la faculté d'ouvrir certaines situations officielles ; il aiderait à l'accession de fonctions publiques telles que médecin d'hôpital, directeur de laboratoires communaux, etc.

Comment ne pas indiquer que son institution semble devoir être facilitée par la récente création d'une sixième année d'études médicales ? Le rapprochement s'impose.

Je me permets de remarquer en terminant qu'une réflexion impartiale m'a mené là où d'autres avaient été déjà conduits, ce qui, sans même invoquer l'autorité de Bouchard, n'est sans doute pas l'indice d'une mauvaise façon de comprendre les choses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1936

Mission en Afrique occidentale française.— ***M. Charles Achard*** rend compte de sa récente mission en A.O.F.

Le service sanitaire de l'Afrique occidentale française se compose d'un centre, Dakar, et d'un vaste système de postes disséminés dans toute l'étendue de la Fédération.

Dakar est pourvu de toutes les installations nécessaires et, en particulier, de services de spécialités. Partout ailleurs, le médecin, comme naguère dans nos campagnes, doit tout faire par lui-même, sans l'aide de spécialistes.

Des postes principaux comprennent hôpitaux, ambulances, dispensaires, maternités. Dans des postes secondaires se font des consultations hebdomadaires.

De plus, des équipes mobiles vont chercher l'indigène jusque dans ses villages et dans la brousse.

Le médecin européen des postes est l'animateur de toute l'action sanitaire. Sa vie est rude, et M. Achard en fait un tableau saisissant.

Des médecins indigènes, ayant le titre de médecins auxiliaires, secondent le médecin européen. Ils sont formés à l'Ecole de médecine de Dakar, où leurs quatre années d'études se passent surtout dans les salles de malades. Ils apprennent avec une ramarquable facilité à observer et à decrire tous les symptômes. Mais on ne leur demande que d'être les informateurs du médecin et les exécuteurs de ses prescriptions.

Des sages-femmes indigènes sont instruites pendant deux ans à Dakar.

Enfin, des infirmiers indigènes et des infirmières visiteuses complètent le personnel sanitaire.

On peut dire que les résultats de cette organisation sont excellents. La maladie du sommeil, dont les effets sont d'ailleurs moindres qu'en Afrique équatoriale et au Cameroun, est activement combattue. Un Institut de la lèpre, à Barmako, véritable modèle, contient 350 malades et est un centre d'études. Beaucoup de léproseries plus modestes ont des installations confortables. La fièvre jaune, toujours à craindre, n'existe plus que sous forme de petites épidémies rapidement enrayées.

Mais l'œuvre sanitaire est une création continue. Il faut constamment augmenter le nombre et l'importance des postes. C'est donc à la métropole de faire son devoir, en accordant les fonds nécessaires.

En somme, les perspectives d'avenir sont bonnes. La sécurité est parfaite dans ces vastes territoires que garde une poignée de tirailleurs ; la prospérité agricole se développe et bientôt l'alimentation et les conditions de travail seront plus satisfaisantes pour l'indigène.

Outre les progrès accomplis dans l'état sanitaire, le service de santé a encore à son actif d'avoir gagné la confiance de l'indigène.

Bien dirigé, le Service de santé poursuit courageusement et obscurément son œuvre. En appelant à collaborer avec lui des médecins indigènes, il pénètre plus avant dans l'affection de la population, à laquelle il apporte la civilisation sous la figure de la science et de la bonté. Son idéal est double, humanitaire et français, deux mots qui vont souvent ensemble.

La peste à Paris de 1917 à 1937. — ***M. E. Joltrain.*** — La petite épidémie (51 cas) constatée en 1917 a rapidement dé-

clinée. Dans les années suivantes, on constata seulement des cas isolés. Depuis 1934, on n'a observé aucun cas.

Action du tabac sur l'homme. — MM. *Euzière*, *Castagné*, *Lafon* et *Benedittini* (de Montpellier) étudient sur une centaine de sujets, et avec divers tabacs, les actions angio-cardio sympathiques de la fumée de tabac sur l'homme. Ils montrent les modifications, sous cette influence, des oscillations artérielles, de la circulation capillaire, du rythme cardiaque et des réflexes sympathiques. Ceux-ci sont profondément affectés dans le sens d'un déséquilibre, pendant que le sujet fume.

Au sujet de l'action des sels de magnésium sur le cancer expérimental du goudron. — MM. *Kreyberg* et *Nielsen.*

L'hormone de croissance. — M. *Doubovik.*

Contribution à l'étude du choc. — M. *Violle.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1936

Accidents nerveux graves et troubles profonds de la glyco-régulation chez l'enfant. — MM. *Robert Debré*, *H. Milhit*, *Julien Marie*, *D. Nachmansohn* et *P. de Font-Réaulx*, ont observé chez une enfant de trois ans et demi, de brusques accidents nerveux. En effet, à son réveil, l'enfant est decouverte en plein coma. La perte de conscience se prolonge plusieurs heures et s'accompagne d'abolition des réflexes tendineux et d'un signe de Babinski bilatéral. En revenant à elle, l'enfant est agitée et trémulante : puis elle retombe à nouveau dans une torpeur profonde. L'odeur acétonique de l'haleine attire l'attention et permet de déceler une acétonurie se traduisant par une réaction de Legal fortement positive. L'étude biologique a été poursuivie en soumettant l'enfant pendant plusieurs jours à divers régimes et en répétant les courbes de glycémie. Les auteurs ont mis ainsi en évidence un trouble profond de la glyco-régulation, se traduisant après un régime pauvre en hydrates de carbone, par une courbe du type diabétique et après un régime riche en glucides par une courbe présentant une hypoglycémie secondaire extrêmement basse (0 gr. 32 et 0 gr. 40). Pour expliquer ces faits, on peut admettre l'hypothèse d'un déséquilibre glyco-régulateur résultant d'une production d'insuline mal adaptée à son rôle de stabilisation du sucre sanguin. Tout se passe comme si la sécrétion d'insuline ne s'établissait pas suivant les besoins immédiats de l'organisme mais d'une façon en quelque sorte routinière, suivant le rythme des jours précédents. Insuffisante quand un brusque apport hydrocarboné succède à un régime pauvre en glucides : c'est l'hyperglycémie. Exagérée quand le même apport hydrocarboné survient au cours d'un régime riche en glucides : on observe alors une hypoglycémie.

Du point de vue pratique, les auteurs insistent sur cette notion qu'il ne faut jamais se laisser guider par l'acétonurie pour prescrire l'injection d'insuline au cours des comas de l'enfant s'accompagnant d'odeur acétonique de l'haleine et d'une réaction de Legal positive dans l'urine. Il faut connaître d'abord le taux de la glycémie, souvent très abaissé dans ces faits, d'où le danger de déterminer par l'injection intempestive d'insuline, un coma hypoglycémique grave, voire parfois mortel.

Scorbut chez un sujet soumis à une intoxication benzolique professionnelle. — MM. *Cathala*, *Bolzert* et *Grenet* rapportent un cas de scorbut typique, ayant guéri par le traitement habituel, observé chez un sujet dont la carence alimentaire, contrairement à la règle, était des plus modérées ; une intoxication professionnelle chronique d'origine benzolique aurait joué le rôle déclenchant.

A propos de ce cas, les auteuteurs insistent sur la fréquence d'une intoxication d'ordre professionnel à l'origine de nombreux syndrome sanguins observés actuellement.

L'hématexodie, processus de désintégration de l'hématie. — M. *R. Waitz*, sous le nom d'hématexodie, resume les caractères d'un processus de désintégration de l'hématie différent de l'hémolyse et de la globuloclasie et caractérisé par l'expulsion de substances hors de l'hématie. L'auteur projette un film de microcinématographie sur fond noir qui en montre les diverses étapes : aspect crénelé, puis épineux des hématies ; issue par les épines de granules et de filaments spirochétoïdes réfringents et incolores donnant à l'hématie un aspect de tête de Méduse. A un stade ultérieur, les granules et les filaments se libèrent et présentent dans le liquide ambiant des mouvements divers. Quant aux hématies, leur contour reprend après l'expulsion des granules et des filaments un aspect circulaire, mais leur diamètre est inférieur au diamètre primitif.

L'hématexodie est facilement reproduite expérimentalement.

L'intérêt de ce ce phénomène est grand. Il est biologique, car l'hématexodie apporte un mode de clivage particulier de l'hématie et permet l'étude biochimique de celle-ci, — clinique puisque granules et filaments s'observent chez l'homme principalement au cours de certaines affections, leucémies, anémies, ictères, etc., dans le sang et les épanchements séreux ; ils ne doivent pas être confondus avec des formations bactériennes ou parasitaires. Enfin, il faut tenir compte de l'hématexodie dans l'appréciation de la valeur des divers sangs transfusés.

M. *Troisier* fait remarquer que l'existence de filaments spirochétoïdes émanés des hématies est bien connue. La différence de réfringence permet de les distinguer des vrais spirochètes que l'on peut rencontrer dans le sang.

M. *Mollaret* souligne l'intérêt qu'il y a à bien connaître ces faits quand on étudie les spirochètes et quand on examine le sang d'animaux infectés. Leur méconnaissance peut entraîner des erreurs grossières telle que la soi-disant découverte du spirochète responsable de la sclérose en plaques.

M. *Waitz* ne partage pas l'avis de M. Troisier en ce qui concerne l'aspect des filaments qu'il décrit. Ceux-ci peuvent présenter la même réfringence que les spirochètes vrais ; il vaut mieux se baser pour les distinguer sur la manière dont ils se déplacent.

M. *Mollaret* insiste sur ce fait que les phénomènes n'apparaissent qu'au bout d'une dizaine de minutes quand on examine le sang entre lame et lamelle ; par contre, ils peuvent être observés immédiatement dans les liquides pleuraux et péritonéaux.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec bactériémie. Anurie précoce. Virulence du L. C. R. sans réaction cellulaire. Augmentation considérable de la lipidémie. Modifications dans le rapport. Cholestérol, lipides totaux du sang. — MM. *P. Nicaud M. Laudat, J. Gerbeaux* et *P. Paillas*, ont observé une spirochetose ictéro-hémorragique grave qui a évolué très rapidement en dix jours.

L'anurie totale très précoce, au quatrième jour, a persisté jusqu'à la mort. Trois hémocultures ont permis de déceler une bactériémie à bacille mobile, Gram négatif, d'identification difficile, du groupe des salmonella. Il n'existait associés aux signes de spirochétose, aucun signe de septicémie typho-paratyphique.

L'examen du L. C. R. ne montra aucune réaction cellulaire et pourtant le L. C. R. fut virulent pour le cobaye : l'inoculation du L. C. R. au septième jour a provoqué une spirochétose expérimentale typique, comme d'ailleurs l'inoculation du sang à la même époque.

Le séro-diagnostic, positif dans le sang, s'est montré également positif dans le L. C. R. mais à un taux très inférieur comme le fait a déjà été signalé dans des cas analogues.

Enfin, le chiffre de la lipidémie s'éleva rapidement atteignant 13 gr. 05 puis 18 gr. 75 alors que la cholestérinémie restait à 1 gr. 70 puis 2 gr. 10.

Les auteurs pensent que cette élévation de la lipidémie et cette dissociation dans le rapport de ses constituants serait plutôt due à la gravité de l'atteinte hépatique qu'à la spirochétose elle-même.

Présentation de clichés radiotomiques. — M. *H. Thiel* présente une série de clichés pulmonaires en coupe mince obtenus par le planigraphe. La méthode consiste à faire un repérage préalable de la profondeur à laquelle on doit faire la radiotomie ; dans ce but est pris un couple stéréographique et à partir de ce double cliché est construite une coupe selon le plan choisi. Un dispositif simple permet de réaliser sans calculs l'épure de tous les points essentiels de la coupe. Le planigraphe intervient ensuite comme moyen de contrôle et permet de pratiquer le cliché en coupe mince à la distance indiquée par l'épure. Cette méthode radiologique nouvelle permet le repérage des abcès, cavernes, brides pleurales, etc., et paraît féconde en enseignements.

Séance du 11 décembre 1936

Poussée aiguë et hémorragique au cours d'une leucémie myéloïde méconnue. Hémoptysies. Pleurésie hémorragique. Syndrome péritonéal terminal avec ascite sanglante. — *MM. P. Jacquet, Alain Rubens-Duval* et *Jude Turiaf* ont observé un malade qui, au décours d'une hémoptysie ayant duré huit jours et qui ne fut pas tout d'abord rattachée à sa cause, succomba en quarante-huit heures, à un épisode abdominal dramatique au cours duquel les auteurs virent se développer sous leurs yeux, en liaison avec une pleurésie hémorragique, une énorme hépato-splénomégalie.

Il s'agissait d'une ascite hémorragique sans rupture de la rate, au cours d'une poussée aiguë et terminale de leucémie myéloïde. La formule sanguine était, pour la série blanche, à prépondérance granuleuse (27 % de polynucléaires adultes, 57 % de myélocytes et de promyélocytes, 7 % de cellules souches) pour un chiffre total considérable de 958 000 leucocytes par millimètre cube. Hématies : 1.980.000. Temps de saignement : 6 minutes. Temps de coagulation : 12 minutes 1/2. Caillot complètement irrétractile en vingt-quatre heures.

Les auteurs insistent sur le caractère véritablement suraigu de cette poussée hépato-splénomégalique terminale au cours d'une leucémie myéloïde très certainement préexistante mais non diagnostiquée, ainsi que sur le syndrome péritonéal avec ascite sanglante dont ils n'ont pas trouvé de cas rapporté dans de semblables circonstances.

Deux cas d'atélectasie lobaire massive. — *M. Cardis* (de Leysin) présente deux cas d'atelectasie pulmonaire lobaire massive. L'un affecte le lobe supérieur droit et est d'un diagnostic facile, la migration scissurale des phénomènes de rétraction étant manifeste. L'intérêt de l'observation est qu'une caverne s'est creusée en l'espace d'un an au sein du bloc opaque ; l'atélectasie, si elle est souvent une réaction de défense, n'est cependant pas un traitement.

La deuxième observation est plus curieuse, car elle atteint le lobe supérieur gauche ; sur la radiographie de face, l'image est floue et ne peut guère être identifiee ; par contre, le film tiré en lardose est tout à fait caractéristique, cette position modifiant les rapports entre les lobes supéro-antérieur et inféro-postérieur. Le lipiodol n'a pas injecté le lobe supérieur qui n'aspire pas l'huile iodée. La bronchoscopie révèle un rétrécissement bronchique, montrant que cette atelectasie n'est due ni à la compression, ni à l'obstruction bronchique, mais relève probablement de la contraction pulmonaire.

Les souffles extra-cardiaques chez les tuberculeux. — *M. H. Descomps* décrit les souffles extra cardiaques que l'on peut entendre chez les tuberculeux et tente d'en expliquer le mécanisme en se basant sur les rapports anatomiques qu'affectent les lésions avec le cœur et les vaisseaux de la base.

M. Laubry fait des réserves sur l'existence et l'interprétation de ces souffles et regrette qu'aucune constatation nécropsique ne vienne appuyer les hypothèses formulées.

Gangrènes cutanées chez une Israélite marocaine. Etiologie exanthématique. Sérothérapie par sérum de convalescent. Guérison. — *MM. P.-E. Fly Sainte-Marie* et *A. Clarg.*

Intoxication oxycarbonée professionnelle. — *MM. Loeper, Gilbrin* et *Signier* précisent les symptômes de l'intoxication oxycarbonée chronique et insistent sur la valeur de la céphalalgie, des troubles digestifs, de l'hypotension artérielle et de l'anémie pour la dépister. Ils ont mis au point une méthode de dosage qui remplace avantageusement la spectroscopie, cette dernière se révélant insuffisante et inexacte. Leur méthode consiste à faire dégager les gaz du sang et à doser le CO préalablement transformé en CO^2. Ils ont pu alors étudier l'oxycarbonémie chez des sujets normaux et chez des malades divers. La méthode, très sensible, a permis de déceler chez les sujets normaux et non intoxiqués des doses appréciables de CO allant jusqu'à 1 ou 2 c. c. par litre de sang. L'oxycarbonémie toujours notable, atteint des chiffres de l'ordre de 10 à 12 ‰ chez les intoxiqués professionnels. Fait curieux, ces chiffres peuvent être largement dépassés dans un grand nombre de cas pathologiques observés chez des sujets ne présentant aucun signe d'intoxication oxycarbonée, à savoir : de grands anémiques, des asystoliques, des hépatiques, des épileptiques, des malades intoxiqués par les barbituriques (véronal, gardénal), des diabétiques nettement hyperglycémiques, des oxalémiques.

Sans vouloir tirer de ces constatations des conclusions trop hâtives, les auteurs pensent que leur méthode permet de mettre en évidence l'oxycarbonémie normale et celle des sujets non intoxiqués. L'oxyde de carbone est peut-être l'intermédiaire entre la maladie causale et l'anémie. Il est possible que la combustion incomplète des glucides et la transformation de l'acide oxalique expliquent l'oxycarbonémie.

Un nouveau cas de chorée fibrillaire de Morvan. — *MM. René Martin* et *A. Delaunay* rapportent un nouveau cas de cette maladie exceptionnelle survenue trois semaines après une injection de sérum antitétanique.

Tableau clinique caractérisé par des algies surtout marquées aux membres inférieurs, empêchant la marche et entraînant une insomnie complète, des contractions fibrillaires disséminées, asynchrones, un psychisme particulier, des crises sudorales et autres troubles vaso-moteurs ayant entraîné à l'extrémité des membres une légère desquamation, l'abolition des réflexes rotuliens et médio pubiens, une albuminurie importante avec légère hypertension. Tous ces symptômes permettent d'affirmer le diagnostic de chorée fibrillaire de Morvan, maladie rare, mais ayant une autonomie bien particulière.

Si le siège anatomique de cette affection, due vraisemblablement à un virus filtrant, reste aujourd'hui encore des plus discutés, ses analogies cliniques avec l'acrodynie tendent à la faire rapprocher de cette maladie infantile.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1936

Volvulus du testicule. — *M. Pétrignagni* (La Rochelle) a observé une torsion aiguë du testicule droit suivie d'atrophie complète. Le côté gauche fut atteint aussi d'une torsion. L'opération fut une détorsion avec retournement de la vaginale et fixation de celle-ci aux piliers de l'anneau inguinal. Il s'agirait donc d'un volvulus bilatéral du testicule, intravaginal (Rapport de M. MOUCHET).

Thyroïdectomies totales pour insuffisance cardiaque. — *M. Roux-Berger* fait un rapport sur quatre observations de *MM. Santy* et *Bérard.* Il s'agit de cardiopathies mal compensées, irréductibles. Dans tous ces cas, l'amélioration fut immédiate après l'opération. Mais une seule malade (cardiopathie rhumatismale) eut un résultat favorable à longue distance de l'opération. Deux améliorations ne persistèrent pas ; une opération fut suivie de mort. Les auteurs n'ont jamais obtenu un gros abaissement du métabolisme basal. A l'heure actuelle donc on ne peut pas de façon précise dire quelles sont les indications de la thyroïdectomie dans les cardiopathies.

M. Desmarets a fait une thyroïdectomie totale pour hyposystolie persistante et récidivante au moindre effort. Le résultat fut remarquable.

Ressources de la pyélographie. — *M. Heitz-Boyer* montre l'utilisation de la pyélographie sous diverses incidences, par les deux voies ascendante et veineuse. L'urographie veineuse a deux grands avantages : sa simplicité qui la met à portée de tout le monde, son intérêt lorsque la pyélographie est impossible, par suite de lésions réno-urétérales accentuées et très graves. Trois radiographies suffisent après qu'on ait fait une radiographie préalable avant l'injection. Il faut cependant reconnaître que l'urographie veineuse ne peut toujours donner des renseignements certains. Mais quand on voit un rein nettement, l'autre n'étant pas injecté, le diagnostic peut être évident. L'urographie veineuse peut montrer encore des anomalies inattendues : absence du rein, bifidité de l'uretère par exemple.

L'urographie encore est seule susceptible de dessiner le trajet de l'uretère au-dessus d'un calcul. Dans certains cas opposés, le rein malade peut donner avec l'urographie la meilleure image. Dans d'autres les reins ne s'injectent pas. Un film destiné à confronter les résultats de la pyélographie et ceux de l'acte opératoire est ensuite présenté.

Election d'associés parisiens de l'Académie de chirurgie. — MM. CLOVIS VINCENT, FÈVRE, HUARD, PASTEAU sont élus associés parisiens de l'Académie.

J. CALVET.

Echos et Glanures

Savoir opérer. — *Sous ce titre le Professeur Jean-Louis Faure vient de publier (Albin Michel édit)., un maître livre, dont voici le dernier chapitre :*

Savoir bien opérer ! Que faut-il donc entendre aux jours où nous vivons par ces mots qui paraissent si simples et si clairs ? Est-ce opérer de telle façon que le malade en retire le maximum d'avantages ? Est-ce opérer avec sûreté, élégance et rapidité ? A coup sûr, mieux vaut obtenir un bon résultat thérapeutique au prix d'une opération lente, pénible et meme parfois maladroite, qu'obtenir un résultat médiocre ou même mauvais avec une opération brillante, rapide, impeccable en apparence, mais qui porte en elle quelque tare cachée. La question ne se pose même pas, et d'ailleurs c'est parfois ainsi que les choses se passent.

Mais je pense qu'il vaut mieux, pour un chirurgien, s'il veut approcher de la perfection opératoire, agir de telle sorte qu'il puisse réunir ces deux qualités, et opérer bien, en même temps qu'il opère vite. Et si je soutiens ici cette question c'est parce que des discussions graves ont eu lieu à ce sujet dans ces derniers temps, et je tiens à m'expliquer. J'ai pendant toute ma vie, prêché par la parole et par l'exemple cette vérité d'évidence qu'à valeur égale au point de vue des résultats thérapeutiques, il valait mieux, beaucoup mieux, des opérations rapides, élégantes et correctes, qui ne sont d'ailleurs rapides que parce qu'elles sont élégantes et correctes, exécutées par de bonnes méthodes et avec de bons instruments, que des opérations lentes, disgracieuses et souvent médiocres parce que le chirurgien qui les entreprend ne connaît ni les bonnes méthodes, ni les bons instruments. Cette ignorance n'a d'ailleurs rien de surprenant parce que, comme les autres hommes, les chirurgiens ne peuvent bien savoir que ce qu'ils ont été à même de bien apprendre, et que les circonstances qui leur permettent de tout apprendre et de tout savoir ne se présentent jamais. Cela est si vrai que la nécessité d'une spécialité assez étroite se fait de plus en plus sentir.

Je me suis déjà expliqué sur ce point, et je tiens à répéter ici ce que j'ai déjà dit ailleurs parce que, en le répétant, je reste pleinement dans mon sujet.

On parle beaucoup, en ce moment, des tendances physiologiques de la chirurgie. De grandes voix se sont élevées, avec éloquence, pour dire qu'il fallait maintenant tout subordonner à la recherche du rétablissement aussi complet que possible de la fonction, et que le grand art de l'opérateur était beaucoup moins de faire une intervention brillante que de réaliser une opération utile, et qui rétablira le malade dans des fonctions aussi normales que possible. Nul ne saurait contredire à cet avis, et il ne semble pas douteux que l'unanimité des chirurgiens ne se rencontre sur ce point.

Mais je ne vois pas bien, en vérité, ce que ce conseil présente de particulièrement nouveau. Il est certain que, depuis qu'il y a des chirurgiens, et qui opèrent, c'est dans l'intention de guérir leurs malades et de les guérir le mieux possible. Que n'avons nous pas entendu dire, dans notre jeunesse, alors qu'aux yeux de maîtres, les amputations demeuraient encore comme une sorte de symbole de la grande chirurgie, sur l'obligation de choisir son procédé opératoire suivant les nécessités de fonctionnement du moignon futur.

Les choses sont aujourd'hui moins élémentaires, et il est parfaitement vrai que, particulièrement dans la chirurgie gastro-intestinale, il y a dans tout ce qui touche à la localisation des sécrétions gastriques ou glandulaires, des notions précises dont ceux qui entreprennent ces opérations doivent se pénétrer, s'ils veulent que les résultats soient favorables. Il y a là des conseils excellents, et qui peuvent être étendus à la chirurgie toute entière. Il est bien évident que l'idéal d'une opération, quelle qu'elle soit, en dehors de celle qui commande, pour sauver la vie, un sacrifice définitif, comme l'amputation d'un membre gangréné, doit être de rétablir, autant que possible, les choses dans leur situation et leur fonctionnement primitifs. Il est bien clair que la *restitutio ad integrum* doit toujours être le but idéal de la chirurgie. En gynécologie, en particulier, c'est tout le problème des opérations conservatrices, dont tout le monde est partisan, en théorie, mais que tous ne pratiquent pas avec la même fréquence, ni avec la même confiance, parce que leur expérience leur a montré qu'en voulant un organe on conserve trop souvent la souffrance et la maladie.

En sorte que, en réalité, le programme qui consiste à recommander de faire une chirurgie physiologique, quelque justifié qu'il soit, ne me paraît pas changer grand'chose à ce qui existe aujourd'hui, où nous nous efforçons, tant que nous sommes, de guérir nos malades le mieux possible et de telle façon qu'ils ne regrettent pas de s'être décidés à tenter la dure épreuve d'une opération.

Faisons donc, dans la mesure des possibilités, de la chirurgie physiologique. Abandonnons, dans la mesure où nous le pourrons, la chirurgie d'exérèse pour la chirurgie conservatrice, en prenant cependant garde, je le répète, de ne pas aller trop loin dans cette voie. Car lorsqu'un organe est malade, qu'on l'a sous les yeux, et qu'on est tenu de prendre, sur sa conservation partielle, une décision instantanée, il est souvent bien difficile de savoir au premier coup d'œil, et même en s'aidant d'un examen microscopique extemporané, où commence et où finit ce que l'on juge pouvoir conserver et ce qu'il est indispensable de supprimer.

Mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire, pour cela, d'obliger les futurs chirurgiens à passer deux ans dans un laboratoire de physiologie, comme on l'a proposé. Je demeure convaincu que ces deux années seront mieux employées pour eux, sous la direction d'un bon maître, dans une salle d'opérations qui reste toujours, à mes yeux, le véritable laboratoire du chirurgien !

Encore une fois, je le dis sans craindre de me répéter, où cela nous conduira-t-il ? Quel avenir est réservé, dans cette voie, aux chirurgiens qui déjà viennent après nous ? Combien d'entre eux trouveront-ils, dans ce domaine dit physiologique, et qui ressemble beaucoup à ce que nous faisons aujourd'hui, un aliment nouveau nécessaire à leur travail, à leur talent, peut-être même à leur génie, si quelqu'un parmi eux sent en lui jaillir l'étincelle ?

Quels horizons auront-ils devant eux, à côté des espaces sans fin qui s'ouvrirent devant nos yeux, quand se déploya devant nous l'immense et magnifique empire de la chirurgie abdominale, que depuis cinquante ans nous avons parcouru ?

Faut-il compter parmi les tendances des chirurgiens modernes cette sorte de fétichisme de la lenteur, qui semble s'être emparé de certains d'entre eux, et dont il faut sans doute chercher l'origine dans les beaux succès obtenus par Cushing en chirurgie cérébrale. Car ce grand maître ne recule pas devant des interventions de trois, cinq, six, huit heures et même davantage ! Sans doute, il nous a montré que les opérations sur les centres nerveux doivent être conduites avec la plus extrême minutie. Mais je demeure convaincu, d'après ce que j'ai vu faire par des hommes habitués à cette chirurgie difficile, à commencer par de Martel, et d'après ce que j'ai fait moi-même, il y a une quarantaine d'années, ainsi que pendant la guerre, où j'ai vu quelques malades soumis à des opérations intra-rachidiennes et cérébrales guérir parfaitement après des opérations de peu de durée, je demeure convaincu, toutes choses égales d'ailleurs, que les malades du maître américain guériraient tout aussi bien, et mieux peut-être encore s'il s'appliquait à réduire, en quelque mesure, la durée de ses interventions. Je me suis même laissé dire, sans pouvoir d'ailleurs rien affirmer sur ce point, que des malades comparables, qui guérissent à Boston après une intervention de très longue durée, guérissent, de même ailleurs, après une intervention de durée moitié moindre !

Sans aucune doute, mieux vaut, au cours d'une intervention, quelle qu'elle soit, opérer trop lentement qu'opérer trop vite. A opérer trop lentement, on ne risque que la fatigue du malade, quand il ne dort pas, ou la dépression de l'anesthésie, quand il dort, et aussi, la multiplication des possibilités d'infection. A opérer trop vite, on risque l'accident et quelquefois l'accident grave !

Mais les mots de « rapidité » et de « lenteur » ne signifient rien par eux-mêmes. Telle opération peut être rapide alors qu'elle demande une heure, et telle autre trop longue, quand elle dure vingt minutes.

Ce qu'il faut avant tout — ce que je prêche depuis quarante ans, ce que je me suis efforcé de montrer par l'exemple pendant toute ma vie — c'est de ne pas perdre son temps à des tentatives superflues, à des manœuvres inutiles, c'est connaître les bonnes méthodes, suivre les bons principes, employer les bons instruments. C'est ainsi, et ainsi seulement, que, sans se presser, mais sans faire un geste inutile, le chirurgien prendra l'habitude des opérations rapides, et ses malades s'en trouveront mieux.

J'ai lu quelque part que l'exemple donné par la rapidité de certaines opérations gynécologiques, et en particulier des hystérectomies, avait été « néfaste ». C'est un bien gros mot, et grave ! J'estime, moi, que cet exemple a été salutaire. Si certains chirurgiens jugent bon de perdre leur temps à ne rien faire, au cours d'une opération, libre à eux. Mais ils ne seront pas seuls à en souffrir. Au surplus, chacun fait ce qu'il peut, et travaille à sa mesure.

Il faut choisir, a dit encore le même apôtre, fervent de la lenteur opératoire, il faut choisir « entre la technique du joaillier et celle du charron ». Il semble ignorer qu'entre la technique du joaillier et celle du charron, il y a la technique du mécanicien. C'est celle à laquelle je me suis efforcé d'obéir pendant toute ma carrière. C'est celle à laquelle je continuerai à sacrifier tant que le bistouri ne tombera pas de mes mains.

J'espère donc profondément, pour le bien des malades, et aussi pour la beauté, la grandeur et la gloire de la chirurgie, que ce mysticisme des opérations interminables ne fera pas d'autres prosélytes que ceux qui ne se sentent pas dans le cœur, dans les muscles et dans le cerveau la puissance de faire autrement, et que les chirurges de l'avenir s'efforceront de faire ce que nous avons fait nous-mêmes, en essayant d'adapter les qualités de nos vieux maîtres aux exigences de la chirurgie renouvelée : opérer simplement, posément, sans hâte comme sans lenteur : *Cito, tuto et jucunde* ! C'est le meilleur souhait qu'un vieux chirurgien puisse faire pour ceux qui viendront après lui.

Et je ne saurais mieux terminer les conseils que j'ai donnés ici qu'en reproduisant les quelques mots que j'ai prononcés il y a quarante ans lors de ma première clinique, lorsque j'avais l'honneur de suppléer à l'Hôtel-Dieu, le Prof. S. Duplay :

« L'art et la beauté sont des puissances souveraines qui transfigurent tout ce qu'elles touchent. Et s'il est de notre pouvoir de faire passer dans la chirurgie un peu de cette flamme éternelle qui illumine les belles œuvres et les grandes actions, nous n'avons pas le droit de priver cette noble science de ce surcroît de splendeur. Nous n'avons pas le droit de laisser s'éteindre l'étincelle sacrée qui seule peut faire d'une opération sanglante un acte vraiment grand et qui s'élève bien haut au-dessus de l'œuvre commune. »

Sanatorium.— *Voici, publié sous le titre Riondaz, un des chapitres du livre de M. Burnand : Une Ville sous la montagne, que nous avons signalé par ailleurs* (Attinger, édit.)

Cité douloureuse, Riondaz, cette ville située sur la montagne? Si l'on ne savait rien de ce qui s'y passe, on la croirait fondée pour exalter le bonheur des hommes, comme ces cités de féerie édifiées sur le rivage des mers étincelantes, et dont les constructions n'ont pour style que la fantaisie : balcons tendus en plein soleil, pignons et tourelles flottant dans le bleu comme dans un mirage, terrasses blanches surgissant comme par miracle dans l'éblouissement des façades.

Mais Riondaz est bâtie sur le roc, et non pas sur le sable. On voit à la solidité de ses maisons installées sur des assises de pierre, qu'elle n'est pas une création capricieuse appelant au plaisir une foule de désœuvrés ; qu'elle remplit un devoir. Rien dans son aspect n'évoque la douleur. Une cité de souffrance, on l'imaginerait enceinte de murailles, comme les bastilles féodales, ou comme ces vieux Hôtels-Dieu, renfrognés, pleins de relents sinistres, d'ombres errantes, savateuses, entorchonnées d'une défroque d'hôpital.

Je suis arrivé à Riondaz un jour de janvier, jour de diamant. Brusquement révélée après un contour de la route, je l'ai vue dans sa gloire, regardée toute entière d'un coup d'œil.

Au pied de la station, sur un replat de la pente, se tapit le vieux village, tout en bois. Ses antiques chalets n'ont cure de la lumière. Ce qu'ils veulent, c'est mettre de la chaleur en conserve pour les mois de neige et de froidure. Ils se calfeutrent, se terrent sous les deux pans de leurs toits de bardeaux, repliés, comme deux élytres. Ils n'offrent au midi que le triange de leur façade avare, brunie et comme calcinée par les brûlures du gel et du soleil. La station, elle, n'a pas peur du froid ; l'industrie moderne la protège contre lui. Elle n'a qu'une ambition, qu'une volonté : absorber la lumière et boire l'espace. Toutes les demeures sont dressées ; elles s'épanouissent, ouvrent grande leur poitrine. Leurs toits sont des terrasses largement dégagées. Sanatoriums érigés comme de hautes falaises de pierre, pensions, villas, sont debout, en hauteur, s'étageant les uns au-dessus des autres, réclamant tout leur droit au soleil, n'acceptant pas qu'une construction voisine leur fasse l'injure du moindre pan d'ombre. Chacune de ces demeures se tend de toute son avidité vers la source torrentielle, intarissable, de la lumière. Le soleil d'hiver, comme le soleil d'été, prodigue, les inonde de ses chauds effluves, les mitraille sans cesse de ses flèches éblouissantes.

J'écris sur ma terrasse, et je regarde cette vue, devant laquelle Riondaz est installée, contemplative. La neige règne partout, miroitante, et l'œil se repose de sa blancheur en se levant vers le bleu du ciel, sombre comme une eau d'océan.

Quel spectacle ! En face, l'immense cirque des Alpes ; deux chaînes irrégulières qui s'appuient, de part et d'autre de la vallée insinuée entre elles, sur deux bastions prodigieux : masses géantes qui s'affrontent, ou plutôt se regardent.

Deux masses ? Ce terme est impropre ; il suggère l'image d'une forme sans élégance. Je ne trouve point de mot pour dépeindre en bref une haute montagne que l'œil embrasse toute entière de la base au sommet : ces assises herbeuses largement implantées sur la plaine, creusées de ravins sans fond, ces contreforts bossués que tapissent des forêts, ces pentes déchirées de couloirs, striées de roches à nu, et qui montent, et qui, en s'élevant, s'épurent, s'affinent, s'idéalisent, se dépouillent graduellement de toutes les formes incertaines et molles, des couleurs sombres, de la végétation, de la terre, pour s'achever au bord du ciel en pierre et en glace, en découpures acérées dont l'architecture a la majesté d'une création géante et la grâce d'une ciselure.

La symétrie des deux montagnes sœurs — les Roches blanches, la Dent de Marsens — qui se font face depuis l'éternité n'est pas une symétrie exacte et froide. C'est l'équilibre de deux cimes inégales qui ont chacune leur beauté, leur dignité : l'une, reine en pleine gloire, parée de neige et de glaciers étincelants comme des joyaux, crêtée de sept pointes ; l'autre plus effilée,

étroite, purement rocheuse, dont le faîte dresse ses deux pointes comme des cornes de chamois.

La vallée les sépare, pays parfaitement plat, parcouru d'un réseau de routes, de voies ferrées, de bois, de peupliers en lignes, où des champs nets inscrivent leurs rectangles. Cette plaine s'étire en lentes sinuosités dont le fleuve aux eaux grises forme l'axe brillant, et, par places, réfléchit le soleil en éclats miroitants.

Certains jours d'hiver une harmonie de lumière confond ces deux mondes voisins. La vallée se comble d'azur jusqu'au bord du cirque gigantesque dont les arêtes des montagnes esquissent les limites. Les cimes des glaciers luisent doucement, les formes s'estompent dans un total éblouissement ; les profils des hautes roches adoucissent leurs découpures. Il n'y a plus alors ni plaine ni montagnes, ni couleurs ; il n'y a plus qu'un abîme plein de ciel qui se confond avec le ciel.

Lee site est immobile, mais l'œil qui le scrute, qui s'y plonge pendant des heures, y perçoit un mouvement qui ne cesse jamais. Il en est comme de ces jeux de lumière dans les salles de spectacles, où les rayons des projecteurs modifient par lentes transitions l'aspect de la scène, sans que l'œil ait conscience de leurs mutations. Il ne passe pas deux heures absolument semblables, dans cette scène démesurée et pourtant limitée, dont, peu à peu, tous les détails deviennent familiers à l'œil qui s'y absorbe. Les saisons et les heures, les ombres, les nuées, les orages, les aubes rosées caressant les cimes, l'embrasement des soirs qui projettent un feu pourpré sur les arêtes — et le vol nonchalant des buses, les criaillements des corneilles qui survolent l'abîme, modifient sans une minute d'entr'acte le décor du paysage. Mais le rythme de ces beautés changeantes est si nuancé, si harmonieux que le regard et l'âme les suivent sans lassitude et se reposent dans leur apparente immobilité.

Immobilité et silence. Le silence, ici, n'est pas un silence étouffé assuré par des barrières jalouses. C'est le silence majestueux de l'infini qui descend sur la terre.

Tel est le paysage devant lequel Riondaz rêve et médite. Etagée sur son large amphithéâtre, mais quiètement blottie contre les âpretés du nord, à l'abri de la pente qui descend vers la vallée, elle n'apparaît pas comme une cité de vivants. Que feraient dans ce lieu retiré les agités de notre siècle, les capitaines d'industrie, les affairistes frénétiques qui besognent dans le monde où les hommes luttent ?

C'est un refuge pour les cœurs blessés et pour les corps malades venus de la grande mêlée, et plongés directement dans la paix du ciel. C'est dans de pareils sites que le Créateur a concentré les grandes forces cosmiques capables de faire renaître chez les êtres épuisés les énergies défaillantes, d'intensifier le miracle de la vie luttant contre les puissances occultes de la mort. L'instinct séculaire des hommes les a désignés et choisis. L'industrie a suivi les indications de cet instinct. Elle a organisé ces lieux offerts par la divinité ; elle les a rendus habitables.

Les hommes qui dispensent de telles forces aux malades devraient avoir conscience de leur sacerdoce, et jusque dans les gestes nécessaires de l'exploitation commerciale, demeurer pénétrés de leur rôle humain. Quelques-uns y pensent, pour beaucoup qui l'oublient.

Riondaz, cité douloureuse ? Ces puissances de régénération que la nature offre à l'homme malade et qui suffisent à les faire revivre ne sont-elles pas de taille à soulager aussi les désespoirs du cœur ?

Et la maladie est-elle la pire et la plus inconsolable des disgrâces ? Je ne sais. Je vais travailler en ami parmi les tuberculeux. J'attends de les voir vivre.

Rites oubliés. — *M. Vergely évoque* (JOURN. DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 20 déc. 1936.) ce qu'il appelle justement des rites oubliés, quelques-uns fastidieux, mais d'autres infiniment utiles, comme les séances solennelles de rentrée de la Faculté qui ont cessé depuis longtemps à Paris, depuis le chahut gigantesque qui marqua la nomination de Rayer.

Il n'en est pas de même de la rentrée solennelle de l'Université et de celle des Facultés. Il y aurait, semble-t-il, intérêt à faire revivre ces cérémonies qui ne manquaient pas de grandeur, et qui célébraient dignement la reprise de contact annuel du corps professoral avec l'ensemble des étudiants. Beaucoup d'Universités : Lyon, Toulouse, Montpellier, ont gardé cette cérémonie de la rentrée de l'Université, et je ne sache pas qu'aucune d'entre elles s'en soit mal trouvé. A Toulouse, cette reprise de contact a lieu au Capitole et nous aurions, il me semble, à Bordeaux, un lieu tout désigné pour cette célébration, c'est l'admirable salle du Grand-Théâtre. Le monument de Louis fournirait à l'Université un cadre digne de son importance.

Il n'est pas contestable que des manifestations de ce genre ont une portée sur les jeunes esprits. La réunion autour du recteur, des professeur des diverses Facultés, pourrait donner lieu à des réflexions peut-être salutaires, et nous ne devons pas mépriser à l'heure actuelle ce qui peut donner lieu à l'affirmation de la solidarité, de la puissance et de la force. Il est bon que les jeunes connaissent leurs maîtres et le chef direct de ceux-ci : beaucoup d'étudiants ignorent le recteur et ce serait une occasion de le leur faire connaître.

Pour ce qui est de la rentrée des Facultés prises individuellement, elle n'a pas disparu pourtant et persiste encore, je crois, à la Faculté de droit, au moins, dans notre ville. Cette Faculté, où les professeurs font leur cours en robe (on a le tort de trop négliger la robe professorale), opère chaque année sa rentrée solennelle. Pourquoi la Faculté de médecine, dans le cadre admirable de son atrium, qu'il serait on ne peut plus facile de disposer dans ce but, ne ferait-elle pas aussi sa rentrée solennelle ? Il ne faut encore une fois rien négliger de ce qui peut rapprocher les étudiants de leurs maîtres, et, bien qu'en médecine et en pharmacie le besoin s'en fait peut-être moins sentir qu'ailleurs, il y aurait là, je crois, avantage à se souvenir des rites oubliés et à les faire revivre au grand jour.

NOUVELLES

Société européenne d'orthodontie. — La prochaine réunion de la Société européenne d'orthodontie se tiendra à Bruxelles, les 17 et 18 mai 1937, sous la présidence de M. le Docteur de Coster (Bruxelles). Les médecins désirant faire une communication ou obtenir des renseignements sont priés de se mettre en rapport avec le secrétaire M. G. F. Cale-Matthews, 95, Newhall Street, Birmingham, Grande-Bretagne.

Congrès international pour les maladies rhumatismales. — Le VI[e] Congrès international pour les recherches et la lutte contre le rhumatisme de la Ligue internationale contre le rhumatisme se tiendra fin mars 1938 à l'Université d'Oxford et il sera célébré ensuite le dixième anniversaire du Bureau de la Ligue internationale en même temps que le Deux centième anniversaire de la station thermale Bath. Les sujets à traiter et les noms des rapporteurs seront communiqués ultérieurement.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la Ligue internationale contre le rhumatisme : Docteur J. van Breemen, Keizersgracht 489/491, Amsterdam.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 2 — 9 JANVIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours de l'internat (oral) est définitivement composé de : MM. Fiessinger, Péron, Courcoux, Milhit, Haguenau, Jean Berger, Boppe, Redon, Küss, Jeannin.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Henri Thiers.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. Paul Carnot). — *Réunions du dimanche pour les médecins praticiens*, tous les dimanches du Jour de l'An à la Pentecôte 1937, à l'Amphithéâtre Trousseau.

PROGRAMME. — Dimanche 10 janvier, à 9 heures, assemblée française de médecine générale, sous la présidence du Professeur Fernand BEZANÇON : La primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte.

Dimanche 17 janvier, à 10 h. 30, Professeur Paul CARNOT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu : Sur les néoplasmes recto-sigmoïdiens.

Dimanche 24 janvier, à 10 h. 30, Docteur BARIÉTY, agrégé, médecin des hôpitaux : L'érythème noueux.

Dimanche 31 janvier, à 10 h. 30, Docteur HALBRON, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les intoxications digitaliques.

Dimanche 7 février, à 10 h. 30, Docteur SAINTON, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu : Les formations glandulaires aberrantes en endocrinologie.

Dimanche 14 février, à 10 h.30, Docteur RACHET, médecin des hôpitaux : Les colites ulcéro-hémorragiques.

Dimanche 21 février, à 10 h. 30, Docteur CACHERA, médecin des hôpitaux : Les embolies gazeuses.

Dimanche 28 février, à 10 h. 30. Docteur CAROLI, médecin des hôpitaux : Le diagnostic et le traitement des angiocholites ictérigènes.

Dimanche 7 mars, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du Docteur SIREDEY, membre de l'Académie de médecine : La natalité (étude régionale).

Dimanche 14 mars, à 10 h. 30, Professeur BAUDOUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu : Physio-pathologie de la douleur.

Dimanche 11 avril, à 10 h. 30, Docteur H. BÉNARD, agrégé médecin de l'Hôtel-Dieu : L'intoxication cyanhydrique. Physiopathologie et thérapeutique.

Dimanche 18 avril, à 10 h. 30, Docteur GUTMANN, médecin des hôpitaux : Le cancer ulcériforme de l'estomac. Diagnostic clinique et radiologique.

Dimanche 25 avril, à 10 h. 30, Docteur Justin BEZANÇON, agrégé, médecin des hôpitaux : Le traitement des embolies pulmonaires.

Dimanche 2 mai, à 10 h. 30, Docteur LÉVY-VALENSI, agrégé, médecin de l'Hotel-Dieu : Guy Patin.

Dimanche 9 mai, à 9 heures, Assemblée française de médecine générale, sous la présidence du Professeur H. VINCENT, membre de l'Institut : La fièvre typhoïde. Répartition. Prophylaxie. Traitement actuel.

Aides d'anatomie à la Faculté de Paris. — Par arrêté en date du 28 décembre.

« Le nombre des aides d'anatomie est fixé à quinze. Aucun candidat ne pourra s'inscrire s'il n'est interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris de 1re, de 2e ou de 3e année et s'il n'a déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par la Faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

« Les aides d'anatomie sont nommés pour un an, après un concours qui a lieu chaque année à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté.

« Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions pendant deux autres années consécutives, par voie de renouvellement annuel, sur la proposition du doyen, après avis du chef des travaux anatomiques. »

Art. 2. — Le premier paragraphe de l'article 14 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les prosecteurs sont nommés, pour un an, à la suite d'un concours qui a lieu chaque année à une date fixée au début de l'année scolaire par le Conseil de la Faculté. »

Pour une statue de Laënnec à Paris. — L'Assemblée française de médecine générale a décidé en juin dernier de faire élever une statue de Laënnec dans le square de la Charité.

Un Comité provisoire d'organisation que préside le Professeur Sergent a été constitué.

Les souscriptions doivent être adressées au trésorier du Comité, le Docteur Gabriel Doury, 4, rue de la Muette, Paris (compte courant postal 1006-02, Paris).

Légion d'honneur. — *Ministère de la Santé publique*. — Sont promus :

Officiers : MM. Calmettes, sous-directeur de l'Administration ; Cavaillon, chef de service au ministère de la Santé publique ; Dienert, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France, à Paris ; Netter, médecin de l'Assistance médicale à domicile, médecin inspecteur des écoles.

Chevaliers : Sont nommés : MM. Aubertot, médecin cardiologue accrédité au Sénat ; Chalier, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, médecin des hôpitaux de Lyon ; MM. Combeleran, médecin chef de l'hôpital de Carcassonne ; Demantke, médecin chef honoraire de l'hôpital de Dreux ; Fontaine, docteur en médecine à Saint-Paul-Trois-Châteaux (Drôme) ; Gros, médecin du dispensaire du bureau de bienfaisance de Vienne (Isère) ; Guri, docteur en médecine à Urmatt (Bas-Rhin), médecin inspecteur des écoles ; Janvier, chirurgien adjoint de l'hôpital d'Epernay, médecin du dispensaire antituberculeux ; Lasserre, pharmacien à Caussade (Tarn-et-Garonne) ; Lemaire, docteur en médecine, à Paris ; de Léo-

bardy, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, médecin du dispensaire antituberculeux ; Pétissier, directeur, médecin chef de l'Asile d'aliénés de Lafond, à La Roch.lle ; Pruvost, docteur en médecine chirurgien de l'hôpital de Cannes; Robert, directeur, médecin en chef de la maison de santé départementale du Gers ; Valmyre, médecin chef des hospices civils d'Hyères : Seron, médecin inspecteur des écoles, médecin des enfants du premier âge à Verberie (Oise).

— *Ministère de la Marine.* — *Grand officier.* — Médecin général de 1re classe Autric.

Commandeur. —Médecin général de 2e classe Cazamian.

Service de Santé. — *Promotions.* — *Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels Jeandin, de l'hôpital de Metz ; Moy, de la dir. du Serv. de santé de la 11e région, au Serv. de santé de la 11e région ; Delacroix, de l'hosp. mixte de Nice ; Le Bourdellès, de l'Ecole d'applic. du Serv. de santé, Paris ; Fribourg-Blanc, de l'hôp. Bégin, Saint-Mandé.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants Guilmain, de l'hôp. Robert-Picoué, à Villenave-d'Ornon ; Brugeas, de l'hôp. Scrive, à Lille ; Adde, du 157e d'art., à l'hôp. Maillot, Alger ; Poy, de l'Ecole d'applic. du Serv. de santé, Paris ; Roy, de l'hosp. mixte de Reims ; Debord, de l'Ecole prép. technique de Tulle ; Benazet la Carre, de l'hôp. du camp de Mailly.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines Magnier, du Centre de réf. de Lille ; Weiss, du 51e d'inf. ; Le Mer, de l'hôp. de Rennes ; Bastouil, de l'hôp. de Nantes ; Stibio, du 99e d'inf. ; Gautrot, de l'hôp. Gama, Toul ; Fontaine, du 26e d'inf. ; Lacaze, du 60e d'inf. ; Mathieu, du 5e d'inf. ; Grimaldi, du 19e C. A. ; Vandier, de l'inf. hôp. du camp de Sissonne.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants Gamelin, de l'inf. hôp. du camp de Valbonne ; Clément, du 372e d'art. ; Gonnet, des troupes du Maroc ; Minot, du 35e d'inf. ; Laborderie, du 19e C. A. ; Conche, du 19e C. A. ; Marty, du 109e d'art. ; Morand, du 19e C. A. ; Buresté, des troupes du Maroc ; Pervèd, du 19e C. A. ; Nabonne, du 2e génie ; Laugier, du 508e chars ; Germain, du 28e d'art. ; Bécam, de la base aérienne de Châteaudun ; Maclou, du 26e d'inf. ; Chifflot, du 73e bat. alpin de fort. ; Grémillet, du 39e d'art. ; Esparrac, du 19e C. A. ; Vidailhet, de la base aérienne de Pau ; Bertier, du 19e C. A. ; Martin, de l'Ecole prépar. technique de Tulle.

Mutations semi-mensuelles. — Le médecin commandant Morand, du 153e d'inf., au 157e d'art.

Troupes coloniales. — Sont affectés :

En A. O. F. — Le médecin commandant Vendran, du 2e d'art. col.

En A. E. F. — Le médecin lieutenant-colonel Dodoz, du dépôt des isolés (annexe de Bordeaux).

Au Cameroun. — Le médecin commandant Lavergne, du rég. d'inf. col. du Maroc.

Aux établissements français de l'Inde. — Le médecin commandant Basset, du centre de transit. des troupes indig. de Fréjus.

Au 2e d'infanterie coloniale. — Le médecin colonel Salomon, rentré du Dahomey.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Girard, rentré de Madagascar.

Au 12e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Lesconec, rentré du Togo.

Au 11e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Urvois, rentré du Togo.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales. — Les médecins colonels Sice, Arlo, Rouzoul, le méd. command. Bordes.

A l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — Le médecin colonel Martin, du 3e d'inf. col. ; les médecins commandants Duga, du 16e tirailleurs sénégalais ; Bajolet, du dépôt des isolés des troupes col. ; Rivoalen, du 21e d'inf. col. : Advier, attendu des Antilles.

Société d'histoire de la médecine hébraïque. — La réunion de la Société aura lieu le jeudi 14 janvier 1937, à 21 heures, 60, rue de Monceau, Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Professeur Reichert : La mycologie palestinienne avec une étude historique sur la mycologie chez les Juifs. 2° Docteur I. Simon : Les plantes médicinales chez les Juifs à la période biblique, talmudique et rabbinique.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle de la Société aura lieu le samedi 9 janvier 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

Ordre du jour : Professeur Laignel-Lavastine : Jeanselme, historien de la médecine (*Suite et fin*).

Docteur Tricot-Royer : Le Lint historien de la médecine.

Docteur Vannier : L'œuvre du Docteur Peczely et le Diagnostic des maladies par l'examen de l'iris.

Docteur R. Neveu : Les observations médicales de Regnard en Laponie (1643).

Docteur L. Brodier : La maladie et la mort de Bossuet.

J. Hérissay : Un traitement médical par correspondance sous la Terreur.

Le banquet annuel de la Société aura lieu le même jour au Cercle de la Renaissance, 12, rue de Poitiers, à 20 heures. Prix : 40 francs, service compris. S'inscrire chez le Trésorier, M. Boulanger, 4, rue Aubriot, Paris (IVe). Tél. : Turbigo 63-40 et la suite.

Deuxième Congrès international des sanatoria et maisons de santé privées. — Ce Congrès qui fait suite à celui qui a eu lieu à Budapest en septembre 1936, se tiendra en 1937 à Paris, du 12 au 17 juillet. Il a pour but l'étude des questions d'ordre médical, administratif et économique intéressant particulièrement les établissements privés de cure : sanatoria, cliniques médicales, chirurgicales, obstétricales, maisons de santé destinées au traitement des maladies nerveuses ou mentales. Il est organisé par la Fédération des Maisons de santé de France, avec l'appui de différents groupements étrangers.

Au cours de ce Congrès, une Union internationale des Maisons de santé privées, actuellement à l'étude, sera définitivement constituée.

Les personnes désireuses de participer à ce Congrès pourront dès maintenant obtenir des renseignements en s'adressant au secrétaire général, le Docteur Bussard, 8, avenue du 11 Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Académie de médecine. — *Commissions permanentes* 1937. — Hygiène et maladies contagieuses. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Pouchet, Siredey, Desgrez, Labbé, Carnot, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper.

Remèdes secrets. — MM. Fourneau, Carnot, Perrot, Delépine, Radais, Bougault.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Ramon, Weinberg.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Darier, Renault, Mauclaire, Brouardel, Rist, Guérin.

Institut supérieur de vaccine. — Le Consil et la Commission de la vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Darier, Tiffeneau.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Martin, Carnot, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Martel, Bezançon, Achard, Renault, Brouardel, Roussy, Brumpt, Legueu.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Darier, Faure, Dumas, Laignel-Lavastine.

Commission des membres libres. — MM. les membres de la section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

XVIIe Salon des médecins dentistes, pharmaciens et vétérinaires. — Le XVIIe salon des médecins et du Corps médical aura lieu du 14 au 21 mars 1937, galerie Bernheim jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris. Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs après un vernissage présidé par le Ministre de la Santé publique et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les sections peinture, sculpture, art décoratif et appliqué seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'art de Paris. D'autre part, il faut que cette année la section de photographie soit particulièrement brillante car une salle spéciale lui sera réservée. Enfin, comme l'année dernière, une section de l'art dans les Revues médicales réunira au salon toute la littérature corporative dont l'esprit est empreint d'une note artistique.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 février.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : Docteur Pierre Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

Association des internes et anciens internes des hopitaux de Paris. — Nous rappelons que les médecins désirant se faire remplacer par un interne des hôpitaux de Paris (médecine, chirurgie, et toutes spécialités) doivent adresser leur demande au Secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e). Tél. Danton 09.60.

Conférences promenades. — Le Professeur Laignel-Lavastine inaugurera la série des conférences-promenades de 1937 par la visite de la Faculté de médecine et du Musée d'histoire de la médecine le dimanche 10 janvier, à 10 heures. Réunion dans la salle des Pas-Perdus.

NÉCROLOGIE

Docteur Paul Le Gendre. — Le Docteur Paul Le Gendre est mort à Paris, le 31 décembre, dans sa 84e année. Suivant sa volonté expresse quelques amis seulement furent admis à assister à son incinération qui a eu lieu le 2 janvier.

« Avec le Docteur Paul Le Gendre, écrit Claude Laforet (1), pseudonyme d'un disciple aimé du Maitre, disparaît un des derniers médecins humanistes qui ont fait le prestige de la médecine française.

« Ses goûts et ses aptitudes l'orientaient vers l'Ecole normale, à la tête de laquelle il devait voir plus tard son beau-frère Gustave Lanson, mais la guerre de 1870 décida de sa vocation médicale en associant l'adolescent qu'il était alors aux soins que recevaient les blessés à l'hôpital maritime de Rochefort. Il fit ses études en poursuivant, au Quartier Latin, les meilleures fréquentations littéraires, mais quand, à vingt-quatre ans, eut sonné l'heure de l'installation, il s'aperçut que son bagage était bien mince et courageusement recommença sa médecine. Il entra délibérément dans la voie des concours, devint médecin des hôpitaux de Paris, puis membre de l'Académie de médecine.

(1) *Journal des Débats*, 2 janvier 1936.

« Une belle carrière professionnelle, des travaux originaux, un enseignement particulièrement apprécié de la clinique et de la déontologie, qui est la science des devoirs du médecin, ne le détournèrent jamais des belles-lettres. Dans la retraite où le confina, il y a une dizaine d'années une maladie contractée au chevet des tuberculeux de guerre, en 1918, il entreprit des traductions que sa vaste érudition lui rendait aisées : « Küsmaul », de l'allemand ; « Leopardi », de l'italien, et « Cardan », du latin.

« Ce beau vieillard, disert et cultivé, garda jusqu'aux derniers jours son intégrité intellectuelle. Ses disciples et ses amis venaient chercher auprès de lui des leçons de sérénité et d'équilibre. Ils se réchauffaient à cette flamme toujours ardente qu'entretenaient une magnifique culture, un jugement sain et une haute valeur morale. Ils garderont pieusement son souvenir. »

Docteur Louis de Ribier. — On annonce du Cantal la mort du Docteur Louis de Ribier. Né à Champagnac (Cantal) le 24 février 1876, externe des hôpitaux de Paris, reçu docteur en 1901 avec une thèse sur les eaux minérales d'Ydes, Louis de Ribier, avait exercé pendant de nombreuses années à Châtel-Guyon. On lui doit de nombreux et intéressants travaux sur l'histoire de son pays, sur les médecins de l'Empire et de la Restauration parus ici-même et dans la *France médicale*.

IL Y A CENT ANS

Exercice de la médecine. — *Depuis longtemps on se plaignait de la facilité avec laquelle étaient accordées des permissions d'exercer la médecine en France à des médecins étrangers, tandis que cette faculté nous est à peu près refusée hors de nos frontières.*

Un journal nous apprend que le ministère n'accorde plus ces permissions qu'à des médecins qui se sont distingués par leurs travaux ,et que depuis deux ans, quatre vingt médecins étrangers l'ayant sollicitée, le Docteur Hahnemann est le seul qui l'ait obtenue (Journ. de Méd. et de chir. pratiques, janvier 1837).

« Comme la plupart des médecins seraient reconnaissants aux fabricants et aux vulgarisateurs de travaux nouveaux de ne pas transformer notre courrier quotidien en un amas de papier où se perdent les lettres personnelles. Nous avons déjà poussé ce cri de douleur et nous ne craignons pas de le répéter.

« Nous arrivons à ne plus nous y reconnaître. Un courrier de médecin est un courrier qui doit être respecté. Il ne l'est plus pour le moment. Il y a pourtant bien d'autres moyens d'attirer notre attention de prescriveurs de médicaments que de noyer cet élément de vie intime ou professionnelle sous un déluge d'enveloppes, de buvards et d'imprimés. »

(Léon Bruel. — Lettre d'un médecin de province. *L'informateur médical*, 20 décembre 1936.)

BIBLIOGRAPHIE

Divers

A propos d'un argus très utile

J'Analyse va entrer dans sa dixième année. C'est une publication présentée sous forme *d'argus* citant 150 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin préparant des concours ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois une bibliographie bien faite.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 francs, France, Belgique et leurs colonies ; 30 francs. Union postale ; 40 francs. Autres pays. Un numéro *spécimen* sera envoyé sur demande adressée au Docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris.

Collection des Universités de France. — Viennent de paraître : Cicéron : *Correspondance*, tome III, 1 vol. 30 francs. — César *La guerre civile*, texte établi et traduit par Pierre Fabre. Livre I-II, 1 vol. 20 francs ; livre III, 1 vol. 20 francs. — Homère : *Hymnes*, texte établi et traduit par Jean Humbert, 1 vol. 30 francs. — Hérodote : *Histoires*, livre II, 1 vol. 30 francs. Société d'Edition *Les Belles-Lettres*, 95, boulevard Raspail, Paris.

Saint-Just (1764-1794), par D. Centore-Bineau. Préface de Gérard Walter. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec un fac-similé et 12 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cette *Bibliothèque Historique* où ont paru déjà des biographies de *Marat, Duport, Danton, Robespierre, Barnave* parmi de nombreuses autres études consacrées à l'histoire de la Révolution française, paraît aujourd'hui une biographie remarquablement vivante du jeune révolutionnaire qu'on a appelé « l'Archange de la Terreur », Saint-Just.

« La biographie de Saint-Just que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui au lecteur, écrit M. Gérard Walter, offre cet avantage considérable d'avoir pour base des travaux récents qui n'ont pas pu être utilisés par les précédentes. En effet, grâce aux patientes recherches de deux érudits éminents, O. Boutanquoi (1927) et M. Jean Hanoteau (1935), une grave lacune, qui se faisait sentir dans les biographies de Saint-Just, désormais périmées, d'Ernest Hamel, d'Edouard Fleury et de leurs imitateurs plus ou moins adroits, se trouve très heureusement comblée. M. Jean Hanoteau, plus praticulièrement, dans son récent travail sur les *Origines nivernaises de Saint-Just*, a dressé un tableau extrêmement précis et aussi complet que possible de la famille de Saint-Just et a donné sur ses années d'enfance des renseignements abondants infiniment précieux.

« D'autre part, le remarquable travail de M. Arne Ording sur *Le Bureau de police générale* (1930) exécuté, avec une rare conscience, d'après les conseils et les indications d'Albert Mathiez, a permis d'éclairer un domaine important de l'activité de Saint-Just qui n'a pas pu être mis suffisamment en lumière jusqu'ici.

« Tous ces différents travaux ont permis à l'auteur du présent ouvrage d'apporter dans son récit une information vaste et sûre qui lui donne une réelle valeur. Il y a lieu cependant de noter qu'il ne s'agit pas dans l'occurrence d'une œuvre d'érudition pure. L'auteur de ce *Saint-Just* ne cache pas sa profonde admiration pour son personnage et il ne fait pas de difficulté d'avouer qu'il éprouve un plaisir particulier à exalter la grandeur de cette âme ardemment révolutionnaire. Son exposé, sans trahir la vérité historique, est loin d'être impassible. D'un bout à l'autre du récit, il vit en étroite communion avec son héros. Il y a entre eux, par delà les cent cinquante années qui les séparent, une sorte de lien psychologique poussé si loin qu'on a parfois l'impression d'écouter un ancien compagnon ou collaborateur de Saint-Just qui fonce, agressif, sur les adversaires de son ami, prêt à se dévouer corps et âme à la défense d'une mémoire chère entre toutes. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des douleurs dues à des cicatrices cutanées (1)

Par René LERICHE

Avec les cicatrices, nous quittons le terrain des grandes douleurs pour le domaine des troubles mineurs, dont la chirurgie ne s'occupe guère, malgré les incommodités de toutes sortes et la gêne grave qui en résultent parfois.

Leur étude est pleine d'intérêt. Elle conduit à des sanctions pratiques, utiles à connaître.

C'est un fait que beaucoup de cicatrices sont douloureuses, aussi bien celles qui résultent de plaies accidentelles, que celles qui succèdent à des opérations, même aseptiques.

Je ne veux pas parler des minimes douleurs, des agacements qui y surviennent si fréquemment, surtout lors des variations atmosphériques, mais des douleurs réelles, qui s'observent soit au repos, soit dans les mouvements. Quelquefois, elles se produisent peu après l'achèvement de la cicatrisation. Plus souvent peut-être, elles n'apparaissent qu'assez longtemps après. Presque toujours, elles s'accompagnent d'une sensation de faiblesse du membre atteint, de dérobement d'une jambe, si la cicatrice est à la cuisse, d'impossibilité de fermer le poing, si elle siège au membre supérieur. Le bras ou la jambe retombe plus vite que du côté sain, si on les fait mettre dans la verticale. On trouve d'ailleurs, lors de l'examen, qu'il y a un peu d'atrophie musculaire. Mais cette atrophie n'est jamais suffisante pour expliquer l'impotence.

La douleur, au reste, est vive. C'est généralement une douleur de brûlure, de cuisson, une causalgie *a minima*, avec, quelquefois, la sensation de striction, d'étau.

Les faits

En voici deux exemples :

Un homme de 45 ans tombe un jour en montagne et se fait au niveau du mollet droit, tout près de la terminaison de la masse des jumeaux, une déchirure musculaire compliquée d'une plaie de 4 à 5 centimètres de long. Il ne semble pas qu'il y ait eu communication entre la déchirure musculaire et la plaie cutanée. La cicatrisation se fit sans incident. Mais, dès les premiers jours, le malade éprouva une sensation profonde de brûlure, à laquelle ni lui, ni son chirurgien n'attachèrent d'importance. Au bout d'une quinzaine, la marche fut reprise. Mais, contrairement à ce que l'on avait annoncé, elle aggrava la sensation douloureuse. Et depuis lors, les choses sont allées sans cesse en empirant. Evidemment, de nombreux médecins ont été vus. Toutes sortes de traitements ont été institués. Aucun n'a eu la moindre efficacité. On a parlé de névrite, injecté de la naïodine, du lipiodol, puis fait des rayons infra-rouges, de l'ionisation calcique, puis de la radiothérapie lombaire, mais sans succès.

Au bout de 18 mois, le malade souffre toujours. Il est devenu nerveux, tachycardique, se plaint de vertiges, et on commence à le traiter d'exagérateur, sinon de simulateur. C'est dans ces conditions qu'il vient me trouver dans mon service de Grange-Branche à Lyon.

A l'examen, voici ce que je constate :

Dans l'ensemble, le membre inférieur droit a une certaine atrophie globale, très visible dans le domaine du quadriceps, et au niveau de la fesse qui est atonique.

Tous les mouvements y sont possibles. Il n'y a aucune limitation. Sur le bord interne du mollet, au-dessous du milieu de la jambe, on note une cicatrice de 4 à 5 cm. de long, un peu étalée, plongeant dans la profondeur. Quand on fait contracter les jumeaux, on voit qu'elle leur adhère. Mais, elle tient surtout au tendon d'Achille qui commence là. Elle n'est sur le trajet d'aucun nerf. A la palpation, il n'y a pas de sensibilité superficielle anormale. La pression profonde éveille un peu de douleur, assez localisée, mais peu de chose au fond. Par contre, dès qu'on fait mouvoir la jambe, si l'on fait marcher le malade, la douleur apparaît descendant le long du tendon d'Achille, comme une coulée d'huile bouillante. Le repos la calme. La chaleur du lit ne la provoque pas, et le malade dort bien. Il est à noter que le réflexe pilo-moteur est intense pendant tout l'examen, et du côté malade seulement.

Il n'y a hors cela aucun trouble nerveux apparent. Les réflexes sont normaux. Le pouls est bien perçu derrière la malléole interne, à la pédieuse. Il n'y a pas de varices. L'oscillomètre donne une courbe sensiblement identique sur les deux jambes. Mais, si l'on met les deux membres inférieurs dans de l'eau froide, la courbe du côté malade, s'aplatit beaucoup plus que l'autre. Il y a certainement une hypertonie des vaso-constricteurs de ce côté.

Cet examen permet d'éliminer tout diagnostic de névrite. Il s'agit simplement d'une cicatrice douloureuse, et, de fait, une large infiltration de novocaïne sur le pourtour de la cicatrice et en profondeur, empêche la douleur à la marche d'apparaître.

Et cet autre cas :

Un homme de 29 ans fait une chute sur le genou gauche. On le radiographie à cette occasion, et l'on découvre avec stupéfaction qu'il y a un corps étranger articulaire libre, certainement antérieur à l'accident. Comme il gêne le mouvement, on l'enlève peu de jours après, par une petite arthrotomie dont les suites sont très simples. La guérison opératoire a lieu sans incident, mais quand il s'agit de reprendre les mouvements, la mobilisation est rendue impossible par la douleur ; le genou reste gros, chaud et douloureux. En fait, aucun mouvement actif n'est possible, et on emploie vainement, pour assouplir l'articulation, massage, mécanothérapie, héliothérapie, injections variées à distance. Rien n'y fait. Neuf mois après l'opération, le malade m'est adressé à Lyon, avec un genou raide, pour opération sympathique. Il marche avec des béquilles. Le genou est bloqué. Tout effort spontané éveille des douleurs très violentes. Cependant la mobilité passive est normale. Le quadriceps est très hypertonique, non atrophié. Il n'y a aucun trouble sensitif et les réflexes sont normaux. La radiographie ne montre aucun obstacle.

On infiltre de novocaïne la cicatrice opératoire. La transformation est instantanée : aussitôt, les mouvements actifs deviennent possibles. Ils sont indolores. Le malade descend lui-même de la table d'opération. Il ne souffre plus, laisse ses béquilles, et rentre triomphant dans la salle où il est hospitalisé.

Voici les faits. Je laisse de côté les suites dans ces deux cas. Elles sont complexes, et je veux seulement mettre en évidence le fait même des troubles dépendant d'une cicatrice.

A quoi cet état de choses correspond-il ?

Il faut évidemment en chercher la cause dans la cicatrice même.

Pour le bien comprendre, il nous faut partir de l'étude de phénomènes normaux de la cicatrisation d'une plaie.

Comment et pourquoi se fait la cicatrisation d'une plaie ?

C'est un thème bien ancien que celui de la réparation des plaies accidentelles et chirurgicales.

Comment se fait-elle ?

Nous le savons assez bien. Tous les détails histologiques du phénomène ont été étudiés avec précision et depuis longtemps. Et comme toujours en médecine, ce qui est pure morphologie, est parfaitement connu.

La réparation d'une plaie se fait par une série de modifications conjonctives qui coïncident avec une intense congestion active. Tandis que du sérum et de la lymphe exsudent, que de la fibrine se dépose, des leucocytes sortent des vaisseaux ; les cellules fixes du tissu conjonctif voisin changent de forme, se mulitiplient ; des bourgeons vasculaires naissent sur les capillaires locaux, et bientôt, dans ce milieu conjonctif transformé, devenu neuf, embryonnaire suivant le terme classique, des fibrilles conjonctives apparaissent autour des cellules. Bientôt sur place, il y a, en somme, à l'état naissant, ce qui va devenir la cicatrice conjonctive, comblant la perte de substance. Quand celle-ci est comblée, les cellules épithéliales

(1) Conférence faite au Collège de France, le 4 mai 1936.

épidermiques des bords de la plaie s'éboulent et recouvrent le tout, aidées, si la plaie est un peu étendue, par la multiplication des cellules basales de l'épiderme.

En somme, la réparation est un phénomène essentiellement conjonctivo-vasculaire, arrêté par une coulée des cellules épidermiques.

Si, dans le fond de la plaie, du muscle a été déchiré, s'il y a une articulation ouverte, s'il y a une déchirure viscérale, c'est toujours de même le tissu conjonctif qui répare la perte de substance. Il n'y a de cicatrice que des cicatrices conjonctives.

Le motif secret de la réparation d'une plaie

Pourquoi en est-il ainsi ? Pourquoi y a-t-il cicatrisation et non régénération des tissus spécifiques, comme cela existe chez certains animaux ?

Les biologistes contemporains ont montré la possibilité, dans certaines espèces, de régénérations complexes, et en ont déterminé les conditions favorisantes.

Pourquoi n'en est-il pas de même chez l'homme ? C'est probablement une rançon de l'extraordinaire activité de son tissu conjonctif. Dans des travaux très intéressants, le chirurgien berlinois Bier a montré, il y a quelques années, qu'il y a, chez l'homme, des ébauches de régénération de tissus complexes, que la régénération s'amorce, mais que la croissance conjonctive, plus vigoureuse, l'étouffe, et l'arrête.

Il y a une sorte d'antagonisme entre régénération et cicatrisation.

Les cultures de tissus, en nous montrant à l'état pur la singulière vitalité reproductrice du fibroblaste, nous matérialisent les choses. Et l'on comprend comment il se fait que, chez l'homme, il n'y a que des cicatrisations conjonctives.

Mais, pourquoi cette vigueur conjonctive, normalement éteinte, quiescente dans nos tissus depuis le jour où la croissance est terminée, prend-elle soudain de semblables valeurs quand il y a une plaie ?

Weigert avait pensé autrefois que, par suite des modifications que toute plaie apporte aux résistances et aux tensions dans les tissus, les cellules retrouvaient soudain leurs lois naturelles et leurs possibilités de croissance jusqu'au moment du rétablissement intégral de l'équilibre de résistance et de tension. En somme, à l'origine de toutes les réparations, il ne voyait qu'*un simple phénomène physique*.

Il y a, dans cette vue de Weigert, une part de vérité. Très certainement, les phénomènes mécaniques jouent un grand rôle dans la croissance des tissus et dans sa limitation. Un tissu ne peut croître que s'il a place pour s'étendre. Quand les cellules s'épaulent les unes contre les autres, elles limitent mécaniquement leur propre développement. C'est ainsi que tout tissu atteint un jour cet état statique qui caractérise l'âge adulte, où il y a bien encore des renouvellements cellulaires, des changements d'unités, pièce à pièce, pour ainsi dire, mais où il n'y a plus croissance. Que la rupture d'équilibre modifie les états cellulaires, que, par exemple, les rapports changent entre les volumes normalement équilibrés du contenu protoplasmique et du noyau, c'est bien probable. Mais, est-il permis de penser que cela suffise à conditionner les modifications tissulaires considérables qui se trouvent à l'origine du phénomène cicatrisation, et qui s'étendent à distance même de la brèche ? Il ne le semble pas. On a peine à admettre qu'une simple modification des tensions intracellulaires soit capable de ramener des tissus conjonctifs depuis longtemps stabilisés à ce que l'on appelle souvent le stade embryonnaire. Il faut d'ailleurs noter que si l'individu est cachectique, s'il subit, dans un territoire voisin ou distant, une forte vaso-dilatation avec hyperthermie générale comme celle qui accompagne une complication pulmonaire par exemple, les modifications tissulaires locales ne se produisent pas, et la réparation cicatricielle n'a pas lieu, bien qu'il y ait brèche.

Que la brèche soit nécessaire à l'expansion de la poussée de croissance, c'est certain. Chez les tritons qui régénèrent un membre amputé, la régénération n'a pas lieu, si on suture la peau au-devant de la perte de substance. Mais que la brèche soit la raison même de la poussée de croissance, qu'elle détermine les conditions trophiques qui sont nécessaires, cela paraît peu vraisemblable. Accouchement n'est pas fécondation. On ne doit pas confondre la condition spatiale de la croisssance avec sa condition nutritive. Toutes deux sont nécessaires au rythme de la croissance. Mais, dans la mesure où il y a une hiérarchie dans de tels processus, la condition nutritive prime certainement la condition d'espace.

L'hypothèse de Weigert ne peut donc être retenue, malgré la part de vérité qu'elle renferme.

En fait, elle est depuis longtemps oubliée. Pendant la longue période des recherches histologiques sur les étapes des diverses cicatrisations, il n'en a plus été question. Et, les anatomo-pathologistes se sont détournés du problème d'origine, auquel Weigert avait voulu donner une solution. Sastisfaits d'enregistrer les aspects morphologiques des phénomènes, ils n'ont pas abordé le fond de la question. Leurs examens montrant que presque toutes les réparations sont conjonctives qu'à leur niveau, les phénomènes vasculaires sont toujours très manifestes, que, dans toutes les cicatrisations conjonctives, il y a des signes d'inflammation, même quand les plaies n'ont aucune évidence microbienne, ils se sont généralement contentés de parler d'*inflammation traumatique*. Au reste, avec le développement de la bactériologie qui faisait trouver des microbes sans virulence clinique, dans des plaies réunies par première intention, on tendait de plus en plus à confondre inflammation et infection, et c'est presque à regret que les classiques prononcent les mots d'inflammation traumatique. Quelques-uns, au reste, s'hypnotisant sur les rares cas où la vaso-dilatation et les leucocytes semblent n'avoir aucune part, invoquaient, comme Letulle, une suractivité fonctionnelle des cellules connectives ayant pour but la restitution *ad integrum* des parties traumatisées. Autant vaudrait dire, ainsi que Bier le faisait récemment à propos des processus de guérison de maladies, qu'il faut revenir à la philosophie d'Héraclite que, dans son active retraite, il a longuement étudiée, et admettre que l'organisme se « conduit comme une personnalité agissante, tendant toujours vers un but définitif.

Mais peut-on retenir cette explication paresseuse ? Si l'on veut résoudre pareil problème, il ne faut pas se payer de mots, c'est dans les tissus eux-mêmes, dans les mécanismes normaux de leur vie régulière, que nous devons chercher la solution.

C'est ce qu'a fait Nageotte dans ses pénétrantes études sur la genèse du tissu conjonctif. Sans aborder le point précis ici examiné, il a montré, en partant de plaies expérimentales aseptiques, que si un caillot se trouve au contact du tissu vivant, son réseau fibrineux, substance inerte et non-vivante, croît et se modèle en prenant des dispositions qui rappellent toujours et souvent reproduisent exactement ceux du tissu conjonctif modèle. Il y apparaît des systèmes irréguliers de feuillets ondulés, le long desquels s'engagent les cellules conjonctives et les capillaires sanguins. Mais ce ne sont pas les éléments vivants qui dirigent ce modelage fibrineux. Nulle action protoplasmique n'y préside. Il est déjà amorcé au delà du point que les fibroblastes atteignent. Par pure métamorphie, des fibres collagènes, de l'hyaline s'y individualisent et, de même, les fibres synaptiques de Ranvier. Si j'ai bien lu Nageotte, il n'y a là que *jeu des propriétés de la matière*, et la structure définitive du tissu de cicatrice ne dépend que des interactions des cellules et de la trame.

Nageotte ne traite nulle part, expressément, de la question posée en tête de cet article. Le problème qu'il étudie est plus élevé et plus général. C'est celui de l'organisation de la matière dans ses rapports avec la vie. Implicitement, la question du point de départ des cicatrisations chirurgicales s'y trouve bien contenue. Mais, en fait, Nageotte, cherchant à suivre la formation de la substance intercellulaire conjonctive, ne se place nulle part au point de vue des réactions physiologiques qui accompagnent toutes plaies et sont les satellites obligatoires de la réparation. On conçoit qu'il ne soit pas dès lors possible d'isoler dans sa conception biologique générale, une formule particulière qui n'y est pas énoncée touchant la cicatrisation. Ce serait trahir sa pensée. Retenons donc les faits


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

très importants mis par lui en évidence, sans en rien conclure pour ce qui nous intéresse.

A certain moment de son activité scientifique, Carrel a étudié très explicitement la question des facteurs déterminant la régénération sur des plaies abandonnées à la cicatrisation naturelle, en considérant que la *cicatrisation est une propriété fondamentale de la matière vivante*, et qu'il est aussi impossible de connaître son essence, que de connaître l'essence de la vie.

Il est bien certain qu'il y a un suprême pourquoi, auquel nul recherche biologique ne peut répondre, car ce n'est pas de son domaine à proprement parler. Mais, il y a *un pourquoi immédiat, qui est une variété du commun physiologique* que nous pouvons aborder, et que Carrel lui-même a étudié.

Dans des études menées surtout avec Lecomte du Noüy, il en a donc déterminé certaines conditions extrinsèques de la cicatrisation. Finalement il s'est trouvé conduit à une formule mathématique de la vitesse de cicatrisation, qui dépend, dans une certaine mesure, de l'âge de l'individu.

Mais, pris par d'autres soucis scientifiques, Carrel a laissé de côté l'étude des conditions biologiques déterminantes. Et, après lui, la question ici posée est demeurée entière.

Si l'on veut lui chercher une réponse, il faut, s'efforcer de bien poser le problème, et pour cela n'examiner que des cas purs, où les facteurs susceptibles d'agir sont aussi réduits que possible.

Dans les plaies étendues, avec destruction tissulaire et possibilité d'infection, les phénomènes sont trop complexes. Il y a des modifications chimiques locales dues à la protéolyse, le pH en est changé. On ne sait plus.

Il faut chercher avec un objectif limité et précis, n'examiner que des plaies linéaires, aseptiques, ou évoluant aseptiquement.

Or, si l'on procède de cette façon, il semble que certaines acquisitions récentes en physiologie et en pathologie peuvent nous orienter et nous donner une idée du mécanisme déchaînant la cicatrisation.

Un premier fait domine la question. C'est le suivant, expérimentalement et cliniquement certain : toute section sympathique, quel que soit son siège, qu'elle porte sur les gros rameaux, sur les centres ganglionnaires ou sur les fines fibres périphériques, produit toujours une vaso-dilatation active, que traduisent objectivement l'hyperthermie locale, l'augmentation d'amplitude des oscillations, et une hyperleucocytose locale.

Un second fait est que tout traumatisme produit, toujours, après une vaso-constriction passagère qui peut passer inaperçue, une vaso-dilatation active, accompagnée d'hyperthermie et d'une augmentation d'amplitude des oscillations. On peut donc considérer que tout traumatisme, que toute plaie fait toujours un traumatisme sympathique, un traumatisme de la vaso-motricité.

Or, l'étude des suites de certains traumatismes montre que cette réaction hyperhémique est susceptible d'avoir des conséquences conjonctives, qui revêtent les apparences de l'inflammation aseptique.

On peut donc se demander si, quand une brèche est faite dans les tissus et crée la condition spatiale de Weigert, nécessaire à la poussée conjonctive, ce n'est pas *l'hyperhémie active produite par le traumatisme qui déclenche les modifications tissulaires qui sont à l'origine de la réparation aseptique*.

Du fait d'un apport sanguin plus actif, les conditions chimiques et nutritives de la croissance conjonctive sont réalisées, et dès lors, toutes les étapes de la cicatrisation se déclenchent automatiquement.

Mais, il est possible aussi que la question soit plus complexe, et qu'il faille faire jouer un rôle aux déchets de l'autolyse locale post-traumatique. Certains faits donnent à penser que la *désintégration azotée d'une plaie joue un rôle dans la réparation même de cette plaie*. Il ne serait pas impossible que certains matériaux chimiques détruits, réduits à leurs éléments simples, soient utilisés sur place pour la reconstruction. Quoi qu'il en soit du sort de cette hypothèse qui nécessiterait de longues recherches, de toutes façons le déterminisme de la réparation, son mécanisme de mise en train, paraît bien être vaso-moteur.

Il y a là une question de biologie chirurgicale qui ne devrait plus nous laisser indifférents.

Du dynamisme intrinsèque d'une cicatrice

Revenons-en à la cicatrice organisée. Quand la cicatrisation est en apparence achevée, en fait, le nouvel ordre du tissu néoformé n'est pas établi pour toujours. La cicatrice n'est pas un astre éteint, une production sans vie personnelle. Elle garde dans toutes ses parties, et surtout dans sa partie conjonctive profonde, un dynamisme intrinsèque, qui lui confère une réelle activité que rien ne limite dans le temps. Parmi les manifestations morphologiques les plus intéressantes de cette activité, il y a l'organisation nerveuse du tissu nouveau.

L'organisation nerveuse d'une cicatrice

Il y a quelques années, avec E.-L. Howes, de New-Haven, j'avais étudié cette organisation. Howes était une sorte de spécialiste en matière d'études analytiques des plaies. Avec son maître Harvey il en avait déjà consciencieusement analysé la plupart des particularités. J'y insiste, parce que, je crois, que n'importe qui ne peut pas du jour au lendemain aborder ces questions délicates. Il y fait une préparation, une expérience, si l'on veut que les conclusions soient impeccables.

Donc, Howes sur des cicatrices que j'enlevais, m'a montré, au bout de trois semaines, à la périphérie de la portion fibreuse des fibres amyéliniques. Au bout de six mois, il en a trouvé un peu partout, en assez grand nombre. Des fibres myéliniques ont été rencontrées à la périphérie au cours de la cinquième semaine, et trouvées dans toute la cicatrice après le septième mois.

Les fibres myéliniques régénérées sont tortueuses, plus épaisses que les fibres normales, et, dans certains cas, presque nodulaires. Myéliniques et amyéliniques, toutes suivent les faisceaux collagènes. Celles qui se trouvent immédiatement sous l'épithélium, lui sont parallèles et lui envoient des faisceaux gros et courts. Cet arrangement contraste beaucoup avec la structure normale, où de longues fibres amyéliniques et parfois myéliniques montent sur l'épithélium entre les papilles, pour s'épanouir en un réseau fibrillaire délicat ou en fins organes terminaux. Parfois les fibres myéliniques sont bien plus nombreuses et bien plus épaisses que d'habitude. Beaucoup se terminent en massue. J'en ai vu en tourbillons ; nous en avons figuré, Howes et moi, dans un article de la *Presse médicale*.

Parfois enfin, on trouve de véritables petits névromes dans le tissu de sclérose. Nous en avons, Howes et moi, compté plusieurs dans une cicatrice cutanée d'amputation.

Est-ce très étonnant ?

La section, l'infection coupent ou détruisent de nombreuses petites terminaisons nerveuses. Leur extrémité évolue comme le fait celle de tous les nerfs coupés. Il s'y développe un névrome de régénération identique à ceux qui se font sur les gros troncs nerveux, et plus encore à ceux que nous avons vus, R. Fontaine et moi, après les sections sympathiques. Et en fait beaucoup, la plupart peut-être ont des allures de névromes sympathiques.

Si l'on veut bien, en outre, se souvenir que *l'on ne trouve pas de corpuscules du tact dans les tissus de cicatrice, on est conduit à penser que si les cicatrices et les tissus de sclérose sous-jacents ont une riche organisation nerveuse, c'est par des éléments irréguliers, nus la plupart du temps*, prêts à toutes les excitations normales et anormales, qui ne manquent jamais dans un bloc cicatriciel exposé.

Physiopathologie de l'organisation nerveuse des cicatrices

On comprend dès lors que beaucoup de cicatrices soient douloureuses. La douleur y est la conséquence même de ce que

nous appelons la régénération nerveuse, processus physiologiquement très imparfait. Mais, du point de vue de l'analyse pathologique, la douleur est ce qu'il y a de moins important dans ce qui peut naître par excitation des terminaisons nerveuses d'une cicatrice. La douleur n'est importante que cliniquement. Traduction cérébrale d'une excitation forte, elle naît en dérivation sur un cycle réflexe, dont l'aboutissant ultime est toujours une action motrice, portant soit sur le muscle lisse, soit sur les glandes d'innervation sympathique, soit sur le muscle strié, soit sur les trois en association.

Dans le muscle strié, elles produisent des secousses toniques ou cloniques, des contractures passagères, fréquentes dans les muscles du visage après des plaies cervico-faciales, et dans les muscles des moignons d'amputation, où elles vont jusqu'à l'épilepsie du moignon, phénomène bien moins rare qu'on ne le croirait à en juger par la littérature. Elles produisent surtout des hypotonies musculaires qui troublent l'activité de tant d'hommes blessés, auxquels il semble que leur volonté est devenue désormais impuissante à accomplir tels ou tels mouvements. Dans le muscle lisse, elles sont bien plus importantes encore et plus habituelles. Elles se traduisent par des phénomènes vaso-moteurs périphériques, du spasme artériolaire, de la cyanose, des troubles de nutrition de la peau, des ongles, du tissu conjonctif sous-jacent dont l'évolution fibreuse est un bon test. En même temps, il y a des signes d'hyperactivité sécrétoire, une sudation abondante, une moiteur continuelle.

Tout ceci n'apparaît pas toujours aussitôt après la cicatrisation. Et cela se conçoit. A ce moment la colonisation nerveuse de la cicatrice n'est pas faite. Et quand elle a commencé il est probable qu'elle ne se poursuit longtemps. En tout cas, les troubles engendrés à distance par des cicatrices peuvent n'apparaître qu'après des années de vie silencieuse. Et c'est cela même qui prouve que la vie tissulaire de la sclérose n'est pas une vie ralentie dans des tissus physiologiquement morts, comme on a trop tendance à le penser.

De même que l'épilepsie traumatique ne survient parfois que six, huit ans après l'accident, de même qu'un moignon d'amputation ne devient souvent douloureux qu'après des années de comportement satisfaisant, de même une cicatrice peut créer des inconvénients graves après une longue période de vie satisfaisante et je crois ce fait d'une grande importance sociale et médico-légale, car il tend à lever sur beaucoup d'accidentés le lourd handicap du pithiatisme et de l'exagération.

On dira peut-être que ces troubles à distance sont en fait bien insignifiants, et ne méritent guère qu'on s'en occupe. C'est souvent le point de vue de certains médecins experts. Ce n'est pas l'avis de ceux qui les supportent, même quand ils sont médecins. Ces troubles peuvent d'ailleurs être assez accentués pour créer l'apparence d'une maladie grave. Un de mes malades ayant des troubes vaso-moteurs importants, avec cyanose, refroidissement et impotence musculaire, me fut adressé comme artéritique.

Un autre portait un grand appareil orthopédique prenant le bassin et tout le membre inférieur, et ne pouvait marcher qu'avec peine.

Et nous ne sommes pas encore entrés, à cause des difficultés de l'analyse, dans l'étude des retentissements viscéraux. Je suis à peu près certain d'avoir observé des cicatrices extracraniennes épileptogènes, et d'autres qui étaient arrivées à produire un véritable syndrome angineux.

Les troubles nerveux produits par les cicatrices sont particulièrement accentués quand la cicatrice siège dans une région où, normalement, la peau a peu de souplesse, est fixée aux plans profonds, et surtout là où elle est juste suffisante pour assurer la souplesse et le glissement. Il en est ainsi à la face antéro-externe dans la région malléolaire de la jambe, dans la région fessière, à la face postérieure de l'avant-bras. Dans toutes ces régions, dès que la plaie a créé une certaine perte de substance cutanée, si on l'a abandonnée à la cicatrisation naturelle, si l'on n'a pas remplacé la peau manquante par des greffes, la cicatrice est fréquemment de médiocre qualité, très souvent devient pathologique et surtout douloureuse. Il se produit alors ce que j'appelle familièrement dans mon service le syndrome de la peau trop courte.

Le syndrome de la peau trop courte

En voulez-vous un exemple ? Le suivant va nous faire comprendre de suite ce que je veux dire.

L'automne dernier, un homme de 40 ans m'est adressé pour des douleurs de plus en plus intolérables dans la région de la fesse, à la face postérieure de la cuisse et du mollet. Des traitements variés ont été faits avec le diagnostic de sciatique : infiltrations du sciatique, injections variées, rayons X, diathermie, etc... Rien ne l'a soulagé. On me demande de voir si une intervention radiculaire ne serait pas indiquée, parce que cet homme ne peut plus rien faire.

Je l'interroge ; il me raconte le détail de sa douleur, qui a bien une allure de douleur sciatique, qui augmente pendant la marche, et qu'exaspèrent la flexion de la cuisse sur le bassin, et le relèvement du membre inférieur en l'air.

En l'examinant, je suis frappé par la présence d'une cicatrice de brûlure en apparence superficielle sur la fesse droite, empiétant sur la fesse gauche, et descendant légèrement sur la cuisse. L'homme a été brûlé par un fer rouge, dans son travail en 1917. Il a cicatrisé lentement, en 7 à 8 mois, puis il a repris son travail. Et jusqu'en 1934, il n'a jamais été incommodé. Sa sciatique, pense-t-il, n'a rien à faire avec cela.

Je pense autrement, et fais aussitôt des explorations en conséquence. Au repos, dans la verticale, l'étoffe est assez bonne et il y en a assez. Mais, manifestement, dès que l'on fléchit la cuisse sur le bassin, la peau de la fesse se tend, blanchit, et comprime ce qui est sous-jacent. Il est donc permis de penser que les douleurs tiennent à ce que la peau est réellement trop courte, et au lieu d'une radicotomie, je fais faire chez cet homme l'excision de sa cicatrice, et quelques jours après une greffe.

Au bout de deux mois, il est complètement guéri. Il peut fléchir la cuisse sans éprouver de tiraillements dans la fesse. Les douleurs ont disparu complètement, et quelques mois plus tard, il revient nous voir, complètement guéri.

Dans la cicatrice enlevée, il y avait histologiquement de nombreux filaments nerveux très fins, isolés dans les couches du derme.

Syndrome de la peau trop courte et chirurgie de la douleur.

Analyse de la douleur des cicatrices à l'aide de l'infiltration

Je crois que pareille interprétation des phénomènes douloureux relevant d'une cicatrice doit souvent être admise, du moins faut-il y penser systématiquement dans certaines régions, à la fesse, à l'avant-bras, à la jambe, partout où la peau est tendue et peu mobile.

Ailleurs, même si la cicatrice est régulière, ou paraît ni indurée, ni extensive, *il faut s'aider de l'infiltration avant de prendre n'importe quelle décision opératoire.*

Le cas suivant montre bien la façon dont il faut procéder :

Un blessé de 1916 m'est adressé en janvier 1934, parce que depuis quatre ans, il ne peut plus marcher.

En 1916, une balle entrant par la fesse gauche, est ressortie par la face externe de la cuisse, en faisant de gros dégâts musculaires. La cicatrisation demanda huit mois, et le malade, bien remis, put, de 1918 à 1930, être mécanicien sans trop de gêne : de temps en temps, un peu de douleur avec sensation de faiblesse. Au début de 1930, les douleurs deviennent plus vives, plus fréquentes. Il sent la cuisse se dérober sous lui, et il fit plusieurs chutes au cours de son travail. Les douleurs et l'impotence croissant, on lui fit porter un grand appareil orthopédique, avec ceinture et cuissard. Malgré cela, les douleurs croissent, et en 1932, il dut interrompre son travail.

Les douleurs naissent dans la cicatrice et s'irradient à la face antérieure de la cuisse. Elles s'exagèrent par la fatigue et par temps froid : elles sont comme une déchirure, comme une brûlure. Et c'est dans ces conditions qu'on me l'envoie au début de l'année 1934.

Je constate une grande cicatrice irrégulière, occupant toute la partie antéro-externe de la cuisse depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au tiers inférieur. Il y a au-dessous une perte de substance musculaire considérable : la cicatrice est plaquée sur l'os. L'atrophie est considérable. Le moindre contact est douloureux ; la palpation,


GASTROPATHIES DOULOUREUSES
GASTRITES, SPASMES DU PYLORE
ULCÈRES
Gastropansement
DU Dr. ZIZINE
PANSEMENT GASTRIQUE
A BASE DE
CHARBON
ACTIF
POLYVALENT
ASSOCIÉ AUX POUDRES INERTES
POSOLOGIE
1 PAQUET LE MATIN A JEUN,
ET AU BESOIN LE SOIR
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES DU Dr. ZIZINE
24, rue de Fécamp - Paris XIIe
TÉLÉPHONE : DIDEROT 28-96
HÉMET-JEP-CARRÉ

l'effleurage, éveillent exagérément des douleurs qui existent même au repos. L'impotence est absolue. Ce n'est qu'avec grande peine que le malade étendu à plat peut soulever la cuisse du plan du lit. La marche est pénible, très douloureuse, même avec l'appareil. A l'exploration, tous les mouvements passifs sont cependant possibles.

L'oscillomètre montre un indice un peu inférieur à celui du côté sain.

Les troubles sont si intenses, que je songe d'abord à faire une arthrodèse de la hanche, pour permettre la marche sans douleur ; puis, je me décide à essayer d'une infiltration novocaïnique.

Celle-ci est faite le 23 février, par mon aide Van der Linden, dans le tissu sous-jacent à la cicatrice. Les douleurs disparaissent instantanément. Je demande au malade de faire des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse. A sa grande surprise, tous se font bien, sans douleur et sans limitation.

Je l'invite à descendre seul de la table, sur laquelle on l'a péniblement porté. Il descend sans aide, esaie quelques pas d'abord timidement, puis plus franchement, rentre à pied dans sa salle, ayant sur le bras son appareil orthopédique. Puis il sort dans le jardin, se promène autour du pavillon. Au cours de l'après-midi, survient une réaction douloureuse, comme cela est assez fréquent dans les heures qui suivent les grandes infiltrations. Pendant deux heures, les mouvements actifs furent de nouveau impossibles, puis la douleur cessa et la motilité réapparut. Le lendemain, elle persistait, et le malade put circuler sans douleur et sans appareil. Le troisième jour, il fallut refaire une injection quelques douleurs étaient réapparues. Le calme complet fut obtenu pendant cinq jours. On refit encore deux injections, et deux mois après, la guérison persistait.

A-t-elle été définitive ? Je ne sais pas. Ayant quitté Lyon, j'ai perdu de vue ce malade. Mais, je pense que même s'il avait récidivé, on savait désormais ce qu'il fallait faire. Il était évident que les douleurs et l'impotence n'étaient ni de la simulation, ni de l'exagération, que les unes et l'autre naissaient sur place par l'effet de l'irritation s'exerçant dans les mouvements sur les terminaisons nerveuses mal formées, exposées et nues, de la cicatrice. Dès lors, ou on doit arriver à une guérison complète, par des infiltrations répétées, ou bien il faut exciser largement la cicatrice et faire une grande autoplastie qui, remplaçant la cicatrice par de la peau saine, ne permettra plus aux réflexes douloureux et à l'impotence réflexe de se produire.

Depuis quelques années, j'ai recueilli un assez grand nombre de faits de ce genre. J'ai vu d'assez nombreuses cicatrices douloureuses, en toutes régions, devenir indolores après quelques infiltrations, cicatrices de plaies accidentelles, et cicatrices opératoires.

De la douleur des cicatrices opératoires

Est-il besoin de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, il n'y a en fait aucune différence entre les unes et les autres ? La nature ne connaît pas la doctrine de l'intention.

En 1931, une dame vient me trouver, parce que opérée six ans auparavant d'appendicite, elle a depuis peu de pénibles sensations de brûlures dans la paroi abdominale, avec de brusques dérobements de la jambe droite. L'état général est parfait. Il n'y a aucun signe de maladie nerveuse. La cicatrice est petite, régulière. Je l'infiltre de novocaïne. Tout disparaît. Je répète les infiltrations. Après chaque infiltration, la sédation est de plus longue durée, et les phénomènes sont moins intenses. Au bout de huit infiltrations en un mois, la guérison est complète, et deux mois après, aucune douleur n'est apparue

J'ai vu des phénomènes de même ordre avec des cicatrices de néphrectomie et de hernie. Il et certain que le fait est d'ordre général, car l'organisation de la cicatrice est la même partout.

Mais, pour un motif qui se comprend bien, l'importance de la gêne fonctionnelle se voit surtout au niveau des zones de mouvement et c'est après des arthrotomies du genou que j'ai vu plus spécialement le syndrome douleur et impotence tenant à la cicatrice.

En voici brièvement un exemple :

Un homme de 50 ans vient me trouver dans mon service à Lyon, parce que depuis près de deux ans, il ne marche qu'avec peine et douleur. En 1931, il a eut dans un accident d'automobile, une fracture fermée de la rotule Immédiatement opéré par un excellent chirurgien, dans l'hôpital voisin du lieu de son accident, il a guéri sans incident. Mais, quand il s'est agi de marcher, il n'a pas pu. Et depuis, il n'a fait que de minimes progrès, malgré tous les traitements habituels. Il marche le genou raide, avec une canne, et très péniblement. Il souffre presque aussitôt, et au bout d'un instant, la douleur le force à s'arrêter. Tout son caractère s'est modifié non pas seulement par le fait du souci, mais, dit-il, en lui-même. Il est devenu irritable, s'exaspère pour un rien.

A l'examen, je note une atrophie énorme de tout le membre inférieur. Un genou d'apparence normale, sans liquide, sans gonflement, qui passivement a des mouvements normaux, mais qui n'obéit plus à la volonté. S'il s'agit de faire quitter le talon au plan du lit, le malade y parvient à peine, avec d'énormes efforts, et avec de vives douleurs. Et cela provoque aussitôt des myoclonies considérables. La flexion active est impossible.

Séance tenante, j'infiltre la cicatrice opératoire, qui est fine, régulière, sans la moindre particularité apparente.

Aussitôt, le malade d'un seul coup peut lever la jambe en l'air, et peut la fléchir. Il se lève, et marche sans canne. Il est étoné de ne plus souffrir, et se trouve dejà transformé. Pendant deux mois, il vient se faire infiltrer une dizaine de fois. Le gain a régulièrement progressé. Les douleurs ont complètement disparu. L'impotence a considérablement diminué. Le gain, me dit cet homme, et de 50 %.

Du mécanisme réflexe et de la part du sympathique dans les accidents

En présence de tels faits une question se pose : Comment se réalise ce mélange de douleurs et d'impotence ?

J'ai, aux fins d'analyse, substitué parfois à l'infiltration locale, l'infiltration à distance du sympathique, fait l'anesthésie stellaire ou l'anesthésie du sympathique lombaire, et les résultats ont été identiques.

On peut donc penser que c'est surtout dans le sympathique que se consomment les actions nerveuses.

Un jeune homme, il y a huit mois, a passé la main dans une vitre, ce qui lui a occasionné diverses sections tendineuses au niveau des fléchisseurs. Il a été immédiatement opéré. Il y a eu un peu d'infection. Bref, il se présente avec une cicatrice dure, épaissi au niveau du poignet, qui lui fait mal et qui gène tous ses mouvements. Le fait est que l'impotence de la main est presque complète, bien que manifestement, il n'y ait pas eu section nerveuse : il n'y a pas de troubes sensitifs. Passivement, on fléchit bien les doigts, sans trop de peine. Si l'on commande un mouvement isolé d'un doigt, le malade n'arrive qu'à ébaucher péniblement, avec des efforts ridicules et excessifs. La main est froide, moite, un peu cyanosée. Les oscillations y sont très diminuées.

On infiltre le stellaire : aussitôt la main se réchauffe. Tous les mouvements deviennent possibles sans effort. Les doigts bougent presque normalement : les phalanges sont encore un peu enraidies, mais beaucoup moins qu'on ne le pouvait craindre.

Il a été fait six infiltrations. Tous les mouvements ont été récupérés.

J'avais autrefois, dans des cas de ce genre, fait des sympathectomies périartérielles avec d'assez bons résultats. Toute opération me paraît aujourd'hui inutile, au moins d'emblée. Avec des infiltrations, on obtient souvent une guérison de même qualité et plus aisément.

Conduite générale du traitement des cicatrices douloureuses

En somme, on peut aujourd'hui comprendre d'une façon toute nouvelle, le traitement des cicatrices qui provoquent des douleurs et de la gêne fonctionnelle, sans être par elles-mêmes un obstacle anatomique à la fonction.

Infiltration locale ou à distance du sympathique ganglionnaire régional, avec de la novocaïne sans adrénaline.

Répétition de l'infiltration tous les trois ou quatre jours, suivant les nécessités.

S'arrêter dès que le résultat paraît acquis. Recommencer s'il y a rechute.

Si la sédation ne dure que quelques heures avec retour rapide des accidents, s'il n'y a pas diminution réelle d'intensité des troubles au bout de quatre ou cinq essais, il vaut mieux ne pas s'entêter, et changer de méthode. C'est alors, mais alors seulement qu'il faut chercher du côté des causes générales, de la syphilis, des insuffisances ovariennes, etc...

Chez une femme qui a été castrée ou qui est au moment de la ménopause, il faut toujours essayer d'un traitement par la folliculine. On peut avoir ainsi des résultats inespérés.

Au contraire, si la sédation est bonne, mais ne tient pas, l'infiltration indique le sens de la thérapeutique : la cause est locale et attingible. Il faut exciser la cicatrice et réparer la région par la méthode autoplastique, la greffe italienne étant préférable à la greffe cutanée totale fragmentaire, parce que généralement, on est mal étoffé par-dessous et que la greffe dermo-épidermique ne matelasse pas assez.

On ne saurait vraiment s'étonner de voir de temps en temps l'amélioration ne pas persister au delà de quelques heures. La novocaïne n'oppose jamais qu'une action fonctionnelle à ce qui dépend d'une cause anatomique permanente.

Il est déjà assez surprenant qu'elle puisse avoir parfois son extraordinaire efficacité pendant des mois, et quelquefois pour toujours, montrant ainsi que nos maladies sont moins anatomiques que fonctionnelles dans nombre de circonstances.

En tout cas, les résultats de l'infiltration sont tels qu'il y a avantage à étendre le champ d'application d'une méthode aussi simple.

Et voici des conditions dans lesquelles cette extension est possible.

Il y a des cicatrices douloureuses sans cicatrice, si l'on peut ainsi parler. Il y a des malades qui ont eu des traumatismes plus ou mois sévères, n'ayant pas fait de plaie, mais ayant causé des déchirures ou des contusions profondes qui laissent de la douleur et de l'impotence. Il y a lieu de les infiltrer. On obtient ainsi parfois des résultats immédiats surprenants, qui peuvent fixer une orientation thérapeutique difficile. J'en ai vu plusieurs après des traumatismes du poignet, avec ou sans fracture du scaphoïde.

Un homme d'une soixantaine d'années, dans une excursion de montagne, en sautant d'un rocher à un autre, perçoit une brusque et violente douleur au voisinage du genou droit. Il tombe, a de la peine à se relever. On le ramène péniblement chez lui. Il est laissé au lit, immobilisé ; puis, quand il essaie de reprendre la marche, est arrêté par de vives douleurs dans la région traumatisée. Bientôt ils'y adjoint des mouvements cloniques de toute la cuisse, extrêmement douloureux qui se répètent de plus en plus. Bref, la situation empire et devient intolérable au point que le malade songe à se faire amputer. On lui conseillé de porter un grand appareil orthopédique, avec lequel il marche, le genou raide, avec beaucoup de peine. L'état moral est épouvantable. Le malade, inquiet, préoccupé, ayant renoncé à toutes ses occupations, ne dort plus. C'est un vrai psychique.

Je le vois au bout de deux ans : manifestement il y a eu déchirure incomplète du tendon rotulien. Le doigt trouve une encoche, une dépression nette dans le tendon. Les ligaments articulaires latéraux paraissent intacts. Il n'y a pas de liquide. L'atrophie musculaire de la cuisse est considérable. L'exploration provoque les secousses toniques : toute la cuisse est soulevée par de violentes et brèves contractions du quadriceps, et cela est très douloureux. J'examine avec soin, et trouve sur le tendon rotulien un point où la pression provoque immédiatement la douleur et le clonus.

Une infiltration est faite le lendemain de tout le tendon et des ligaments péri-articulaires : la pression sur le tendon devient indolore La marche a lieu sans provoquer rien d'anormal. L'effet dure trois jours, pendant lesquels le malade délivré, repose vraiment.

Je conseille de la renouveler. Puis, si l'effet n'est pas suffisant, d'intervenir et de réparer les tendons. Il semble certain qu'il y a au niveau de la déchirure tendineuse un état anormal des terminaisons sensitives. Les tendons ont une riche innervation sensitive. Ils ont des corpuscules de Golgi, très nombreux, des corpuscules de Vater Paccini. Une blessure tendineuse comporte toujours avec elle une blessure nerveuse, et on doit, dans le cas particulier, pouvoir considérer l'opération éventuellement nécessaire comme une opération nerveuse autant que tendineuse.

Je n'ai pas revu le malade. J'ai cru savoir que des infiltrations ultérieures l'avaient considérablement amélioré, puisqu'il y avait eu rechute, et que l'on n'avait pas cru devoir suivre mon conseil d'intervention. J'imagine que le pauvre homme est devenu la proie de tous les guérisseurs qui exploitent actuellement l'éternelle foi des hommes dans l'irrationnel, à moins qu'il n'ait été amputé, ce qui en toutes circonstances est la pire des solutions, car dans ces cas, une amputation aggrave presque toujours la douleur et ne diminue jamais l'impotence.

En tout cas, dans un cas de ce genre, aucune opération sympathique ne peut être efficace. C'est à l'action directe qu'il faut recourir. On ne saurait trop y insister. Beaucoup d'échecs de la sympathectomie sont dus à ce que les chrurgiens n'ont pas compris que toujours, quand il y a une lésion attingible, c'est à elle qu'il faut aller, d'abord, si c'est possible.

De l'infiltation prophylactique dans les premiers âges d'une cicatrisation

L'infiltration locale ou sympathique ne doit pas être réservée aux seules cicatrices établies depuis longtemps, et depuis longtemps douloureuses. Elle peut être utile au stade même de la cicatrisation. En provoquant de l'hyperhémie, en supprimant les petites douleurs, en aidant aux reprises fonctionnelles, elle aide à la formation d'une cicatrice souple et indolore. Elle paraît s'opposer à la sclérose. Elle est particulièrement utile pour les plaies des extrémités et des articulations, pour les traumatismes des doigts, de la main, des tendons, depuis des années. Nous l'employons couramment à la clinique chirurgicale de Strasbourg et mes élèves de Lyon en font autant.

Les chirurgiens qui ne l'utilisent pas, ne savent pas de quelles ressources ils se privent. Je sais bien qu'ils n'y croient pas. Ils demeurent dominés par la morphologie, et restent des mécaniciens. S'ils songeaient à ce que c'est que la fonction, ils essaieraient et seraient vite convaincus. La pensée de la fonction, la pensée physiologique ne nous inspire pas encore. Elle n'est dans la chirurgie qu'au stade verbal. La plupart des chirurgiens s'imaginent qu'avoir une orientation physiologique, cela consiste à opérer des chiens. Il s'agit bien de cela ! Penser physiologiquement, c'est penser à la vie et non au cadavre, à la fonction non pas seulement à la forme.

Les résultats extraordinaires des infiltrations locales et sympathiques dans le syndrome douleur et impotence causé par les cicatrices, peuvent aider à l'évolution des idées en ce sens. Il est certain qu'ils ont une valeur d'éducation générale.

La paralysie du VI au cours des otites et mastoïdites

Par Henri BOURGEOIS

L'apparition d'une paralysie du VIe au cours d'une otite aiguë semble à première vue d'un fâcheux augure ; en réalité le pronostic en est aggravé, mais moins qu'on ne saurait le croire car il s'agit le plus souvent d'une complication à la vérité endocranienne mais extraméningée.

Rappel anatomique. — La VIe naît souvent du sillon bulbo-protubérantiel, se dirige dans l'espace sous-arachnoïdien en avant et en dehors vers la face postérieure du rocher ; avant de l'atteindre, il perfore la dure-mère à 3 ou 4 millimètres de la crête pétreuse, puis entre en contact intime avec la pointe du rocher fixé à l'os par des trousseaux fibreux denses, s'engage sous le ligament pétro-sphénoïdal et se jette dans la paroi externe du sinus caverneux.

Pathogénie. — Le nerf peut être atteint par une plaque de méningite dans la première partie de son trajet. Là encore il s'expose à être comprimé par une hydropisie méningée, il est de tous les nerfs craniens le plus sensible à

la méningite hypertensive ; c'est relativement peu fréquent et cela n'est pas très grave. Dans sa deuxième partie, celle où il s'applique contre la pointe du rocher, il réagit à toutes les altérations de cet os ; ici gît le point important de la question.

Enfin dans la paroi du sinus caverneux thrombosé, il participe à l'ophtalmoplégie totale et son atteinte particulière n'offre aucun intérêt clinique.

Ostéite de la pointe du rocher. — Voie de l'infection. — L'ostéite de la pointe du rocher est donc à l'origine du plus grand nombre des paralysies otitiques du VIe. Voyons comment l'infection se propage depuis l'oreille jusqu'à l'apex.

Et d'abord cette pointe menacera d'autant plus le nerf qu'elle sera moins compacte, plus pneumatique. Rarement l'infection se propage par le diploë ou le canal carotidien, presque toujours par les travées cellulaires qui de proche en proche vont de l'oreille à la pointe.

Il arrive qu'une mince coque osseuse sépare une grande cellule apexienne du périoste et du tronc nerveux. D'autre part ces cellules sont reliées à des groupes cellulaires périlabyrinthiques bien connus surtout depuis le bel atlas de Girard.

Il faut les distinguer en deux groupes : les antérieurs qui correspondent à la caisse du tympan, les postérieurs qui aboutissent aux cellules de la mastoïde.

Tous ces groupes cellulaires dont l'amplitude varie à l'infini convergent vers la pointe du rocher, ou bien ils se terminent en cul-de-sac sans l'atteindre, ou bien ils se continuent avec les cellules apexiennes, elles-mêmes éminemment variables.

Si petites, si éloignées que soient les cellules du temporal, elles communiquent toutes entre elles avec l'antre et la caisse ; toutes sont tapissées d'une muqueuse qui est le prolongement de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Il arrive cependant que cliniquement et chirurgicalement la continuité de l'infection échappe à la vue en raison de l'étroitesse du trajet suivi par elle, il y a des pétrosites cliniquement « fermées ».

Anatomie pathologique. — L'ostéite de la pointe du rocher, appelée le plus souvent pétrosite, mais aussi apexite, rocherite, est d'abord congestive et peut s'en tenir là ; l'os est congestionné, la muqueuse des cellules est gonflée et la cavité contient un exsudat séreux d'abord, puis purulent. A un stade plus avancé les cloisons intracellulaires se décalcifient, puis se détruisent, et la réunion de plusieurs cellules forme des cavités pathologiques, des géodes à l'entour desquels on peut voir des séquestres. L'inflammation gagne la périphérie ; la partie inférieure de l'apex regarde le cou, les abcès sous-périostés s'y continuent par des abcès latéro-pharyngiens ; du côté de l'endocrâne le nerf VIe est tout disposé à être atteint sur la face postérieure du rocher. Le nerf trijumeau a perforé la dure-mère au niveau du bord supérieur du rocher pour gagner la fossette de Meckel sur la face antérieure où son ganglion de Gasser repose dans un dédoublement de la dure-mère ; aussi est-il souvent lésé en même temps que le VIe ; on peut voir la dure-mère soulevée par un abcès extradural.

Symptômes. — J'opère un enfant d'une double mastoïdite, suites d'abord normales, puis l'oreille droite se sèche, la mastoïde se comble, tandis qu'à gauche si la plaie mastoïdienne évolue favorablement, l'oreille se reprend à donner issue à un écoulement abondant et franchement purulent ; en même temps l'enfant souffre d'une manière persistante de la tempe droite, de la joue droite, des dents ; l'apexite me paraît probable quand un beau jour on me dit que l'enfant a vu double ; la paralysie du VIe assure le diagnostic.

Ramadier appelé pratique son évidement élargi, trépane le canal carotidien, pénètre jusqu'à la pointe, ramène quelques fongosités, un peu de pus, draine et sauve le petit malade.

Cette observation représente un cas typique de syndrome de Gradenigo. Cet auteur a observé que la paralysie du VIe survenant au cours d'une otite coïncidait souvent avec une douleur importante dans la région temporo-pariétale ; il attribua le syndrome qui porte son nom à un foyer de méningite péri-apexienne susceptible de guérir ou de se transformer en une méningite généralisée mortelle. En réalité la méningite est rare.

Habermann, Citelli, Lombard, Baldenweck montrèrent le rôle de l'ostéite apexienne et ses lésions.

Ramadier a insisté dans son rapport sur un troisième signe capital de pétrosite, c'est la persistance ou le retour de la suppuration après une mastoïdectomie correcte, suppuration qui dénonce un foyer plus profond.

La suppuration est habituellement le premier symptôme en date ; c'est un écoulement franchement purulent, abondant, quelquefois intermittent, qui se forme soit au niveau de l'oreille, soit au niveau de la mastoïde ; il importe alors de préciser l'endroit précis d'où il sourd par des examens répétés de la cavité opératoire.

Ce signe si important manque quelquefois, la communication entre l'apex et la cavite auriculo-mastoïdienne étant trop étroite ou interrompue ; on dit la pétrosite fermée. En voici un bel exemple emprunté à Sargnon et Jousseaume : malade opéré d'une mastoïdite avec suppuration abondante et névralgie du trijumeau ; disparition des douleurs, mais apparition quinze jours après d'une paralysie controlatérale du VIe ; cicatrisation de la plaie et du tympan, mais persistance de la paralysie : guérison apparente sauf altération mal définie de l'état général qui conduit le malade à une convalescence dans le Midi. Il quitte sa Normandie par le train, mais doit s'arrêter à Lyon à cause d'un malaise subit. Il y meurt de méningite aiguë. Ramadier estime qu'il s'agit d'une pétrosite fermée avec abcès extradural étendu jusqu'au VIe du côté opposé.

La douleur manque très rarement. Elle est tenace et intense, le plus souvent continue, elle offre quelquefois le caractère d'élancements de la névralgie. Elle siège à la tempe, à la mâchoire, dans l'hémiface. Ortmann et Moulonguet ont insisté sur la douleur de l'œil, tantôt superficielle, tantôt profonde, rétroculaire.

La paralysie du moteur oculaire externe apparaît généralement après le symptôme douleur ; elle est aussi plus longue à disparaître quand le malade guérit. Elle siège bien entendu sur le VIe correspondant à l'oreille malade. Exceptionnellement Malan l'a observée du côté opposé par extension de l'ostéite au delà de la ligne médiane. Nous verrons que dans la méningite séreuse le nerf du côté opposé est assez souvent pris.

Cette paralysie est moins constante que la névralgie, moins caractéristique d'apexite (Ramadier), moins grave aussi.

Pour nous une névralgie sans paralysie est d'un pronostic beaucoup plus sombre qu'une paralysie sans névralgie. Car, cela peut surprendre au premier abord, une paralysie du VIe qu'on a toute raison d'attribuer à une apexite peut guérir sans intervention directe sur l'apex.

En effet des trois signes d'alarme, elle peut exister seule; on croit qu'il s'agit alors d'uue simple congestion du rocher au voisinage de la mastoïdite.

Dans ces cas le drainage à distance a suffi ; on a pratiqué un évidement de la caisse et ouvert quelques cellules périlabyrinthiques antérieures, ou bien on a repris la cavité mastoïdienne et découvert des cellules périlabyrinthiques postérieures.

Tout de même il faut penser aux pétrosites fermées, ne pas se fier trop longtemps à une intervention trop superficielle, car le pronostic du syndrome de Gradenico avant les dernières techniques chirurgicales était assez grave : 6 morts sur 36 cas (Lombard) ; 12.36 % (Pagano) : 18 % (Seats).

La mort survient habituellement par le fait d'une ménin-

gite suppurée qui éclate d'une manière foudroyante, plus rarement par phlébite du sinus caverneux ou abcès cérébral.

Méningite séreuse. — Nous n'avons pas à décrire les réactions de méningite hypertensive aseptique dont la fréquence paraît de plus en plus grande et qui sont de plus en plus étudiées sous les noms d'hydropisie méningée, d'hydrocéphalée otitique, d'arachnoïdite.

Ces méningites séreuses à liquide habituellement clair, et généralement hypertendu à la ponction lombaire, produisent dans la fosse cérébelleuse une hypertension d'où résulte la paralysie du VIe.

Cette éventualité ne se réalise que six fois sur 61 cas (Robert Bourgeois). Cette pathogénie ne repose pas sur une simple hypothèse mais sur des faits précis, comme la disparition brusque de la paralysie après une évacuation de liquide céphalo-rachidien (Henri Bourgeois).

Il ne s'agit plus ici de pétrosite, mais d'une simple otite ou oto-mastoïdite ; et même l'infection auriculaire peut être relativement bénigne.

L'otite n'est pas toujours une otite aiguë, comme c'est la règle pour la pétrosite ; mais ce peut être un processus chronique réchauffé.

La symptomatologie diffère du tout au tout :

1° La paralysie frappe assez souvent le nerf du côté opposé, quelquefois les deux ;

2° Au syndrome de Gradenigo on doit en opposer un autre : paralysie du VIe, céphalée diffuse s'accompagnant souvent de stase papillaire et de l'issue d'un liquide clair, normal, hypertendu à la ponction lombaire.

La guérison de la paralysie survient rapidement quand on met fin à l'hypertension ; la stase papillaire disparaît beaucoup plus lentement.

Le pronostic *quoad vitam* est généralement bénin ; le danger réside dans la stase papillaire, susceptible d'engendrer l'amaurose si on diffère l'intervention.

Méningite localisée. — Gradenigo supposait que l'atteinte nerveuse provenait d'une plaque de méningite susceptible de guérir dans les formes bénignes, de devenir méningite généralisée dans les cas mortels. Cette hypothèse a été renversée par les partisans de l'apexite, peut-être d'une manière trop absolue.

D'autre part, nous pourrions imaginer des processus d'archnoïdite aseptique hyperplastique, mais cette hypothèse s'accorderait mal avec la guérison sans intervention sur les adhérences.

Méningite suppurée. Abcès du cervelet. Phlébite du sinus caverneux. — Très rare dans la méningite suppurée, rare dans l'abcès du cervelet, participant toujours à l'ophtalmoplégie dans la phlébite caverneuse la paralysie n'offre ici aucun intérêt clinique.

Conclusions pratiques

La paralysie du moteur oculaire externe au cours d'une otite constitue un avertissement sérieux.

Son pronostic dépend de la lésion qui l'a créée. Et sa cause se reconnaît aux symptômes qui lui sont associés.

Elle succède le plus souvent à une pétrosite suppurée ou simplement congestive.

La radiographie de la pointe du rocher apporte une importante contribution à ce diagnostic. Pour Ramadier la radiographie permet parfois d'éliminer nettement l'hypothèse d'une pétrosite ; mais une radiographie positive n'entraîne pas nécessairement une indication opératoire sur l'apex ; c'est un argument important à confronter avec les autres renseignements cliniques.

Voyons maintenant les divers ensembles cliniques qui se présentent à nous et leurs indications respectives.

Paralysie du VIe, névralgie du IIIe, suppuration de la caisse ou de l'apophyse : apexite certaine ; radiographie, poursuite de la suppuration soit en partant de la mastoïde, soit en partant de la caisse et là s'il le faut aller jusqu'à l'apex par la voie carotidienne de Ramadier.

Paralysie du VIe, névralgie du IIIe, absence de suppuration : hypothèse d'apexite congestive, se contenter d'abord, d'un évidement pétro-mastoïdien avec vérification de toutes les cellules profondes, puis attendre, mais se méfier de la pétrosite fermée et de son pronostic très grave. Ici la radiographie présente une grande importance.

Paralysie du VIe sans névralgie ni céphalée. S'il y a suppuration craindre la pétrosite, sinon envisager l'apexite congestive. Radiographie. Vérification soigneuse, au besoin extension de la mastoïdectomie. Pronostic favorable.

Paralysie du VIe homologue ou quelquefois contro-latérale, avec céphalée diffuse, stase papillaire, liquide céphalo-rachidien clair hypertendu : méningite séreuse. Pronostic favorable. Ponction lombaire, méningée ou ventriculaire selon les cas.

Paralysie du VIe, céphalée, liquide céphalo-rachidien altéré mais aseptique, craindre une plaque de méningite, un abcès encéphalique, espérer qu'il s'agit seulement d'un processus méningée aseptique. Radiographie, vérification de la cavité mastoïdienne.

ACTUALITÉS

« L'art Médical en Russie 1936 »[1]

Par le Docteur J.-A. HUET

Le Français est comblé. Il a le bonheur de trouver tout en soi, tout au moins, il en a l'impression. L'intellectuel étranger voyage. Gœthe se rendit en Italie, pour se trouver lui-même. Taine a beaucoup voyagé et Mme de Stael s'est vivement intéressée aux cultures étrangères. Mais en France toute recherche de la vérité dans la culture étrangère est tenue pour suspecte et pour une injure à la culture nationale. J'ai souffert particulièrement souvent de cette méfiance partisane qui voisine avec l'obscurantisme. Cela ne m'empêche pas de voyager et de lire les auteurs étrangers, et c'est pourquoi, je suis allé cette année en Russie Soviétique.

J'y suis allé en mission officielle, délégué par le Gouvernement français et invité par les Autorités soviétiques. Néanmoins, je crois pouvoir atteindre à l'éclectisme en ne vous représentant que des faits observés d'une part, pendant la première partie de mon séjour qui fut officiel, d'autre part, la fin de ce séjour qui fut absolument libre.

Si j'ai intitulé cette causerie « l'Art médical en Russie 1936 » c'est que j'estime qu'elle n'est que l'observation d'un moment dans le temps et que ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera pas demain tant la civilisation soviétique est en pleine période de gestation, et mobile d'un jour à l'autre. C'est un documentaire sur une région aussi incompréhensible pour un Français que pourrait l'être la planète Mars.

Je vous parlerai successivement de la vie matérielle de l'ouvrier médical, de sa vie scientifique, de sa vie spirituelle, et je me permettrai d'en tirer quelques conclusions.

(1) Conférence faite à l'Hôpital Saint-Antoine, service du Professeur Lœper, le 5 décembre 1936.



La vie matérielle de l'ouvrier médical

Il faut bien différencier le médecin praticien du scientifique.

Il existe deux classes de médecins praticiens.

Les aides médecins qui doivent faire sept ans d'école unique et trois ans d'institut de médecine ;

Les médecins : dix ans d'école unique, cinq ans d'institut de médecine.

On tend de plus en plus à obliger les jeunes gens à adopter la seconde alternative. Cela demande un certain effort prolongé matériel et spirituel de la part des étudiants et de leurs familles car si tous sont boursiers, il n'en faut pas moins vivre et se vêtir et le salaire moyen d'un étudiant est de 110 à 120 roubles par mois ; il varie suivant les résultats des examens. Chaque année, ils sont envoyés dans la campagne comme assistants de médecins déjà installés. Le programme des études paraît calqué sur le programme d'études allemand. Lorsque le jeune docteur en médecine a passé sa thèse, suivant ses aptitudes et ses succès universitaires et peut-être son activité politique, il est dirigé vers la campagne ou vers la ville. A la campagne, il sera le médecin d'un centre de Kolkhozes (fermes collectives) où la vie est très dure et mal rétribuée du fait de l'impossibilité de cumuler comme le font ses confrères de la ville. Le salaire minimum est 4 à 500 roubles par mois, le rouble valant actuellement 3 francs et sa puissance d'achat équivalant à 1 franc environ.

A la ville, le médecin est plus heureux car il peut cumuler plusieurs fonctions et totaliser deux et parfois même, trois salaires, ce qui lui permet suivant sa valeur de gagner de 1.000 à 2.000 roubles par mois. En principe, l'omnipraticien est rattaché à un hôpital, à une usine, à un dispensaire ; il ne fait de visites en ville que sur la demande transmise par le directeur de l'hôpital, doit travailler six heures par jour et cinq jours par semaine avec un roulement de garde le sixième jour qui est le jour de repos. Les spécialistes ne travaillent que cinq heures par jour et quatre heures quand il s'agit de spécialités dangereuses, telle la radiologie. Les médecins ont un mois de congé payé. Les professeurs *priva docent* et radiologistes, un mois et demi ou deux mois. L'omnipraticien doit voir environ 24 malades par jour de travail. Le médecin de district doit en visiter approximativement quinze à dix-huit. Il existe un cahier de réclamations sur lequel le client consigne ses plaintes vis-à-vis du médecin.

Quand les plaintes sont trop fréquentes, le médecin est déplacé. Il n'y a pratiquement, pas de médecins libres, le prix exorbitant des patentes et des impôts, l'empêchant d'exercer à son propre compte. Seuls, quelques professeurs, donnent des consultations à leurs cabinet et à Liningrad les homœopathes ont une situation libre et privilégiée. Leur succès est si grand qu'ils peuvent se rire des règlements draconiens. Quand on demande aux médecins non-conformistes, et de plus de 50 ans, si la situation actuelle des jeunes médecins en général, est plus heureuse que du temps de l'ancien régime, ils sont unanimes à reconnaître que sauf pour la liberté d'exprimer sa pensée si elle n'est pas conforme à la ligne, le jeune médecin d'aujourd'hui a une situation plus heureuse que celle de son camarade du même âge avant la Révolution.

La vie scientifique du travailleur médical

L'homme de science pure a une situation privilégiée en U.R.S.S. Qui n'a admiré ces splendides V.I.E.M. (Institut de médecine expérimental), véritables monastères scientifiques qui existent dans chaque grande ville de l'Union ? Là, tout est science, opulence, recueillement. Que l'on se sent loin de la foule et de l'esprit qui l'anime quand on pénètre dans ces sanctuaires ou tout au moins à première vue, on ne trouve que travail scientifique et désintéressé. Cette restriction, je me la suis faite de retour ici car là-bas je ne me sentais plus individualiste français, mais un collectiviste international. Comme Gide, je pense que trop souvent la vérité sur l'U.R.S.S. « est dite avec haine et le mensonge avec amour ». Comme lui, je pense que ces immenses accomplissements qu'on admire à chaque pas m'emplissaient le cœur d'exigences irréalisables « la vérité fût-elle douloureuse ne peut blesser que pour guérir ».

Aussi mes amis russes qui m'ont reçu avec une cordialité que je n'oublierai jamais, ne m'en voudront-ils pas si je leur dis que mon interprétation occidentale de la liberté de la culture, a été choquée par les règles de travail et la direction imposée à la conscience par des hommes qui n'étaient pas des scientifiques, pas des médecins et encore moins des artistes.

Il existe une hiérarchie dans ce V.I.E.M., Le jeune médecin qui par ses aptitudes et ses succès et son orientation spirituelle et professionnelle se sent attiré par la vie du monastère scientifique, passe un concours pour devenir assistant technique, puis de deuxième classe (50 places par an, 5 à 600 candidats), gagne 400 roubles par mois. Après quelques années, trois ans s'il est assidu, si ces travaux sont conformes à l'esprit politique ; si le rendement scientifique utile de la propagande est satisfaisant, il est nommé assistant de 1re classe (agrégé chargé de cours) et gagne de 5 à 600 roubles par mois. Puis, avec les années et les titres et les travaux, il devient *priva docent* assistant, professeur, puis professeur sous-chef de service, puis chef de service.

Je vous projetterai tout à l'heure, le schéma de l'organisation d'un V.I.E.M. Vous verrez qu'à la tête de tout V.I.E.M., se trouve un directeur, généralement un professeur, et sur le pied d'égalité, un secrétaire politique, délégué du Soviet, et un secrétaire technique comptable. Permettez-moi de vous énumérer les différents services qui forment le grand V.I.E.M. de Moscou et qui est naturellement le modèle du genre.

1° Un département de patho-physiologie humaine comprenant :

Une section de physiologie.
Une section de physiologie du système nerveux supérieur.
Une section de physiologie générale et de biochimie.
Une section de physiologie de l'évolution.
Une section de pathologie.

2° Un département de morphologie et de patho-morphologie comprenant :

Une section de morphologie humaine.
Une section de patho-morphologie.

3° Un département de biologie, comprenant :

Une section de biologie générale (chimique, physique, électrique).
Une section de morphologie générale et comparée.
Une section de microbiologie générale.

4° Un département de chimie comprenant :

Une section de chimie organique.
Une section de bio-chimie.
Une section de chimie-physique.

5° Un département de physique, comprenant :

Une section de biophysique.
Une section de biologie lumineuse et spectroscopique.
Une section d'électro-biologie.
Une sectiou de chimie bio-physique.
Une section de techniques scientifiques.

6° Un département d'hygiène, comprenant :

Une section pour l'organisation de l'hygiène.
Une section pour l'hygiène des milieux surpeuplés.

Une section d'hygiène personnelle et de la vie courante.
Une section d'hygiène du travail,
Une section d'hygiène sociale,

7° Un département d'épidémiologie, comprenant :

Une section d'épidémiologie et d'infections spécialisées.
Une section de microbiologie médicale.
Une section de parasitologie.

8° Un département clinique comprenant :

Une section de clinique somatique pouvant recevoir 70 enfants ou adultes sains et 290 malades, et comprenant tous les laboratoires d'investigation auxquels on peut penser dans un hôpital moderne.
Une section de clinique pour les enfants sains et malades de 120 lits.
Une section de polyclinique pouvant recevoir 500 malades quotidiens.

9° Enfin :

Un département vétérinaire pouvant recevoir 30.000 animaux divers : chiens, chats, rats, souris, oiseaux, grenouilles.
Le nombre des chambres est de 4.264.
Le personnel scientifique sera de 5.000 personnes environ.

Ce V.I.E.M. modèle est en voie de construction et sera achevé l'an prochain. Sa conception est grandiose et admirable au point de vue technique. Il serait osé de parler aujourd'hui de la qualité des travaux qui pourront en sortir. ais les Russes posséderont là le plus bel instrument scientifique qu'on ait jamais mis à la disposition de l'homme.

Quel est le but des V.I.E.M. ? Il est nettement défini : il s'agit de poursuivre aussi loin que possible sur l'animal, puis sur l'homme, l'expérimentation médicale permettant d'aboutir à une amélioration de la condition humaine. Si les travaux issus de ces merveilleuses écoles de perfectionnement permettent, comme on l'espère, de détruire quelques uns des grands fléaux qui dévastent l'humanité, ils auront servi une cause scientifique et humanitaire, et la cause de propagande de l'U.R S.S. dont ils ne sont pas une des moins admirables manifestations.

Une critique cependant. Ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, les problèmes soumis à l'étude sont choisis par des personnalités politiques. Il y a une réunion au mois de décembre de chaque année qui décide des travaux qui devront être faits pendant l'année suivante. Dans cette commission se trouvent, certes, des chefs de service, mais l'esprit politique prime, car il importe que tout travail scientifique aussi désintéressé qu'il puisse paraître à première vue, puisse aboutir à des réalisations concrètes et pratiques susceptibles d'améliorer la condition humaine et par là-même de servir la propagande d'une cause politique. Les problèmes à traiter en 1936 étaient les suivants :

Problème du système nerveux central.
Action trophique du système nerveux.
Problème du cancer.
Problème du vieillissement.
La matière vivante.

Ces sujets peuvent vous sembler très vastes, mais chacun d'eux est réparti dans un grand nombre de laboratoires. C'est ainsi que l'action trophique du système nerveux devait être traitée sous la direction de l'éminent Professeur Speransky auquel je dois tant de gratitude pour le chaleureux accueil qu'il m'a fait dans son service, ainsi qu'au Professeur Lawrentjew. L'étude de la matière vivante était divisée de la façon suivante :

Structure micellaire, Professeur Bauer.
Effets de cette structure, Professeur Gurwitch.
Evolution de la matière vivante.
Histologie comparative au cours de l'évolution de la matière vivante.

Les différents laboratoires se réunissent d'une façon sporadique. Chaque année, en décembre, les chefs de service se réunissent en un bureau, et discutent des travaux de l'année suivante. Tous les mois paraît un bulletin des détails des travaux et quatre fois par an, une importante publication : *Les archives des sciences biologiques.*

Les maîtres les plus éminents dirigent les laboratoires des V.I.E.M. Je ne citerai pour mémoire que les Professeurs Speransky, Gurwitch, Bauer, Zawarguine, Nassonoff, Chopine, Lawrentjew, Ivanoff, Orbelli, Lina Stern, Bykoff, Razenkow, Zelinsky, London, Andreiew, Abricossof, Lazareff.

J'ai pu visiter les services d'un certain nombre d'entre eux. Tous m'ont accueilli avec la plus grande cordialité et tous ont déploré le manque de relations scientifiques et culturelles existant entre la France et l'U.R.S.S.

Les résultats obtenus à ce jour sont immenses étant donné le court laps de temps depuis lequel ces instituts fonctionnent. La disparition presque totale du typhus, de la fièvre typhoïde, régression de la tuberculose. Les travaux de Spéransky sur la pathologie nerveuse, les travaux de Gurwitch sur les rayons mytogénétiques, les travaux d'Orbelli, de Lazareff, de Judine, ont propagé dans le monde la valeur des résultats obtenus par les médecins russes.

Qu'on me permette de faire une incidente intéressée. Je m'occupe personnellement plus particulièrement de physiothérapie endocrinienne. En dehors du grand et beau service du Professeur Tcherechevsky, à Moscou, et de l'admirable organisation du Professeur Kogan-Yasny qui m'a, ainsi que Mme Kogan-Yasny, si aimablement reçu à Kharkow, il n'existe pas d'autre grand service spécialisé en endocrinologie

La mono-hormonothérapie est peu employée. Les produits cristallisés n'existent pour ainsi dire pas par suite des difficultés matérielles de fabrication. Par contre, la lysatothérapie m'a parue fort en honneur et les résultats que l'on m'a montré m'ont paru excellents.

Si l'endocrinologie ne connaît pas un aussi grand développement qu'on pourrait s'y attendre, la physiothérapie, par contre, connaît une vogue extraordinaire. Permettez-moi de vous citer quelques chiffres relevés par mon savant confrère, le Docteur Denier, de la Tour-du-Pin à l'hôpital Botkin, à Moscou, hôpital de 2.000 lits. La physiothérapie règne sous la haute direction du Professeur Anikin, sur 9 pavillons. On y traite les maladies aiguës, pneumonies par exemple, par les ultra-violets et la diathermie.

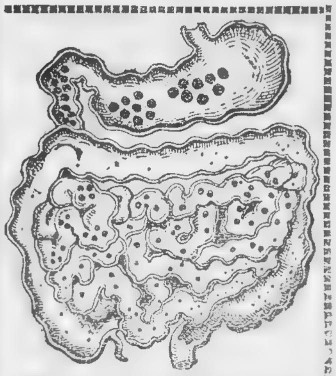
On y traite également le typhus, la scarlatine, la diphtérie. 14.000 cas d'érysipèle ont été traités par les ultra-violets à dose érythémateuse locale et dans 60 % des cas, la température tombe définitivement après la première séance.

Dans les glomérulo-néphrites, on pratique pendant deux heures et plus une séance de diathermie sur la région rénale jusqu'à cessation de l'anurie.

Dans le typhus exanthématique, l'érythème actinique sur le cou, sur la région dorsale, fait disparaître la céphalée et évite la chute tensionnelle habituelle.

Je ne m'étendrai pas ici sur les nombreux travaux expérimentaux avec les ondes ultra-courtes de 80 cm. à 10 mètres en particulier à l'Institut de diagnostic fonctionnel Pletniof.

A l'Institut de physiothérapie de Leningrad dirigé par le Professeur Zalkinson, j'ai pu suivre une série de travaux fort intéressants sur les mesures de résistivité de la peau et sa diminution particulière dans les territoires douloureux.



La mesure de polarisation qui est toujours plus rapide du côté malade.

La modification du réflexe cutané sous l'effet de l'ionisation à la novocaïne.

Je pourrais continuer pendant longtemps cette énumération des travaux inédits, tous plus intéressants les uns que les autres, dans tous les domaines de l'esprit médical et scientifique.

Mais le temps nous manque et le but de cette causerie est, non pas d'analyser tels ou tels travaux intéressant tel ou tel domaine particulier, mais d'envisager dans son ensemble l'état actuel de la médecine en Russie.

Et nous en venons à un des côtés les plus intéressants de la vie du médecin en U.R.S.S. : sa vie spirituelle ; et là il faut évidemment nettement différencier les médecins scientifiques des V.I.E.M. qui réalisent leur rêve intérieur et qui acceptent une vie monastique du fait qu'on leur donne des millions (18 millions de roubles au seul V.I.E.M. de Moscou, soit 60 millions de francs en 1936) pour pouvoir mener à bien leurs travaux, des médecins praticiens. Il semble bien que, en général, la plupart des jeunes omnipraticiens ne soient pas très préoccupés de la culture générale. Comment le pourraient-ils, en effet, dans ce pays où l'organisation de la société nouvelle ne date que de trois ans et où, forcément, le matériel prend le pas sur le spirituel ? Le jeune médecin est trop attaché à la défense de sa subsistance quotidienne pour pouvoir se soucier du mouvement littéraire ou artistique. L'influence germano-américaine prédomine. On ne parle que l'anglais et l'allemand dans les écoles. Le français est honni comme une langue inutile, de salon, de jolies femmes : langue ancien régime. Ce qui frappe plus encore, c'est l'absence de toute auto-critique. Je sais bien qu'il s'agit là d'une société encore très jeune dont le premier souci peut bien être de se contempler et de s'admirer. Mais comme l'écrit Gide « il serait fort regrettable que ce premier souci fut aussi bien le seul, le dernier ».

J'ai visité successivement Leningrad, la plus belle des villes russes où l'admirable Néva donne un cadre grandiose aux harmonieuses fiançailles de la pierre et du métal dont parle le poète. Ce ne sont que vastes avenues, larges esplanades, élégantes coupoles se dessinant dans un ciel pur. Moscou, village médiéval et chaotique aurait l'aspect d'une banlieue de grande ville moderne sans le Kremlin, la place Rouge, Saint-Basile et ce qui reste de cette étonnante muraille de Chine. Cette ville, actuellement laide, mais dont l'admirable plan de reconstruction permet d'augurer qu'elle sera une des plus belles villes du monde, vit puissamment. Le souffle révolutionnaire le plus pur l'anime.

C'est là qu'existe le plus grand V.I.E.M. de l'Union. C'est là qu'on peut voir les plus beaux hôpitaux, un sanatorium extraordinaire par les installations toutes plus ingénieuses les unes que les autres, avec salles de climats artificiels. Les malades sont, suivant les cas, placés dans des salles où tout : lumière, parfums, chaleur, état hygrométrique de l'air, concourt à le placer dans les mêmes conditions que s'il était dans un climat maritime ou alpestre. C'est à Moscou qu'on voit les plus beaux dispensaires, dispensaires de la femme et de l'enfant, dispensaires d'usines, organisés avec un soin et une minutie extrêmes.

Moscou est la capitale politique, commerciale et spirituelle de l'Union. C'est là qu'on élabore les théories, les plans dont on devra réaliser les détails à l'entour, par la suite. C'est là qu'on a conçu les idées directrices de la médecine soviétique actuelle. Le plan général est le suivant : un étage supérieur constitué par les V.I.E.M., la cellule-mère étant le V.I.E.M. de Moscou ; à un degré au-dessous, les hôpitaux avec leurs services généraux et spécialisés ; à un troisième degré, enfin, la médecine sociale qui comprend, d'une part, une organisation s'occupant de la médecine du travail ; chaque usine, chaque parc de culture, chaque stade a un service médical complet comprenant toutes les spécialités, la radiologie et un petit service de chirurgie d'urgence. Puis, à un dernier degré, la médecine de prévention qui est extrêmement développée en Russie et qui est répartie sur tout le territoire entre un grand nombre d'organisations médicales et para-médicales.

Les grands travaux scientifiques dont le plan général est donné par la Commission des Soviets une fois par an, sont conçus dans leur ligne générale et décidés dans les différents laboratoires des V.I.E.M. Ceux-ci transmettent leurs travaux d'observation qui sont centralisés. Les résultats sont transmis dans les hôpitaux pour essais cliniques. Les résultats doivent être donnés en fin d'année, à propos de chaque nouvelle méthode thérapeutique ou diagnostique. Les résultats une fois confirmés sont transmis aux médecins d'organisation sociale pour expérimentation et investigation. Ces médecins, en fin d'année, transmettent au Comité central, les résultats de leurs observations. Il existe un vaste organisme central de coordination des travaux et ce ne sont que les résultats définitifs qui sont livrés au public par l'intermédiaire des agents médicaux et para-médicaux du dernier échelon, chargés d'assurer la diffusion des principes d'hygiène et de thérapeutique par les moyens de propagande les plus divers.

Je n'ai pas parlé jusqu'ici des médicaments. Ils étaient, jadis, distribués gratuitement. Du fait des abus, ils ne sont maintenant délivrés que contre paiement, ce qui a considérablement diminué leur emploi. Le commerce est prospère. On voit que tout dérive d'un plan général. Il y a centralisation, décentralisation et recentralisation des documents concernant une expérimentation première. Cela permet étant donnée l'immensité du champ d'expérimentation et du grand nombre d'observations recueillies, d'avoir très rapidement une documentation complète. Ce que je viens de dire pour les médecins, m'a paru être exact dans tous les domaines de l'activité soviétique, tant dans le domaine industriel que dans le domaine artistique où la Russie reste le maître incontesté. J'étais à Moscou pendant le Festival de théâtre et de musique. Je dois avouer que dans l'ensemble ce fut un grand succès et un vrai régal pour les amateurs de théâtre et de musique.

De Moscou, je fus à Kharkow. J'y fus très aimablement reçu par le Professeur Kogan Yasny et Mme Kogan Yasny. C'est là que je pus admirer ce grand institut d'Endocrinologie, unique en son genre, dans l'Union des Républiques soviétiques, dont j'ai déjà parlé, ainsi que le V. I. E. M. de Kharkow, qui est un modèle du genre. Kharkow ne fait pas partie de l'Union au point de vue politique, mais au point de vue médical et social, elle est rattachée à l'Union. Kharkow est une ville industrielle de 800.000 habitants, extrêmement fortunée. On y fait des tracteurs suivant les meilleures méthodes américaines et le rendement du travail de l'ouvrier m'a paru extraordinaire. Je ne crois pas que des ouvriers tels que les Stalhkanowitz, qui sont des ouvriers distingués ou de première classe, puissent physiologiquement résister très longtemps au surmenage physique et intellectuel auquel ils s'atreignent avec un enthousiasme et un allant en tous points admirables. Les médecins d'usines que j'ai consulté à ce sujet m'ont répondu que ce n'était qu'un moment à passer, qu'ils seraient encore, cependant, pendant plusieurs années obligés de demander aux ouvriers ce rendement record, mais que par la suite, on réduirait le standard actuel de ces ouvriers. De là, j'allais à Kiew, belle ville riante, aux grandes allées ombragées, aux collines nombreuses, s'étageant au dessus du Dnieper, qui vous invite au voyage vers le Sud.

Voilà mon voyage terminé. Quelles conclusions en ai-je tirées ? Quel est l'état d'esprit du médecin russe ? Est-il heureux de son sort ? Quels sont les résultats matériels obtenus par l'application stricte de nouvelles disciplines sociales ? Pouvons-nous en tirer un enseignement ?

En résumé, la médecine sociale pratiquée en Russie, médecine de prévention, de dépistage, est un succès ; la médecine de la mère et de l'enfant en particulier, et la médecine du travail. La médecine purement scientifique des Instituts de médecine expérimentale, est également un succès. Elle est riche de promesses et donnera des résultats éclatants dans un quart de siècle si des cataclysmes mondiaux ne surviennent pas avant. Quant à la médecine tout court, la médecine de chaque jour telle qu'on l'applique chez nous, on la jugerait difficilement puisqu'elle n'existe pas, et c'est très regrettable tant pour les malades que pour les médecins. Il n'y a pas d'art médical en Russie. Il n'y a qu'une science car ce que la Révolution triomphante peut et doit offrir à l'artiste, c'est avant tout. la liberté Sans elle, l'art pert signification et valeur (Gide). Or le médecin russe n'est pas un homme libre. Le médecin russe est-il heureux ? Oui, quand il a moins de 40 ans. Non, s'il est plus âgé et s'il a pu comparer la liberté d'esprit qu'il a aujourd'hui, à celle qu'il avait autrefois. La liberté est un mot qui change de sens avec les latitudes, les climats, la lumière. Il nous est impossible, à nous autres Français, de comprendre et d'admirer la liberté suivant les Russes, pas plus que nous ne comprendrions celle admise par les Allemands ou par les Italiens. Sauf l'homme de science pure qui mène la même vie monastique dans tout le monde entier, aucun de nous ne pourrait accepter les conditions actuelles de l'omnipraticien russe.

Mais il nous est impossible de parler du bonheur d'autrui à nous qui sommes comblés de tout. La Russie sort d'une époque tragique, chaotique, où, guerres, révolutions, famines, se sont succédées sans arrêt. « On a si longtemps manqué de tout qu'on est content de peu de chose ». « Quand le voisin n'a pas davantage on est content de ce qu'on a » (Gide). La Révolution russe ne s'est organisée que depuis cinq ans. Les Russes n'en sentent les bienfaits que depuis trois ans. Il est donc injuste de parler actuellement des résultats de la Révolution russe.

Permettez-moi de faire une incidente et de vous parler de ce conformisme qui est un de ces mots à la mode, saisonnier, dont les Parisiens aiment à se gargariser. Et là, il me faut citer encore Gide dont la courte monographie « Retour de l'U. R. S. S. » sert d'argument dans chaque conversation sur la Russie.

Gide est un de ces grands hommes, de ces grands penseurs de plus de 50 ans, ce qui représente le commencement de la vie pour le Français. Il a écrit son livre, une fois rentré en France, étant redevenu strictement Français. Gide a vivement critiqué la Russie, et surtout le conformisme des esprits. « Pour être heureux, soyez conforme » écrit-il ; mais n'est-ce pas le fait de toutes les sociétés civilisées. « Les fronts n'ont jamais été plus courbés » écrit-il ailleurs. Pour ma part, j'ai vu tant de beaux enthousiasmes juvéniles, tant d'hommes regarder l'avenir avec confiance, le front haut et le regard clair, que je n'ai pas prêté une oreille trop complaisante aux doléances de mes bons amis, lésés par l'état actuel des choses. Une société en gestation est une société qui souffre ; la conception est toujours douloureuse et seuls les résultats comptent. L'œuvre d'art ne s'adresse pas au présent mais au futur.

Mais citant encore Gide, voici ce qu'il écrit plus loin : « ce qui me plaît en U.R.S.S., c'est l'extraordinaire prolongement de la jeunesse. Ce à quoi particulièrement en France (mais je crois bien dans tous nos pays latins) nous sommes si peu habitués ».

La jeunesse est riche de promesses. Un adolescent de chez nous cesse vite de promettre pour tenir. Dès 14 ans déjà, tout s'est figé. L'étonnement devant la vie ne se lit plus sur le visage, ni plus la moindre naïveté. L'enfant devient presque aussitôt jeune homme : les yeux sont faits. Eh bien la révolution russe est jeune ; elle a fait des hommes jeunes ; elle leur a donné des instruments de travail magnifiques. Ne les jugeons pas en vieillards que nous sommes. Certes, ce sont encore des enfants qui ont peur. Que nous soyons insuffisamment renseignés sur leur mérite ; leur bonheur est fait de naïveté, de confiance, d'espoir et parfois d'ignorance aussi. Mais je prétends que nous devons leur faire crédit et pour ma part, je ne serais pas malheureux si je voyais plus de jeunes Français atteints de ce mal mondial qu'est le conformisme, s'ils s'y pliaient avec le même ardeur, avec la même foi, avec la même méthode, avec le même enthousiasme que j'ai vu dans les yeux de la Jeunesse du Monde. Voilà comment je jugeais les choses, lorsqu'en sortant de voir les admirables ballets des fontaines de Balatchescaraï à l'Opéra de Moscou, je me retrouvais à table avec une âme collectiviste internationaliste érasmienne, en un mot, discutant de l'avenir de la société, avec un Chinois, un Australien et un Américain. Mais quand j'ai eu quitté la Russie, et quand, de mon avion, j'ai retrouvé ces eaux et ces forêts, ces vallons ordonnés, ces terres de France riches d'un avenir prochain, doucement estompées par la lumière de septembre, je me suis senti redevenir un Français individualiste, xénophobe, champion exubérant d'une liberté désordonnée, critiquant âprement ce qui se faisait hors de mon pays et paraphrasant la pensée de Sieburg, je me suis félicité de faire partie de cette France qui « suspendue aux basques de l'humanité, ralentit une course dont on ne sait si elle doit mener le monde vers les étoiles ou vers l'abîme ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1936

Nécrologie. — M. Gautier, secrétaire général, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société disparus au cours de l'année 1936 : MM. Arnold Netter, Théophile Legry, Eugène Aviragnet, Henri Vaquez, Jacques Rouillard, André Petit, Jules Rouger et Lucien Gaillard.

Election des membres du Bureau pour 1937. — Président : M. Milian ; vice-président : M. Guillain ; secrétaire général ; M. Gautier ; trésorier : M. Debray ; secrétaires annuels : MM. Mollaret et Cachera.

Election de membres correspondants. — Membres nationaux : MM. Dalous Dereux et Riseb. Membres étrangers : MM. Van den Bergh, Jacobaens et Morelli.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Valeur diagnostic de la réaction de Henry en obstétrique et en gynécologie

La réaction de Henry, dit R. Reniger-Areschian (*Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, nov. 1936) est d'une grande valeur comme méthode sérologique de diagnostic quand il faut dépister le paludisme pendant la grossesse, dans les suites de couches et dans les différentes affections inflammatoires de l'appareil génital.

Elle est négative chez les sujets indemnes de toute affection palustre. Elle est constamment positive chez les paludéennes chroniques non traitées. Les paludéennes chroniques traitées dont les sérums donnent la réaction de Henry négative, doivent être considérées comme guéries.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Clinique médicale

Les formes anormales des maladies infectieuses ne sont pas si rares qu'on le croit trop souvent et il est important de les signaler à l'attention des cliniciens.

Barraud et Torlais rapportent quatre cas de grippe éruptive, forme qui a été signalée par Récamier en 1837 ; on est naturellement appelé à se demander s'il s'agit d'une extériorisation de dermatose à l'occasion de l'anergie grippale ou d'une éruption nettement grippale. Le diagnostic se pose aussi avec la quatrième et la cinquième maladie. La notion d'épidémicité et le tableau clinique permettent en général de donner à la grippe la place qui lui revient. (Barraud et Torlais. Grippes éruptives. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, août 1936.)

Les fièvres éberthiennes autochtones de la région de Nancy, relativement peu fréquentes en comparaison des paratyphoïdes B, sont en général assez typiques et d'une gravité moyenne; A. Michon et M. Tarte viennent d'observer plusieurs cas féminins d'une exceptionnelle gravité et d'une allure clinique assez anormale, faisant partie d'une épidémie d'importation, ayant pris naissance au cours d'un lointain voyage en chemin de fer, les derniers jours d'août 1935. Voici ces cinq cas résumés :

1° Escarre gangréneuse de la fourchette, fièvre élevée avec état infectieux et prostration. Guérison sans séquelles.

2° Syndrome hémorragique : purpura, épistaxis, hématurie, entérorragie. Décès.

3° Hémorragies intestinales profuses (deux litres en une seule émission), tuphos prononcé, perforation intestinale. Décès.

4° Début algique (lumbago, sciatique double, céphalées intenses), longue durée, caractère hyperthermique, prostration intense, persistance d'une poussée inflammatoire iléo-cæcale avec douleurs et ballonnement en dépit d'applications de glace continuelles. Guérison.

5° Réascension fébrile le dix-huitième jour; périphlébite avec fébricule le vingt-huitième jour. Guérison.

La virulence du germe d'importation, responsable de ces divers cas, a paru particulièrement frappante. (A. Michon et M. Tarte. Fièvres éberthiennes anormales. *Revue médicale de Nancy*, 15 janvier 1936.)

Par cardiopathies d'origine périphérique il faut entendre des troubles cardiaques motivés par des réactions de compensation dues elles-mêmes à des perturbations de la circulation périphérique. Ce sont des troubles cardiaques secondaires. On élimine le syndrome cardio-rénal de l'hypertension artérielle et les accidents d'origine névrosique pour ne retenir que les troubles commandés par des perturbations préexistantes de la circulation périphérique.

Les cardiopathies d'origine périphérique obéissent à un mécanisme pathogène commun ; il s'agit chaque fois de la mise en jeu d'une hyperactivité cardiaque motivée par la nécessité où se trouve le cœur de compenser un trouble circulatoire ou d'entretenir une fonction déficiente.

L'auteur étudie successivement les états comportant des pertes de tension (états de laxité artérielle au cours des chocs, certains états d'insuffisance glandulaire, syndromes d'hypertrophie cardiaque de croissance, troubles cardiaques observés dans la convalescence des maladies infectieuses, troubles observés au cours des anévrismes artério-veineux), les états comportant des pertes sanguines, les états anémiques et les états comportant des déperditions séreuses.

Cette conception du retentissement sur le cœur de troubles circulatoires périphériques n'est pas sans intérêt thérapeutique. Dans de telles conditions, ce n'est pas la médication cardiaque qui sera susceptible d'enrayer les troubles, mais bien le traitement de l'affection en cause.

(A. Dumas. Cardiopathies d'origine périphérique. *Journal de médecine de Lyon*, 20 septembre 1936.)

Ophtalmologie

Les plaies perforantes de l'œil exposent au double danger d'infection du globe et d'ophtalmie sympathique. Le praticien sera sagement inspiré en les aiguillant d'urgence chez l'oculiste.

Un œil perforé est toujours mou, disent les livres classiques ; dans la pratique les choses ne sont pas aussi simples. Dans les cas douteux il faut agir comme si la plaie était perforante.

(P. Canque. Les plaies de l'œil et le praticien. *Clermont-médical*, 15 novembre 1936.)

Médecine légale

Le droit commun et la loi de 1898 n'assurent pas la réparation du même dommage ou la même réparation du dommage. Après un accident du travail, seule est forfaitairement réparée, pour partie, l'atteinte de la capacité de travail ; un accident de droit commun ouvre droit à la réparation intégrale.

En pratique cette différence joue pour la période de traitement actif ; la loi de 1898 n'admet d'incapacité temporaire que totale ; le droit commun accepte l'incapacité temporaire partielle.

La distinction devient essentielle si l'on envisaget les conséquences définitives de la blessure. Quand il ne s'agit pas d'un travailleur manuel, la fixation d'un taux d'incapacié professionnelle comporte plus d'inconvénients que d'avantages. L'expert fera mieux de préciser quels actes professionnels se trouveront gênés ou totalement empêchés par les conséquences des blessures, quels autres demeureront permis.

L'expertise de droit commun présente un certain nombre de difficultés, dont les plus importantes sont soulevées par la prévision de l'avenir éloigné. On peut distinguer deux groupes de faits :

1° Les faits classiques, fréquents dans la pratique médico-légale et pour lesquels l'évolution ultérieurs, très habituellement favorable, peut être à l'avance assez exactement appréciée.

2° Les faits plus rares, dans lesquels des changements sont vraisemblables, sans qu'il soit possible de prévoir à l'avance leur importance et même leur sens.

(P. Mazel. Réflexions sur l'expertise médico-légale dans l'accident de droit commun. *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1936.)

Petite chirurgie

La ponction sous-occipitale peut-elle rendre des services en pédiatrie et supplanter la ponction lombaire ?

Non, parce que l'enfant ne doit faire aucun mouvement brusque de la tête, ce qui est beaucoup exiger de lui.

De plus la ponction sous-occipitale ne fournit pas plus de

renseignements que la ponction lombaire et elle comporte plus de risques.

(**A. Breton**. Réflexions sur les inconvénients de la ponction sous-occipitale chez l'enfant. *L'Echo médical du Nord*, 17 mai 1936.)

Les injections intramusculaires ne sont pas danger.

Une affaire récente nous met en garde contre l'injection d'adrénaline : gangrène gazeuse, mort.

Au point de vue logique on peut admettre quatre hypothèses différentes, qui sont soit isolées soit combinées: 1° ampoule septique ; 2° matériel (seringue, aiguille, mains de l'opérateur) septique ; 3° peau infectée ou non suffisamment désinfectée ; 4° organisme porteur de germes latents.

Ce quatrième mécanisme jouerait particulièrement pour l'adrénaline à cause de l'altération locale des tissus.

(**M. Hautefeuille**. Des accidents consécutifs aux injections d'adrénaline. *Gazette médicale de Picardie*, novembre 1936.)

Cette importante communication à la Société médicale d'Amiens a donné lieu à une discussion dont voici quelques extraits :

M. Labarrière rapporte deux accidents de gangrène cellulo-musculaire.

M. Musin insiste sur la stérilisation des instruments et se méfie des injections intramusculaires.

M. G. Perdu précise la différence capitale entre l'injection sous-cutanée et l'injection sous-aponévrotique ; l'infection donne dans le premier cas un simple abcès superficiel et dans le second un phlegmon profond grave.

M. Massonnaud signale 80 abcès à pus stérile au cours d'une vaccination antityphoïdique dans un régiment de tirailleurs.

Médecine sociale

Peut-on espérer une action sociale prophylactique de la syphilis en utilisant la bismutho-prévention ?

Les premiers essais ont permis d'établir les faits suivants :

1° Une imprégnation bismuthée paraît, dans certains cas, empêcher l'éclosion d'une syphilis, mais l'action neutralisante du bismuth a une durée limitée à un maximum de vingt jours.

2° Au delà de ces vingt jours, les manifestations cliniques (avec tréponèmes) des syphilis contractées sont constantes, mais le bismnth a cependant une influence sur l'évolution des tréponèmes et des accidents puisque, dans tous les cas, les chancres n'apparaissent jamais dans les délais normaux, mais toujours à retardement.

Il résulte de ces faits que, si l'on veut appliquer la bismutho-prévention avec quelque chance de succès, il faut même avec des doses fortes de bismuth métal qu'on ne peut dépasser sans danger, renouveler les injections de bismuth au moins tous les quinze jours, mais que ces fortes doses ne sont peut-être pas nécessaires, puisqu'à partir d'un certain stade d'enkystement elles ne paraissent plus posséder leur pouvoir préventif. Enfin on note qu'il est indispensable de procéder à une imprégnation continue.

En attendant une nouvelle expérimentation, on doit se montrer très réservé dans les appréciations sur la valeur des méthodes actuelles de bismutho-prévention.

(**E. Lépinay**. Essais de préservation de la syphilis par bismutho-prévention chez les prostituées d'un quartier réservé. *Maroc médical*, 15 novembre 1936.)

Varia

Il existe des utérus rétrodéviés qui ne font parler d'eux ni de près ni de loin (Macrez, de Saint-Sauveur).

Il n'est pas douteux qu'on a laissé évoluer beaucoup plus d'appendicites non diagnostiquées qu'on n'a enlevé inutilement d'appendices chez des typhiques, des calculeux ou des pneumoniques. (Botreau-Roussel, du Service de Santé colonial.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

L'être humain vu par la médecine. M. *Guy Laborde présente dans le Temps* (20 décembre 1936) *le nouveau volume de* l'Encyclopédie française : *L'être humain : Santé et Maladie.*

La cinquième livraison de l'*Encyclopédie française* est consacrée à l'étude des problèmes que l'homme pose à la médecine. C'est donc un volume des plus importants qui vient s'ajouter aux quatre ouvrages déjà parus sous l'impulsion vigilante de M. A. de Monzie, président du comité de l'Encyclopédie, — et qui traitaient, on le sait, des *Arts et littératures* (2 tomes), de *l'Etat moderne* et de *l'Espèce humaine.*

L'ouvrage qui vient de sortir en librairie s'intule *l'Etre humain : Santé et maladie.* Il a été dirigé pr M. René Leriche qui, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg, promoteur de la chirurgie de la circulation, des glandes endocrines, du sympathique, est aussi un écrivain scientifique au style clair et un esprit largement ouvert à tous les grands problèmes.

M. René Leriche a groupé autour de lui pour écrire cette « somme de l'école médicale française » les noms les plus incontestés de nos facultés et de nos hôpitaux. Sans donner une liste détaillée de ces collaborateurs signalons seulement parmi les noms les plus représentatifs ceux de Pasteur-Vallery-Radot et Mondor, professeurs agrégés à la faculté de médecine ; Apert, médecin honoraire des hôpitaux ; Levaditi, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Institut Pasteur.

Présentant le volume au cours d'un récent jeudi de l'Encyclopédie, le professeur Leriche faisait part de l'intention qui l'avait guidée tout d'abord et qui était de s'adresser non seulement au médecin, mais d'une façon plus générale à l'honnête homme, au sens classique du mot, c'est-à-dire au lecteur qui, désirant sortir de son horizon habituel, a le souci de la connaissance synthétique.

Le sujet du livre ? Un inventaire critique de ce que nous savons, croyons savoir ou ignorons sur tout ce que pose le problème de la vie physique de l'homme, sa vie normale et sa vie pathologique, son état de santé et de maladie.

Quelques idées fondamentales dominent l'ouvrage. La plus importante est peut-être ce sens de la complexité de l'organisme humain, dont les fonctions ne se dissocient qu'artificiellement pour les nécessités de l'analyse, mais sont dans la réalité étroitement solidaires.

On en retire aussi ce sentiment (ou plutôt cet enseignement précieux dans un temps où l'on est tenté de n'envisager l'homme que comme représentant du groupe) que les tempéraments et par la suite les maladies sont choses essentiellement individuelles.

La médecine vient de la sorte nous mettre en garde contre le vieil esprit de généralisation et restitue à l'individu toute sa valeur et son importance, ce qui n'est pas l'un des plus curieux attendus de ce volume.

Cette esquisse générale étant définie, comment est divisé le volume ? Il comporte deux grandes parties :

La première est consacrée à l'*homme normal.* On le suit dans les différentes étapes de sa vie : naissance, enfance, adolescence, âge adulte et vieillesse. Dans ces chapitres comme dans les autres, la lumière est surtout projetée sur les questions les plus récentes, pr exemple, le rôle des vitamines dans la nutrition ou les régulations neuro-hormonales.

La partie du livre ayant trait aux maladies tient, bien entendu, la place essentielle. Il y est traité, tout d'abord, des causes générales : troubles de développement, actions physiques, infections, parasites, traumatismes, intoxications, troubles hormonaux, etc.

On étudie ensuite les méthodes de traitement, et dans une *introduction* à cette section, le docteur Leriche soutient le point de vue de la science.

Si le professeur Leriche prend naturellement ses assises les plus fermes sur la médecine traditionnelle, il n'en pense pas moins que le devoir de cette médecine traditionnelle n'est pourtant pas d'ignorer les pratiques hermétiques qui affectent

des aspects mystérieux et irrationnels, mais au contraire de les étudier avec soin et de les soumettre au contrôle de l'expérience.

Une fidélité absolue aux principes de la médecine expérimentale, tels que les a enseignés Claude Bernard, anime d'ailleurs tout le volume et lui donne sa profonde unité intérieure.

Une série de monographies passe en revue l'état actuel des grandes disciplines et se double d'une série consacrée à la chirurgie.

Enfin, une dernière partie concerne les problèmes se rapportant au travail du médecin, notamment l'exercice de la profession, la médecine sociale et les différentes disciplines de la recherche scientifique : anatomie pathologique, histologie, bactériologie, etc.

Ainsi se présente, sans compter une illustration abondante, l'œuvre, riche en faits et en idées, et que les auteurs travaillent déjà à enrichir selon la formule employée pour les autres volumes.

L'ouvrage se présente pour l'instant, nous l'avons dit, comme une somme de l'école médicale française. Le professeur Leriche a annoncé, pour une prochaine « mise au courant », une série d'articles de médecins étrangers, chacun devant donner, en quelques pages, une synthèse de l'apport de son pays à l'élaboration internationale de la science médicale.

L'opinion de Schopenhauer sur l'utilité de publier les portraits de savants. — C'est la mode aujourd'hui d'accompagner un texte du portrait de son auteur. Mode infiniment louable puisqu'elle permettra à ceux qui feront de l'histoire en 2036 de retrouver trace corporelle du sujet qui les occupe.

C'est peut-être ce qu'avait dit Schopenhauer, sous une forme détournée et acerbe, dont nous lui laissons la responsabilité, quand il écrivait :

« Ces messieurs des sciences positives ne valent vraiment pas la peine que les traits de leurs visages soient reproduits et conservés ; encore que, d'autre part, on ne puisse leur en vouloir de cela, puisque rien d'autre d'eux ne passera certainement à la postérité. »

Histoire d'une maladie. — *M. R. Steiger vient de consacrer sa thèse* (1) *à l'histoire de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë dont la clinique et l'anatomie pathologique d'abord, puis l'expérimentation ont solidement établi les titres, qui ne sont plus contestés.*

Cette maladie, écrit l'A., est fréquente aux pays chauds, où elle a été étudiée par les médecins de la Marine et par les médecins coloniaux, qui l'ont décrite sous les noms de bubons tropicaux et surtout sous celui d'adénites climatériques, tant l'apparition de la maladie, qu'ils croyaient cantonnée aux régions tropicales, leur paraissait étroitement dépendante de conditions inhérentes au climat de ces contrées.

D'autre part, dans nos régions tempérées, des médecins et chirurgiens avaient observé des adénites inguinales subaiguës dont la localisation élective, la curieuse symptomatologie, la torpidité, la longue durée, avaient retenu leur attention.

Une des singularités de l'histoire de la maladie, et dont on retrouverait dans la littérature médicale difficilement d'autres exemples, est donc qu'elle a eu deux foyers distincts d'étude, et que les deux groupes d'observateurs ont longtemps ignoré les travaux les uns des autres. Il est par suite d'un vif intérêt de comparer leurs conceptions, jusqu'au moment où la notion est définitivement établie que la maladie tropicale et celle de nos climats ne sont qu'une seule et même grande maladie ubiquitaire.

Il est intéressant de noter que les conceptions étiologiques ont été dans les deux champs de prospection le reflet des dominantes pathologiques. Aux pays chauds, la maladie a été attribuée aux infections les plus communes, paludisme, peste, filariose, maladies infestinales, infections septiques banales favorisées par des conditions générales et locales relevant du climat. En France, malgré les premiers soupçons des vénéréologues et les prudentes réserves de Nélaton, la torpidité de la maladie et les caractères histologiques de ses lésions la font rattacher à la tuberculose qui, vers 1900, est tenue pour la cause la plus fréquente des adénites subaiguës.

(1) Lyon, 1936.

Dans cet historique, certaines dates sont particulières. En 1913, M. Favre exposait, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le résultat de recherches poursuivies depuis plusieurs années en collaboration avec J. Nicolas et M. Durand.

Les autres Lyonnais, rompant avec les conceptions antérieures, établissaient que l'affection, à laquelle ils donnaient pour des raisons histologiques parfaitement valables le nom de lymphogranulomatose inguinale subaiguë devait être distinguée de toutes les autres variétés d'adénites inguinales décrites dans nos régions, qu'elle était de nature vénérienne, et que cette maladie vénérienne avait les caractères d'une maladie autonome spécifique.

A cette date, parmi les très nombreuses étiologies attribuées aux adénites tropicales, aux bubons climatériques, l'interprétation vénérienne, le plus souvent rejetée après examen (Guénin, Godding, Nagel, Ferraro-Dante, Clayton, Lop), à plus forte raison la spécificité de la maladie ne sont établies par aucun travail. Cette affirmation vise tout particulièrement la lettre de Steuder à Scheube et la courte intervention de quatre lignes de Cameron Blair au Meeting d'Oxford. On ne saurait en tout cas faire état de ces deux auteurs sans connaître exactement ce qu'ils ont écrit et sans citer les textes.

Quant à Rost, son mémoire paraît en 1912 à une période où la nature vénérienne de la lymphogranulomatose inguinale est reconnue à Lyon depuis plusieurs années. L'interprétation vénérienne, qu'il donne des bubons climatériques, n'est admise par lui qu'à titre d'hypothèse et par voie d'exclusion. Elle ne trouve sa démonstration qu'en 1914 par le travail capital de Müller et Justi. Cette date de 1914 est encore une de celles qui marquent dans l'histoire de la maladie de Nicolas-Favre.

A partir de 1914 et jusqu'en 1921, bubon climatérique et lymphogranulomatose inguinale continuent d'être décrits séparément. C'est en 1922, dans la thèse de son élève Phylactos, que le Professeur Favre établit par un ensemble de preuves convergentes et par un rigoureux parallèle que, sous deux noms différents, il n'y a qu'une maladie, qu'une affection vénérienne spécifique très largement répandue.

En 1925, Frei dote le diagnostic de la maladie d'une épreuve biologique de haute valeur, grâce à laquelle d'autres déterminations viennent prendre place à côté du syndrome ganglionnaire inguinal. La réaction de Frei ne tarde pas à apporter de surcroît un nouvel argument à la thèse de l'unicité, déjà solidement fondée en 1922 par M. Favre sur des arguments anatomo-cliniques.

La nouvelle maladie vénérienne suscite un intérêt grandissant. On la signale en tous pays, et le nombre des travaux qui lui sont consacrés et qui se réclament du premier mémoire de 1913 va croissant avec une rapidité dont il y a peu d'exemples.

En 1930, l'ère des importantes recherches expérimentales s'ouvre grâce à Hellerström et Wassen, à Levaditi et à ses collaborateurs, à Findlay.

M. Steiger fait l'exposé précis et impartial des nombreuses variations des interprétations auxquelles la maladie a donné lieu avant que, sa véritable étiologie ait été précisée.

On ne doit pas dit-il, opposer sur la question médecins coloniaux et médecins de nos contrées, mais reconnaître la valeur des apports des uns et des autres. Pendant longtemps, on n'a pas attribué leur vraie valeur aux recherches poursuivies en France sur l'affection qui allait devenir la lymphogranulomatose inguinale, la poradénite inguinale.

Ces singulières adénites ont été entrevues très tôt en France. On en retrouve quelques traits dans les descriptions que les anciens vénéréologues donnent des bubons d'emblée, des bubons sympathiques, des bubons du coït, tous termes qui nous paraissent aujourd'hui singuliers.

Dès 1870, leurs caractères cliniques et leur évolution sont nettement dégagés en France par Nélaton qui les dit fréquents. Avant même qu'apparaisse dans la littérature le terme « bubon climatérique » (1896), Nélaton donne à l'affection, en 1890, les deux titres majeurs qui font d'elle une entité morbide : il lui reconnaît un aspect clinique différent de celui des autres adénites et une lésion anatomique propre, la multiplicité des foyers purulents intraganglionnaires.

C'est en France que le premier cas de contagion conjugale est signalé par L'Hardy, élève de Nélaton, qui ne l'interprète pas. On n'a rien ajouté à la description clinique qu'il donne de la maladie ganglionnaire observée par son maître.

C'est également en France qu'en 1901 l'anatomie pathologique de ces adénites est pour la première fois soigneusement étudiée par Marion et Gandy, et que paraissent les travaux de Lejars, de Brault.

Il est juste de rapprocher du nom de Nélaton celui de l'Allemand Klotz. Les deux mémoires, parus la même année, sont également remarquables. L'Ecole allemande, compte le travail de Klotz sur les adénites de nos pays, et le travail magistral de Müller et Justi sur les bubons tropicaux.

Les nombreux travaux parus en tous pays sur la lymphogranulomatose inguinale attestent l'extrême diffusion de la maladie, dont les foyers autochtones existent en tous pays, sous tous les climats, et à laquelle on ne saurait sans injustice donner le nom, d'ailleurs très vague et dépourvu de toute signification, de « bubon climatérique », dont certains observateurs des régions tropicales avaient déjà signalé l'insuffisance et le caractère provisoire. Ce qualificatif méconnaîtrait l'importance de travaux parus en France en particulier, et dont notre Histoire médicale peut à juste titre se montrer fière.

Moscou vu par Céline. — *L'auteur de* MORT A CRÉDIT *a rapporté de son voyage en U. R. S. S. un livre qu'il intitule* MEA CULPA. *On n'y trouvera pas de jugements nuancés ni de réserves savantes. Avec son habituelle brutalité, L.-F. Céline déclare qu'il s'est trompé du tout au tout sur le communisme :*

« Le communisme matérialiste, écrit-il, c'est la Matière avant tout, et quand il s'agit de matière, c'est jamais le meilleur qui triomphe, c'est toujours le plus cynique, le plus rusé, le plus brutal. »

Ce qui a indigné M. Céline, c'est de voir à quel point on s'y moque du peuple :

« Pourquoi ce bel ingénieur, il gagne des 7.000 roubles par mois ? Je parle de là-bas en Russie, la femme de ménage 50. Magie ! Magie ... ! Pourquoi la paire de tatanes (comprenez : chaussures), elle coûte déjà 900 francs ? et un ressemelage bien précaire (j'ai vu) dans les 80 ?... Et les hôpitaux ?... Celui, le beau du Kremlin à part et les salles pour « l'Entourisme ». Les autres sont franchement sordides ! Ils ne vivent guère qu'au 1/10e d'un budget. Toute la Russie vit du dixième du budget normal, sauf Police, Propagande, Armée... ».

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 3 — 16 JANVIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèse de médecine.* — 14 janvier M. CHEVASSU : Rachianesthésie à la percaïne.

19 janvier. — M. SOULIGNAC : Asthme et sympathicotomie. — M. M. THIRARD : Cavernes superficielles et traitement par le pneumothorax. — M. HERTZ : Le rôle du vague dans les complications pulmonaires. — M. SCHEFFLER : Valeur pronostique de nettoyages radiologiques chez les tuberculeux-pulmonaires. — M. BASSOT : Les famines et disettes dans l'histoire de la France. — M. HIRSCH : Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires. — Mlle LE BACCON : Géographie médicale de la Bretagne. — M. SCHMITT : Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et de ses dérivés.

20 janvier. — M. GODOUÈCHE : La mort *in utero* d'un des fœtus dans la grossesse gémellaire. — Mlle LEMAIRE : Instabilité organique chez les jeunes enfants tuberculisés. — M. FOUILLOY : Tableaux abdominaux au cours des affections thoraciques chez l'adulte. — M. LEVOKOWICZ : Etude du cancer du pylore à forme ascitique. — M. Guy NICAISE : Action thérapeutique de l'association créosote-camphre par voie rectale. — Mlle TSIRICAS : Etude du traitement radiothérapique du zona.

21 janvier. — M. VIAL : Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale. — M. DEMANGÉ : Etude de la lipodystrophie dite progressive. — M. Syndey DINKU : Les méningiomes en plaques entre l'étage supérieur et moyen. — M. DEROIDE : Etude clinique des encéphalites et de la coqueluche. — M. LEMOINE : Les néphrites aiguës hématuriques chez les enfants.

23 janvier. — M. Fernandez GONZALEZ : Etude des hémorragies rétro-placentaires. — M. SAUVAN : L'espace ponto-rétro-cérébelleux. — M. DESVIGNES : Syndrome de compression du nerf optique intracranien. — M. SARDI ALI : Fièvre isolée chronique d'origine dentaire. — M. KLOTZ : La polynévrite alcoolique.

— *Thèses vétérinaires.* — 21 janvier. — M. RANOUEL : Tendances actuelles de l'élevage ovin au Maroc.

— *Examens du nouveau régime. Session de février* 1937. — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 27 janvier 1937.

Ouverture de la session le lundi 1er février 1937.

— M. Desgrez est nommé professeur honoraire.

Faculté d'Alger. — M. Toulant est nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger (dernier titulaire de la chaire : M. Courant).

Création d'une classe exceptionnelle pour les professeurs titulaires de Faculté. — Le *Journal officiel* a publié (8 janvier, page 171) le décret suivant :

Article premier. — Il est créé une classe exceptionnelle pour l'ensemble des professeurs titulaires des Facultés des Universités de Paris et des départements, y compris l'Université d'Alger.

Art. 2. — Les professeurs de classe exceptionnelle sont nommés par décret pris en Conseil des ministres. Ils sont choisis sur une double liste de présentation établie dans les conditions ci-après.

Art. 3. — Les propositions de nomination à la classe exceptionnelle sont établies chaque année entre le 1er octobre et le 31 décembre par les Conseils des Universités.

Chaque candidature donne lieu à un scrutin unique, distinct et secret.

Pour être proposé, il faut obtenir un nombre de voix au moins égal aux deux tiers de l'effectif total du Conseil.

Une candidature écartée ne peut être reprise avant l'année suivante.

(Suivent les conditions d'application de ce décret).

Académie de médecine. — L'Académie décernera, en 1937, le prix Albert-Ier, de Monaco.

Concours pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 22 février 1937, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 heures à 17 heures, du lundi 18 janvier au lundi 1er février 1937, inclusivement.

Concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 février 1937, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 11 au mercredi 20 janvier 1937 inclusivement.

Technique physiologique appliquée à l'animal, sous la direction de J. Gautrelet, directeur du Laboratoire de biologie expérimentale, avec le concours de Mlle E. Corteggiani, Halpern, Mentzer.

PROGRAMME. — Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal. — Cardiographie, électrocardiographie, mesure de la pression artérielle (chien). — Organes isolés : cœur de tortue, grenouille, escargot ; intestin de lapin et utérus de cobaye ; muscle de sangsue. — Anastomoses vasculaires. — Sang : mesures électrométrique et colorimétrique du pH, réserve alcaline, dosage de l'acide carbonique et de l'oxygène. — Pneumographie. Gaz respiratoires : métabolisme de base (eudiométrie). — Fistules digestives (pancréatique, salivaire, cholédoque, etc.). — Ablation d'organes (pancréas, surrénales, etc.). — Pléthysmographie de la rate et du rein. — Myographie. Mesure de la chronaxie. — Exploration de l'appareil nerveux du chien et du lapin (pneumogastrique, sympathique, cardiaque, splanchnique, sinus carotidien, etc.).

Le cours comprendra douze séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du 8 au 20 mars 1937, au laboratoire de

biologie expérimentale des Hautes-Etudes, à la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

N. B. — S'inscrire au laboratoire (l'après-midi). Nombre de places limité.

Cours d'histoire de la médecine. — M. Lévy-Valensi, agrégé, fera le lundi 18 janvier à 16 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, une leçon sur le rhumatisme avant Bouillaud (projections).

Prix Saintour 1937 (7.400 francs). — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1937, est le suivant : Résultats éloignés des opérations pour goitres (goitre exophtalmique excepté).

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juin 1937, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Fondation Sergène-Henry Salle. — Prix de 180 francs destiné à l'achat d'ouvrages se rapportant aux Sciences médicales devant être attribué à un externe de l'hôpital Broussais ou du nouvel hôpital Beaujon.

Les demandes établies sur papier timbré doivent être adressées à M. le Doyen avant le 1er mars 1937.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Prix de médecine coloniale et d'études exotiques.* — Les travaux présentés avant le 15 juillet 1937 seront seuls examinés pour les prix de cette année. Ceux qui seront déposés après cette date ne pourront être présentés que pour les prix de 1938.

— *Prix Le Dantec de médecine tropicale.* — Ce prix de 1.500 francs, sera décerné tous les ans à l'étudiant en médecine pourvu du certificat d'aptitude, ou au docteur en médecine pourvu du diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux qui aura écrit le meilleur travail sur un sujet de *médecine tropicale.*

Les travaux présentés avant le 31 décembre de l'année du concours, seront seuls examinés.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en sept leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 25 janvier 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve), jusqu'au samedi 23 janvier. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours. — I. *Chirurgie des prolapsus génitaux* : Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie, suture des releveurs. — Ponction du cul-de-sac de Douglas. Colpotomie. — Les assistants répéteront : la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie postérieure, la suture des releveurs.

II. *La laparotomie en gynécologie* : Les incisions médiane et transversale. La fermeture de la paroi. Indications et pratique du drainage. Chirurgie des déviations utérines : l'hystéropexie isthmique, la ligamentopexie. L'oblitération du cul-de-sac de Douglas. — Les assistants répéteront : l'incision transversale dite de Pfannenstiel, l'hystéropexie isthmique, la ligamentopexie, l'oblitération de Douglas.

III. *Chirurgie des affections aseptiques des annexes* : Castration unilatérale. Résection des nerfs présacrés. — Les assistants répéteront : la castration unilatérale, la résection des nerfs présacrés.

IV. *L'hystérectomie fundique* : L'hystérectomie subtotale : le choix du procédé opératoire et indications du drainage. — Les assistants répéteront : l'hystérectomie fundique.

V. *L'hystérectomie totale* : Technique et indication des procédés opératoires. Indications et pratique du drainage : vaginal, abdominal, à la Mickulicz. Le cloisonnement du pelvis. — Les assistants répéteront : l'hystérectomie totale, le cloisonnement du bassin, le drainage à la Mickulicz.

VI. *L'hystérectomie vaginale* : Indications et technique. — Névrotomie du nerf honteux interne.

VII. *Ablation du sein pour cancer.* — Les assistants répéteront : l'amputation du sein avec curage ganglionnaire du creux axillaire.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale (Professeur : M. Pierre Duval). — *Urologie.* — Premier cours : par M. Y.-J. Longuet, prosecteur, sous la direction de MM. les Professeurs Marion et Chevassu. Ouverture du cours le mardi 2 mars 1937, à 14 heures.

A) *Chirurgie du rein et de l'uretère.* — 1° Découverte du rein par voie lombaire. Ouverture des abcès périnéphrétiques. Néphrectomie lombaire. — 2° Chirurgie de la lithiase rénale. Pyélotomie. Pyélotomie élargie. Petite néphrotomie. Grande néphrotomie. — 3° Néphrostomie. Néphropexie. Décapsulation des reins. — 4° Néphrectomies trans et para-péritonéales. —

5° Découverte de l'uretère. Ablation des calculs de l'uretère. Urétéro-cysto-néostomie.

B) *Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'urètre et des organes génitaux de l'homme.* — 1° La cystostomie. Les voies d'abord de la vessie. — 2° Chirurgie des tumeurs vésicales. Les cystectomies partielles et totales. — 3° Chirurgie de la prostate. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomies transvésicale et périnéale. — 4° Chirurgie de l'urètre. Urétrotomie. Chirurgie des ruptures traumatiques de l'urètre. Autoplasties de l'urètre. — 5° Cure des hypospadias. Epididymectomie. Castration.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

— *Chirurgie d'urgence.* — DEUXIÈME COURS : par M. A. MOUCHET, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur GRÉGOIRE. Ouverture du cours le lundi 5 avril 1937, à 14 heures.

PREMIÈRE SÉRIE : *Membres, crâne, cou, thorax.* — 1° Plaies accidentelles. Sutures des muscles, tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main. Panaris. Ostéomyélite aiguë. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. Traitement des fractures ouvertes. — 4° Traumatismes du crâne. Trépanations. Opération d'Ody. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine.

DEUXIÈME PARTIE. — *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Gastro-entérostomie. Sutures intestinales. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Cholécystectomie. Cholécystostomie. Traitement des pancréatites aiguës.— 4° Anus cœcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : Les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs, pour ce cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 18 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (D. D.R.M.).

Service de santé de la Marine. — Liste des élèves versés au Corps de santé des troupes coloniales, pour compter du 31 décembre 1936, et désignés pour suivre les cours de l'École d'application de Marseille.

PROMOTION 1932. — *Médecins* : MM. Ouary, Pruvost, de Lostalot de Bachoue, Richard, Planques, Rolland, Finance, Richard-Nicolas, Guillou, Linhard, Crozafon, Grimaud, Chauvin, Blin, Lasvaladas, Dilasser, Laurent, Ollivier, Breteau, Charrançon, Pellegrino, Marinkovitch, Vincent, Chauderon, Ljunggren, Le Guillou, Poyet, Ros, Kerignard, Carsus, Audhuy, Gentile, Peyron, Bellon, Chavenon, Gras, Arvor, Marjou, de Berail, Depoutre, Moevus, Faure, Fesquet, Kerneis, Beon, Chauliac, Bordenave, Capponi, Roger, Bonniol, Jaubertie, Bouche, Duchesnes, Miniconi, Aggery, Bareille, Bretillot, Capdeville, Bonifacino.

Pharmaciens : MM. Servant, Queran.

Association française des femmes médecins. —La prochaine réunion se tiendra le mardi 26 janvier 1937, à 21 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Serin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

Institut Océonographique, (195, rue Saint-Jacques). — Le samedi 30 janvier, à 21 heures, le Docteur Chauvois, y traitera ce sujet inédit : « La part de l'Océanographie dans la découverte de la circulation du sang », avec projections et films.

On peut se procurer cartes d'invitation gratuite au secrétariat de l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques Tél. : Od. 16-07.

Ier Congrès international de l'Union thérapeutique (Berne, du 19 au 22 mai 1937). — PROGRAMME PROVISOIRE. — Mercredi 19 mai, à 21 heures : Réception des congressistes, au Kursaal du Schanzli, par la Faculté de médecine et la Société des médecins du canton et de la ville de Berne (Buffet froid).

Jeudi 20 mai, à 9 heures précises : Séance solennelle. Ouverture du Congrès par le représentant du Gouvernement M. le Conseiller fédéral Etter. Allocution du représentant du Gouvernement bernois. Allocution de M. le Recteur de l'Université de Berne. Allocution de M. le Doyen de la Faculté de médecine. Allocution du Président du Congrès, M. le Professeur Buergi. A 10 heures : M. H. Meyer, Vienne : Allgemeine Kausalitätsfragen in der biologi de 10 h. 30 à midi 30 et de 15 heures à 18 h. 30 :

Premier sujet principal : Pathogénie et thérapie de l'artériosclérose. Rapporteurs : MM. von BERGMANN, Berlin, et LAUBRY, Paris ; M. LERICHE, Strasbourg : Le traitement chirurgical des maladies vasculaires.

Communications. — M. BURGER, Bonn : Diephysiologischen Altersveranderungen der aorta ; M. RAAB, Vienne : Ernährung und Gefässystem ; M. HANDOVSKI et GOORMAGHTIGH, Gand : La vitamine D, glande thyroïde et artériosclérose.

Discussion générale.

20 heures : Réception par le Gouvernement bernois et par les autorités de la ville de Berne, au Casino.

Vendredi 21 mai et samedi 22 mai, de 9 à 12 h. 30, et de 15 heures à 18 heures, séances de sections.

Section de chirurgie. Président : M. le Professeur de Quervain, Berne. Sujet principal : Anesthésie générale par des matières volatiles et non-volatiles. Introduction par M. de Quervain.

Communications. — M. GUGGISBERG, Berne : Ueber den Dämmerschlaf. — M. NAGELI, Bonn Moderne Narcotica.

Section de pharmacothérapie. — Président : M. le Prof. Loeper, Paris. Sujet principal : M. BICKEL, Genève : Les hormones en thérapeutique cardio-vasculaire.

Communications. — M. GOLDSTEIN Hyman J. (Camden N. Y.) : Antispasmodic therapy in spasmodic of thecardiovasculai and gastrointestinal systems ; M. GREPPI SIENA : Orientamenti terapeutici nell'ipertesnsione e arteriosclerosi associate ; M. MARTINETTI, Siena : Considerazioni sull' efficacia farmacodinamica sul circolo artérioso di alcuni zuccheri (glucosio, galattosio, saccarosio) introdotti per via endovenosa ; M. MARTINETTI, Siena : Asioni farmacodinami che dei derivati purinici (caffeina eufillina) nel soggetto normale e nell ipertoso : M. GUGGISBERG, Berne : Ueber die interne thérapie der funktionellen uterusblutungen ; M. GOLDSTEIN, Hyman J. (Camden, N. Y.) : Liverterapy in anemias and acute infections ; M. MEYER, Berlin : Die moderne Behandlung des Rauschgiftkranken ; MM. LEVEN Gabriel et Roland, Paris : Un traitement des constipations fonctionnelles.

Section de pharmacodynamie. — Président : M. le Professeur Tiffeneau, Paris. — *Sujets principaux* : M. FREUND, Münster (sur invitation) : Organextrakte und vasculäres System ; M. HEUBNER, Berlin : Kumulation und Allobiose ; M. PICK, Vienne (sujet sera annoncé plus tard).

Communications : M. GUNN, Oxford (sujet annoncé plus tard) ; M. HEYMANS, Gand : Au sujet d'analeptiques circulatoires (avec projections) ; M. HEYMANS, Gand : La ranimation des centres nerveux après anémie aiguë (avec projections ; M. ZUNZ, Bruxelles : Sur les effets des alcaloïdes de l'ergot sur la diurèse ; M. HANDOVSKY, Gand : Die insulinsparende Wirkung des Kupfers ; M. DEMOLE, Bâle : Deux rapports (les sujets seront annoncés plus tard) ; M. RÉGNIER, Paris : De l'importance de l'acide salifiant les bases alcaloïdiques et de l'activation qui en résulte ; M. ROTHLIN, Bâle : Ueber Wechselbeziehungen vegetativer Pharmaka.

Section de balnéo-climatologie : Président, M. le Professeur Fleisch, Lausanne.

Sujets principaux : M. ROLLIER, Leysin : Traitement héliοclimatique d'altitude de la tuberculose ; M. LOEWY, Davos : Hönenlimawirkung und pharmaka ; M. DE MURALT, Berne : Höenklima und vegetative Funktionen.

Communications : M. GROENEVELD, Amsterdam : Sur les facteurs psychiques dans les cures somato-thérapeutiques ; M. URBAN, Vienne : Die Unterwasserbehand lung von Bewegungsstörungen.

Vendredi 21 mai, à 20 heures : Banquet dans les salles du Bellevue-Palace (avec les dames). — Le dimanche 23 mai, aura lieu une excursion par chemin de fer au Jungfraujoch, avec visite de la station scientifique du Jungfraujoch.

Cotisation pour les membres de l'Union thérapeutique, 20 francs, pour les non-membres 30 francs (suisses).

Pour les dames un programme spécial est prévu pour les journées du Congrès : il sera publié avec le prochain communiqué. En outre, les dames seront toujours reçues au Club du Lycéum. Les Collègues voulant participer au Congrès sont priés de s'inscrire à temps auprès du secrétariat général, afin qu'ils puissent recevoir le programme définitif complet, ainsi que les modifications qui pourraient être apportées à celui-ci.

Les collègues qui désirent annoncerencore d'autres discours ou communications sont priés d'en communiquer le sujet, le plus tôt possible au secrétaire général.

Pendant le Congrès aura lieu une exposition de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux. Secrétariat général : Dr T. Gordonoff, Monbijoustrasse, 97, Berne.

IVe Congrès national des médecins amis des vins de France. — Les médecins amis des vins de France informent leurs confrères désireux de participer aux travaux de leur IVe Congrès national que le sujet du rapport général est le vin et le jus de raisin dans la diététique et la thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Toutes les communications devront être adressées avant le 15 février prochain au Commissariat général du Congrès, 57 Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux.

Ces communications seront imprimées et distribuées au moment du Congrès.

NÉCROLOGIE

Le Professeur Phocas. — On annonce de l'île de Céphalonie, son pays natal, la mort de Gérasime Phocas. Né le 19 août 1861, interne des hôpitaux de Paris en 1881, dans la même promotion que les Professeurs Hartmann et Marfan ; agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lille en 1889, Phocas, avait été nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté d'Athènes en 1902 et correspondant de l'Académie de Médecine le 2 juillet 1929.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des brûlures par les applications de vitamines A[1]

Par MM. CHEVALLIER, F. CARCASSONNE et LUCCIONI

La question du traitement des brûlures graves est à l'ordre du jour. Un brûlé n'est pas seulement un blessé, mais c'est également un malade en danger du fait des phénomènes de résorption et des troubles provoqués par la destruction étendue d'une surface cutanée. La blessure en elle-même est très douloureuse, et surtout les possibilités de réparations épidermiques sont entravées par les conditions locales et générales. La régénération cellulaire est particulièrement lente. Les cicatrices obtenues sont mauvaises en général et les diverses thérapeutiques employées n'atténuent ni la douleur de telles blessures ni la réparation vicieuse des tissus.

Ayant eu l'occasion d'étudier par ailleurs les effets de la vitamine A sur la cicatrisation des plaies larges et ayant constaté les bons résultats que l'on obtient, nous avons appliqué ce mode de traitement à plusieurs brûlés que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Fiolle. D'emblée, nous tenons à signaler qu'il s'agit de brûlures graves, très étendues, provoquées souvent par des jets de vapeur et que cinq de nos blessés étaient, à leur arrivée dans le service, dans des conditions générales particulièrement précaires. Nous résumons ci-dessous ces observations.

OBSERVATION I. — Mor..., 28 ans. Marin espagnol brûlé par des jets de vapeur sur toute la partie droite du dos. La brûlure intéresse tout l'hémithorax droit, le creux de l'aisselle et toute la face dorsale du membre supérieur droit. Une autre brûlure s'étend sur la face externe de la jambe et du pied droit. Les brûlures sont profondes avec état général grave : température à 39°.

Oligurie : Un litre par vingt-quatre heures.

Le premier pansement est fait le 1er octobre 1936.

On enlève par plaques la peau qui a été calcinée. La plaie suppure d'ailleurs. On étend sur la surface brûlée une solution de vitamine A dans l'huile de foie de morue. Maintien à l'air sur des draps stérilisés. Les pansements suivants comprennent des attouchements au bleu de méthylène 0,25/1.000 alternant avec des applications de vitamine A diluée dans l'huile de foie de morue. Les pansements ont lieu tous les deux jours.

Au quinzième jour : cicatrisation complète. Cicatrice souple, indolore. A souligner :

1° La disparition des douleurs après les attouchements ;

2° L'évolution de la courbe thermique atteignant 37° au neuvième jour ;

3° La récupération rapide d'un bon état général et d'une diurèse normale.

OBSERVATION II. — Antonio L..., 26 ans, marin espagnol. Brûlures par jet de vapeur des deuxième et troisième degrés intéressant la face dorsale et les extrémités inférieures des avants-bras, des mains et des doigts.

1er octobre 1936. Premier pansement : trois jours après l'accident, nettoyage, ébarbage, décapage de la plaie, attouchement à la solution huileuse de vitamine A. Plaie à l'air.

Température à 39°4.

Pansement bi-hebdomadaire : attouchement de bleu de méthylène alternant avec les applications de vitamine A.

La fièvre tombe le cinquième jour.

Au quinzième jour, il persiste deux petits îlots sur la face dorsale de l'avant-bras, grands comme une pièce de vingt sous. Au dixième jour, le blessé retourne en Espagne, cicatrisé. Tous les mouvements des doigts étaient possibles. Aucune douleur, aucune rétraction.

OBSERVATION III. — X..., 33 ans, marin espagnol. Brûlure du deuxième et du troisième degré intéressant la face dorsale de la main et des doigts du côté droit. Vu trois jours après l'accident.

1er octobre 1936. Premier pansement : décapage chirurgical de la plaie. Application de vitamine A.

Par la suite, suppuration assez abondante. Attouchement au bleu de méthylène à 0,25/1.000, alternant avec les applications d'huile de foie de morue et de vitamine A.

Au quinzième jour : cicatrisation complète, aucune gêne dans les mouvements.

OBSERVATION IV. — Andres M..., marin espagnol, 28 ans. Brûlures très graves par jet de vapeur, intéressant les deux membres supérieurs (au niveau desquels les tendons extenseurs sont complètement à nu), la face et le crâne ; de larges îlots au niveau de la face postérieure du thorax.

A l'arrivée (trois jours après l'accident) les plaies suppurent et sont recouvertes d'un peau calcinée sous laquelle il y a de véritables clapiers.

Etat général très grave. Température à 40°. Oligurie : 400 c.c. par vingt-quatre heures.

1er octobre 1936. Décapage chirurgical de toutes les plaies. Badigeonnage au bleu de méthylène. Mise à l'air. Application d'huile de foie de morue + vitamine A, continué tous les deux jours.

Signes nets de broncho-pneumonie.

Au quinzième jour la température qui était tombée reprend mais l'état pulmonaire l'explique facilement. Cependant, quelques jours plus tard, l'état général est transformé. La cicatrisation est parfaite à la face et au dos. Au niveau des membres supérieurs, la cicatrice recouvre un tiers de l'étendue des brûlures.

Au vingt-huitième jour, elle est achevée. Les mouvements des doigts sont tous possibles.

OBSERVATION V. — Francesco Vill..., marin espagnol, 36 ans. Brûlures au troisième degré par éclatement de chaudière, étendues, sur le dos de la nuque à la région lombaire, et d'une ligne axillaire à l'autre. Par ailleurs, brûlure profonde des deux membres supérieurs de l'épaule au bras

Au troisième jour, on fait une toilette chirurgicale de la plaie, qui consiste à enlever de larges fragments de la peau mortifiée. Application d'huile de foie de morue et de vitamine A.

Etat général très grave. Délire. Température : 39 8. Oligurie : 400 c.c. par jour.

Pendant deux jours, on continue à nettoyer les plaies par des attouchements au bleu de méthylène à 0,25/1.000. Applications alternées de vitamine A diluée dans l'huile de foie de morue.

Bourgeonnement très rapide et intense des plaies en même temps que la diurèse s'améliore et que l'état général devient bon.

Au bout d'une semaine : bourgeonnement actif et vraiment remarquable.

Au quinzième jour 8/10e des plaies sont cicatrisées, la température est à 37°5.

Etat général bon.

Au vingt-cinquième jour, la cicatrisation souple est obtenue.

A noter que ces cinq blessés avaient subi des injections de sérum antitétanique avant leur arrivée dans le service.

Cette série de cinq blessés illustre, croyons-nous, la valeur de la thérapeutique que nous avons instituée.

Trois faits sont à souligner :

La rapidité de la cicatrisation ;

La qualité de la cicatrice ;

L'action indéniable sur l'état général et sur la courbe thermique.

La rapidité de la cicatrisation est indiscutable. Tous ceux qui ont pu observer ces malades à leur arrivée ont été frappés par la brièveté du temps de cicatrisation. Nous avions d'ailleurs pour d'autres cas de plaies atones souligné ce fait important, et déjà chez deux brûlés graves où le

(1) Travail de la Clinique chirurgicale de la Conception et du Laboratoire de Physique de la Faculté de médecine de Marseille.

traitement avait été appliqué tardivement, nous avions jugé de ses bons effets. Le bourgeonnement de la plaie est très intense et le fait se caractérise nettement lorsqu'on observe au bout de deux applications une zone cruentée livrée à elle-même et une surface voisine traitée par la vitamine A. D'autre part, la cicatrisation paraît accélérée, tout en restant parfaitement ordonnée, alors que la surface témoin reste atone et sans tendance au bourgeonnement. Et plus encore que ce bourgeonnement, s'accuse la rapidité de l'épidermisation. Le fait a été très caractéristique chez nos brûlés où à partir du douzième jour nous avons pu suivre une extension de la cicatrice particulièrement accélérée.

Or, la qualité de la cicatrice est une des choses les plus remarquables observées après application de vitamine A sur les brûlures. La parfaite souplesse de la peau de remplacement — et ceci à brève échéance — n'entraîne aucune gêne fonctionnelle. Nos brûlés de la main bougeaient parfaitement leurs doigts. Au niveau de leurs dos, la peau était relativement mobile, et on peut dire qu'en réalité en dehors de la pigmentation différente il n'y avait pas de véritable tissus de cicatrice. Ce fait, nous l'avions d'ailleurs observé déjà, en traitant des plaies larges par la vitamine A.

Enfin nous voudrions souligner le retentissement sur l'état général d'une telle thérapeutique. Déjà nous avions remarqué les effets indéniables des applications de vitamine A chez certains blessés à l'état général déficient. Chez nos brûlés, et sur une série simultanée de cinq malades, les résultats ont été encore plus appréciables.

Les brûlés sont des intoxiqués plus que des blessés. La vitamine A dont nous avons expérimenté les effets sur certains malades affaiblis, semble être absorbée en grande partie par les surfaces à vif. De ce fait, le traitement local est aussi un traitement général. D'autres auteurs avaient d'ailleurs souligné l'efficacité des applications d'huile de foie de morue. Pourquoi ne pas admettre que le principe actif de celle-ci n'ait pas une action remarquable sur la récupération rapide d'un bon état général ? Nos blessés, en tout cas, ont très rapidement récupéré une diurèse normale et régularisé leur température.

Nous ajouterons enfin que le pansement est réduit à la plus simple expression et — conséquence à souligner — les douleurs s'atténuent après la première application.

Après avoir utilisé les différentes méthodes de traitement des brûlures, nous sommes persuadés qu'aucune ne nous a jamais assuré les résultats que nous ont donné les applications de vitamine A. Nous n'avons d'ailleurs utilisé cette technique qu'après une longue expérimentation qui se poursuit dans le Laboratoire de physique de la Faculté, et une série de succès à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Fiolle. Nous avions déjà apprécié sur des cas isolés, publiés par ailleurs, les résultats remarquables que l'on obtient, mais nous estimons que sur une telle série de malades, la constance des succès obtenus nous autorise à affirmer l'efficacité de la méthode et l'intérêt certain de son utilisation.

« Il n'est pas de plus belle profession que la nôtre, parce que nous n'avons d'autre idéal que la victoire sur la souffrance et sur la maladie. Dans les temps cruels que traverse l'humanité, quand les races, les religions, les dogmes politiques et sociaux dressent les hommes les uns contre les autres, quand les sciences, la mécanique, la physique, la chimie, la bactériologie, fournissent aux peuples des armes pour se détruire, puisse la médecine rester éternellement ce qu'elle a toujours été dans le passé : le refuge de toutes les belles disciplines de l'esprit et du cœur, le sanctuaire pour lequel Hippocrate avait écrit « Tout ce qui est nécessaire à la sagesse est dans la médecine ». L'homme n'a d'ami véritable, que le médecin. » (Pr P. Abrami. — Leçon d'ouverture du cours de pathologie médicale. *La Presse Médicale*, 23 décembre 1926.)

Les obésités chez l'enfant [1]

(A propos de 117 observations)

Par le Dr **Sotiris B. BRISKAS**

Assistant hellène de la Clinique médicale des Enfants
à la Faculté de médecine de Paris

L'obésité constitue un symptôme fréquent chez l'enfant ; on la rencontre aussi bien dans la petite que dans la grande enfance. Très souvent, pendant la période prépubère, la famille s'inquiète et attire l'attention du médecin à la fois sur cette obésité et sur le retard des caractères sexuels secondaires.

Un problème se pose alors : Quel est le facteur causal de cette affection ? Traduit-elle une lésion endocrinienne, nerveuse ou autre ? Est-elle la conséquence d'une suralimentation ou d'une diminution des dépenses d'énergie ?

Pour qu'on puisse éclaircir ces divers problèmes, il faut faire une étude précise et minutieuse de chacun des symptômes cliniques présentés par un enfant obèse. Etudions d'une part, les obésités passagères de la période prépubère, indépendante de toute atteinte organique sérieuse ; d'autre part, l'obésité accompagnée d'un retard génital et celles qui traduisent une lésion grave de la région neuro hypophysaire, surrénale ou autre. Enfin, essayons d'assurer à l'enfant un développement normal et un équilibre nutritif.

***

Un enfant est obèse quand son poids est supérieur à celui de son âge. D'après notre maître M. Nobécourt, pour apprécier les données pondérales, il ne suffit pas d'envisager isolement le poids, mais il faut l'apprécier en fonction de la taille et du périmètre thoracique ; c'est-à-dire il faut calculer *le rapport du poids à la taille, le rapport du périmètre thoracique à la taille* et rechercher *le coefficient de Pignet*, qui permet d'évaluer la corpulence de l'enfant.

Suivant le degré de la surcharge graisseuse, on distingue trois formes d'obésité :

a) *Petite obésité*, quand le poids ne dépasse que de 150 à 20 % le poids idéal ;

b) *Obésité moyenne* quand le poids est supérieur de 20 à 40 % au poids idéal ;

c) *Grande obésité* qui dépasse de 70 % et plus le poids idéal. Cette dernière forme est très rare chez l'enfant.

Pour comprendre ce retard du développement pubertaire, il faut connaître les diverses phases physiologiques des périodes prépubertaires et pubertaires à l'état normal. Elles se caractérisent par une accélération de la croissance et le développement génital.

La *période prépubère* commence à douze ans chez le garçon, à neuf ans chez la fille ;

Chez le garçon, *la période pubertaire* commence à quatorze ans et demi ; vers la quinzième année, *les poils axillaires* apparaissent, *la mue de la voix* se produit, *le pénis* et *les testicules* atteignent leur volume définitif ; les testicules en particulier ne commencent à augmenter de volume qu'à partir de douze ans.

D'après Reich, les testicules chez le nouveau-né varient de 1,7 à 0,7 millimètres, et n'augmentent de volume qu'à l'âge de douze ans.

D'après Louvet, les testicules augmentent de volume après treize ans ; voici les constatations faites par cet auteur :

(1) Leçon de la Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, service du Professeur P. Nobécourt, du 23 juin 1936.

Age	Longueur en mm.	Largeur en mm.
6-11 ans	1,7	0,8-0,9
11-15 ans	2,3-2,8	0,9-1,5
15-16 ans	3,5	2,0

On voit donc qu'il y a une différence de volume suivant les âges et ceci est très important, car nous devons être très réservés avant de prononcer le terme « adiposo-génital » ou « hypogénitalisme » chez un enfant obèse qui n'a pas encore atteint l'âge de la puberté.

Chez la fille, la période pubertaire commence à l'âge de onze ans et demi ou douze ans ; les *seins* augmentent de volume, les premiers *poils pubiens* apparaissent, les *organes génitaux* externes se développent, les *poils axillaires* ainsi que les *premières règles* n'apparaissent qu'à l'âge de treize ans, parfois ces dernières sont retardées et ne font leur apparition qu'à l'âge de quatorze ou quinze ans.

D'ailleurs on constate souvent un *retard physiologique* du développement des organes génitaux et de l'apparition des caractères sexuels secondaires dans les deux sexes.

Après avoir rappelé brièvement ces notions physiologiques, étudions l'obésité d'après les notions bibliographiques et les données de 117 obésités que nous avons suivies et étudiées depuis longtemps dans le service de notre maître, M. Lesné, à l'hôpital Trousseau.

Nous avons classé ainsi nos cas.

Sur 117 enfants :

A. Dans 93 *cas*, soit 79,4 %, l'obésité est indépendante de toute lésion endocrinienne ; dans celle-ci nous observons 62 garçons, soit 66,6 % et 31 filles, soit 33,3 %.

B. Dans 24 *cas*, soit 20,5 %, l'obésité traduit une lésion endocrinienne ; dans celle-ci nous observons 8 garçons, soit 33,3 % et 16 filles, soit 66,6 %.

Sur ces 24 cas :

Dans 22 *cas*, soit 18,8 %, l'obésité est due à une insuffisance thyroïdienne.

Dans 2 autres cas, soit 1,8 %, l'obésité est due à une lésion de la région neuro-hypophysaire.

A. Obésité indépendante de toute lésion endocrinienne

Obésité simple, banale. — *Quels sont les symptômes cliniques de l'obésité simple ?* La *surcharge graisseuse* excessive en est l'unique symptôme clinique. Elle est souvent *harmonique*, également répartie sur tout le corps de l'enfant ; le tronc est uniformément volumineux ; les bras, les fesses, les cuisses sont gros. Les joues sont arrondies, le visage est coloré.

Sur 93 obèses, 71, soit 76,3 %, présentent cette forme harmonique.

Dans *vingt-deux cas*, soit 23,6 %, la répartition de graisse *est élective*.

Dans *cinq cas*, le ventre est gros et la peau forme une sorte de tablier qui retombe sur les plis inguinaux et le pubis.

Dans *trois cas*, nous avons constaté une obésité *tronculaire*, forme d'obésité, sur laquelle Boulenger-Pilet a attiré l'attention ; les enfants présentant ce type d'obésité ont le visage et le cou fins, leurs membres sont normaux, contrastant avec le volume exagéré du tronc.

Dans *quatorze cas*, l'obésité est localisée sur une partie du corps : thorax, hanches, fesses, région mammaire. M. Louvet rapporte des cas d'obésité élective prédominant sur telle ou telle région.

La taille, dans la majorité des cas est normale. Toutefois dans trente-six cas, soit 38 %, nous avons trouvé une coexistence d'obésité et d'hypertrophie staturale, l'excès variant de 5 à 26 centimètres. Cette coexistence a été observée par plusieurs auteurs : MM. Nobécourt, Lereboullet, Louvet, Gardiner, Hill, Jones, Forest, Smith, Le Grand, Calvet, Bony.

Chez le garçon, *le développement génital* est normal. Souvent chez les enfants gros ayant une taille exagérée, les testicules paraissent petits, mais si on les examine avec soin, on voit qu'en réalité ils sont en rapport avec l'âge et le poids de l'enfant, non avec la taille et nous n'avons aucun droit de classer ces cas parmi les adiposo-génitaux.

Dans *huit cas* nous avons constaté un *retard du développement génital*, pénis et testicules petits, mais ce retard n'était que passager, car après la période de puberté les organes génitaux sont devenus normaux.

Dans *trois cas* nous avons trouvé une *ectopie testiculaire* bilatérale avec un petit pénis, dans *un* cas *une cryptorchidie* bilatérale chez un garçon de 14 ans avec une verge bien développée.

Chez la fille, l'évolution pubertaire est normale, *les règles sont régulières* ; dans *quatre* cas, la puberté est retardée, nous avons noté deux fois de la dysménorrhée, et deux fois une aménorrhée passagère.

Il faut donc que, dans la période prépubertaire ne poser qu'avec grande prudence le diagnostic de syndrome adiposo-génital, car dans l'immense majorité des cas l'évolution génitale sera normale et ne justifiera nullement le diagnostic invoqué de ce syndrome.

La peau n'est pas sèche mais plutôt humide. Parfois, on constate la présence de furoncles ou d'acnée, d'eczéma, d'intertrigo ; (on attribue ces phénomènes à une élimination exagérée par la peau des acides gras volatils).

Les grands enfants présentent souvent *du livedo annulaire* (Nobécourt), *de l'acrocyanose* ; ce dernier symptôme a été constaté par nous dans *treize* cas ; il disparaît souvent pendant l'adolescence.

La chaire est ferme, *les muscles* sont forts et bien développés.

Le squelette est normal, mais dans quelques cas nous trouvons une cypho-scoliose. Sur 93 cas, 15 fois, soit 16 %, nous constatons un genu valgum.

La radiographie du crâne ne nous révèle aucun signe anormal.

L'activité physique est normale dans 75 % des cas ; ces enfants sont vifs, agiles, vigoureux, batailleurs, dissipés. Les 25 % ont une activité médiocre ; ils refusent de participer aux jeux ; passent leur récréation à l'étude ou à la conversation. M. Nobécourt estime que cette inertie physique est due à des facteurs qui ne sont pas liés directement à l'obésité.

Le développement intellectuel est souvent *supérieur* à la normale. Ils ont un tempérament spécial, ce sont des enfants affectueux, raisonnables, appliqués, studieux, souvent ils sont les premiers à l'école.

***

Quelles sont l'étiologie et la pathogénie de cette obésité ? Peut-on découvrir une cause précise ?

Dans la majorité des cas l'obésité simple apparaît à la naissance, elle disparaît parfois pendant l'enfance ou persiste indéfiniment. Dans d'autres cas au contraire, l'obésité simple s'installe à la fin de la deuxième ou pendant la troisième enfance. Plus rarement, elle fait son apparition à la période prépubère ou pubère, enfin, dans d'autres cas, rares également, elle ne s'installe qu'après la puberté.

Sur 93 enfants 20, soit 21,5 %) sont nés avec un poids supérieur à la normale de un ou deux kgr.

Chez 73 l'obésité est apparue pendant la seconde ou la grande enfance.

Voici la répartition suivant l'âge de 93 cas.

Dans 20 cas l'obésité est apparue à la naissance
» 29 » » » » entre 4 à 7 ans
» 21 » » » » à la période prépubertaire
» 8 » » » » » pubertaire
» 7 » » » » après des maladies infectieuses
» 8 » nous n'avons pas pu définir la date de l'apparition de l'obésité
93

Comment explique-t-on ces variations des conditions d'apparition de l'obésité ? Quels sont les facteurs qui la déterminent ? On a incriminé la *suralimentation*, l'*hérédité*, les *maladies infectieuses*.

Analysons d'abord *la suralimentation.*

Les enfants obèses sont très souvent suralimentés pendant la première année de la vie par une quantité de lait excessive ou d'un autre aliment non réglé. A la fin de la première année et dans la deuxième enfance l'excès des farines aggrave leur obésité. Par la suite, la table familiale, la suralimentation en commun laissent persister l'obésité de la première enfance.

On sait que la ration alimentaire du nourrisson évaluée en calories et calculée d'après la valeur thermique des ingesta est relativement, à son poids, beaucoup plus grande que celle de l'adulte.

Si l'*homme normal consomme au repos* 35 calories par kilogramme et par jour pour son entretien, le *nourrisson* a besoin d'une quantité *triple* des calories et pour Rubner la ration alimentaire de nourrisson est :

à la naissance... 90 à 100 calories par kgr. et par jour :
à l'âge de 6 ans. 70 » » »
à l'âge de 10 ans. 55 » » »
à l'âge de 16 ans. 52 » » »

Ces quantités de calories sont nécessaires pour maintenir l'équilibre nutritif ; si les apports alimentaires sont supérieurs aux dépenses de l'organisme, l'enfant ou l'adulte font un gain et s'engraissent, dans ce cas l'équilibre nutritif est rompu. (MM. Labbé et Stévenin).

L'excès *des apports alimentaires* peut s'expliquer par la conception suivante : un enfant fait une dépense de 2.000 calories dont 1.500 pour le maintien de la chaleur corporelle et 500 pour l'énergie du travail musculaire ; s'il reçoit 2.300 calories, il reste en état d'équilibre nutritif et n'engraisse pas. Ce fait prouve qu'il est capable d'une consommation de luxe de 300 calories au maximum. Si on lui donne une alimentation régulière de 2.500 calories, celle-ci dépasse sa consommation de luxe de 200 calories qui sont retenues par l'organisme sous forme de réserves graisseuses non brûlées ; ces 200 calories sont équivalentes à 11 gr. 5 de graisses, ce qui fait au bout d'un mois 654 gr. et au bout d'un an 7 kgr. 85 et en tenant compte de l'eau retenue dans les tissus graisseux, 10 kgr. 205 gr. (M. Labbé).

Pour apprécier davantage ce fait, nous avons étudié tous nos cas non seulement au point de vue de l'excès des apports alimentaires, mais aussi au point de vue de l'insuffisance de dépense d'énergie.

En effet, sur 93 cas, 61 enfants, soit 65,5 %, étaient voraces ; la valeur calorique de leur alimentation variait de 2.500 à 3.500 calories par jour, soit une ration alimentaire supérieure à la normale de 20 à 50 calories par kilogramme et par jour. Ces enfants étaient déjà dans la troisième enfance et dans la période pubaire ; leur ration alimentaire normale et devant être 50 à 53 calories par jour et par kilogramme. On constate dans ces cas un excès très net des apports alimentaires.

Dans vingt-quatre cas, soit 25,8 %, il s'agissait de bons mangeurs ; la valeur calorique de leur alimentation ne dépassait pas 2.500 calories par jour, mais l'activité physique de ces enfants était nulle ; ils menaient une vie sédentaire et restaient la plus grande partie de la journée dans la chambre.

Dans six cas, soit 6,4 %, la valeur calorique de l'alimentation était normale ainsi que l'activité physique ; et l'obésité apparut pendant la période prépubère.

La pathogénie de cette obésité est interprétée comme physiologique par Le Gendre : « l'organisme accumule les substances de réserve qui vont bientôt suffire aux besoins de la transformation qui se prépare ». D'après M. Nobécourt, cette obésité ne constitue pas un phénomène pathologique lorsqu'elle reste dans certaines limites. Cette opinion est justifiée ; l'obésité de ces enfants disparaissant après une période plus ou moins longue.

L'*hérédité*, joue-t-elle un rôle ? Certains auteurs admettent que l'*obésité héréditaire* n'est pas très fréquente chez l'enfant, pour d'autres elle n'existe point.

On peut aussi invoquer l'obésité familiale ou similaire, qui semble être très fréquente chez l'enfant. Après une enquête familiale minutieuse nous avons fait les constatations suivantes :

Dans soixante-treize cas, les enfants étaient nés avec un poids normal ; et dans soixante-neuf de ces cas les parents ou les ascendants étaient obèses.

Dans vingt cas, le poids de naissance était supérieur à la normale ; dans traize de ces cas, un des parents ou les deux étaient obèses.

Ces constatations nous permettent de supposer que l'hérédité joue un certain rôle dans l'apparition de l'obésité.

L'obésité peut apparaître à la suite des *maladies infectieuses aiguës : fièvre typhoïde, oreillons, rougeole, diphtérie, coqueluche*, etc.

Nous avons eu l'occasion d'observer :

3 cas d'obésité apparue après la fièvre typhoïde ;
2 cas après les oreillons ;
2 cas après la maladie de Bouillaud.

L'obésité dans tous ces cas s'est constituée pendant *la convalescence* et peut être expliquée par l'apparition de l'appétit féroce qui suit habituellement une affection longue et grave. L'obésité apparaissant après les oreillons, peut faire supposer une atteinte endocrinienne. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas, qui fut d'ailleurs publié par MM. Lesné, Mlle Dreyfus-Sée et Lièvre, d'une obésité post-ourlienne considérable qui s'accompagnait d'un syndrome d'hirsutisme traduisant l'atteinte des surrénales.

Sauf cet unique cas avec atteinte endocrinienne, nous considérons que l'obésité apparue après les maladies infectieuses est due à la suralimentation.

Certains auteurs, Leven en particulier, ont attiré l'attention sur l'obésité apparaissant après *les affections de l'appareil digestif.* D'autres auteurs attribuent un rôle aux *troubles hépatiques et pancréatiques.* Pour MM. Roger et Binet, l'*insuffisance respiratoire*, entraîne une mauvaise combustion des graisses et par conséquent, l'organisme les met en réserve. Nous n'avons constaté aucun trouble viscéral digestif ou autre dans aucune de nos observations.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans tous nos cas. La cuti-réaction à la tuberculine est positive dans 16 cas sur 93.

L'examen des yeux, et la radiographie du crâne n'ont montré aucun signe anormal.

Le *métabolisme basal* est variable, tantôt moins de 15 % sur 9 cas, tantôt supérieur de 15 % sur 5 cas, est normal dans 79 cas.

La *cholestérinémie* et l'*hyperglucosurie* provoquées sont normaux dans tous nos cas.

Voilà, en somme l'étiopathogénie de l'obésité simple. Après avoir étudié les systèmes nerveux et les régions glandulaires, il nous semble que la suralimentation est la cause la plus fréquente.

Cette suralimentation est favorisée dans la plupart des cas par l'*éducation morbide* (d'après l'expression de M. Labbé) donnée par les parents ; la vie sédentaire, plutôt rare chez l'enfant, diminue les dépenses énergétiques et l'activité de la nutrition. Les différentes affections ou les maladies infectieuses constituent des causes moins fréquentes dans l'étiologie de l'obésité. L'obésité d'apparence héréditaire est la conséquence des habitudes de suralimentation et de la sédentarité qui sont imposées aux enfants dans les familles d'obèses et de gros mangeurs.

B. — Obésités endocriniennes

Obésité thyroïdienne

Dans ce chapitre *il nest pas question du myxœdème franc.* Nous étudierons surtout l'*obésité hypothyroïdienne* associée ou non à quelques petits signes d'hypothyroïdie avec un cholestérol sanguin augmenté et un métabolisme basal abaissé. Le traitement thyroïdien associé à un régime approprié améliore l'état de ces malades.

Dans les premières années de la vie ces troubles ne sont pas accentués et les parents ne commencent à s'en apercevoir qu'au moment où l'enfant va à l'école ; pendant *la période scolaire*, le retard mental de l'enfant devient évident.

Sur 117 obèses 22, soit 18,7 %, sont atteints d'obésité hypothyroïdienne. Sur 22, 15, présentent des signes d'*hypothyroïdie* nets ou discrets et 7, présentent seulement une obésité et des troubles génitaux.

Dans la majorité des cas, les enfants hypothyroïdiens présentent une *absence de sourcils*, une *peau sèche rude au toucher*, parfois même *ichtyosique*. Hertogue signala la présence de prurigo chez ces enfants. Nous-même chez une fille de treize ans nous avons constaté de l'eczéma récidivant humide au menton ; cette affection apparaissant dix jours avant les règles et ayant guéri par le traitement thyroïdien.

L'obésité est harmonique ou *élective*. Dans ce dernier cas, elle prédomine sur une région du corps : hanches, abdomen, surtout la région sus-claviculaire.

Le système pileux est souvent anormal ; les cheveux sont secs, clairsemés, il en est parfois de même pour les poils pubiens et axillaires.

Les téguments sont pâles ; les mains sont souvent moites et cyanosées. Les engelures des extrémités des membres sont fréquentes.

Ces enfants présentent *des troubles nerveux* qui se traduisent par des maux de tête parfois tenaces.

Le caractère est nonchalant, l'intelligence diminuée.

Il n'est pas rare, de constater *des dystrophies osseuses*.

Dans 14 cas, soit, 63 % on constate un genu valgum, pieds plats, scoliose.

Chez *sept* enfants nous n'avons trouvé d'autres symptômes d'hypothyroïdie, que l'*adiposité* et *les troubles génitaux*, constituant *le syndrome d'hypothyroïdie de la puberté* de M. Janet.

Le développement génital est normal dans 15 cas, irrégulier dans 7 autres. Une fois nous avons constaté une *cryptorchidie*. Dans *quatre* cas, des *troubles des règles : dysménorrhée et règles douloureuses* dont un cas l'obésité était associée à un eczéma du menton. Dans *trois* cas, chez deux filles et un garçon, nous avons noté le retard d'apparition des poils pubiens et axillaires.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans 22 cas. La cuti-réaction à la tuberculine est positive quatre fois sur 22 cas.

L'examen ophtalmologique et la radiographie du crâne n'ont montré aucun signe anormal.

Le métabolisme basal est, dans la plupart des cas abaissé, mais bien que cette épreuve soit de valeur, elle donne souvent des résultats dissemblables chez l'enfant ; malgré toutes les précautions prises et les épreuves répétées, les erreurs sont très fréquentes ; d'ailleurs non seulement chez les myxœdémateux et les insuffisants thyroïdiens, mais aussi chez les enfants normaux.

Sur 22 cas la mesure du métabolisme basal nous a donné les résultats suivants :

Dans *cinq* cas le métabolisme basal a été normal.
Dans *deux* cas le métabolisme basal est moins de 12 %.
Dans *dix* cas le métabolisme basal est moins de 25 %.
Dans *cinq* cas le métabolisme basal est moins de 30 %.

La cholestérolémie. — Avec M. Lesné (1) nous avons pratiqué le dosage du cholestérol chez des enfants obèses. Ce dosage est fait suivant la méthode de Grigaut. Chez les enfants normaux au-dessous de 15 ans, le taux du cholestérol varie suivant l'âge.

De 0 gr. 60 à 0 gr. 80 p. 1000 chez les enfants de moins de douze mois.

De 0 gr. 80 à 1 gr. 30 pour 1000 chez les enfants de moins de trois ans.

De 1 gr. 30 à 1 gr. 60 pour 1000 chez les enfants plus grands.

Chez nos 22 hypothyroïdiens, il est augmenté et varie :
Dans *dix* cas de 3 grammes à 4 gr. 50 par litre.
Dans *douze* cas de 2 gr. 75 à 3 grammes par litre.

Dans toutes les autres obésités, le cholestérol ne dépasse pas les chiffres normaux ; lorsqu'il est supérieur à la normale on doit suspecter une légère insuffisance thyroïdienne malgré l'absence de manifestations cliniques.

Sous l'influence de l'opothérapie, le cholestérol sanguin s'abaisse.

En somme la mesure de la cholestérolémie constitue un dosage précis et simple qui permet de confirmer le diagnostic clinique dans les cas d'insuffisance thyroïdienne légère et d'en diriger le traitement.

Le dosage de l'*hyperglycémie* alimentaire chez les hypothyroïdiens n'a donné *aucun* résultat précis.

L'évolution de cette obésité hypothyroïdienne est plutôt favorable. Les 22 cas que nous avons suivi pendant plusieurs années ont été pour la plupart considérablement améliorés ; certains même ont complètement guéri grâce au traitement thyroïdien et au régime alimentaire approprié.

Le PRONOSTIC *immédiat*, de l'obésité simple, et hypothyroïdienne, dans l'immense majorité des cas est bon.

Le pronostic *lointain*, n'est pas toujours très facile. Il est impossible de prévoir l'avenir de l'enfant obèse. Pendant, ou après la puberté, les uns maigrissent spontanément, s'allongent et deviennent des adolescents normaux. D'autres restent obèses ; *leur puberté s'effectuera souvent avec quelque retard* ; leur accroissement statural restera médiocre, le trouble nutritif ne fera que s'accroître au cours de l'âge adulte. Pour modifier ce fâcheux pronostic lointain, le médecin ne doit pas se préoccuper du retard pubéral, qui tôt ou tard s'effectuera, mais il faut, par un examen minutieux, en préciser la cause, assurer à l'enfant une *bonne santé générale*, mettre le tube digestif en parfait état, développer la force musculaire qui est le meilleur facteur de résistance aux infections si défectueuses chez les enfants obèses.

Quels sont les moyens dont nous disposons pour combattre l'obésité ?

L'obésité elle-même n'est pas toujours facile à corriger : la suppression de tous accès et de toute anomalie dans la ration alimentaire ne suffit généralement pas à amener le poids à la normale. Une restriction sévère est efficace, mais il ne faut pas qu'elle soit prolongée. Il faut une alimentation *quantitative* et *qualitative*, *équilibrée* pour que la croissance puisse être assurée.

La ration quantitative, pour certains auteurs doit être très diminuée au début du traitement (25 à 30 calories par kilogramme et par jour) ; pour d'autres elle est normale et calculée en tenant compte, non du poids réel qui est très élevé, mais du poids moyen pour l'âge, ou si l'enfant présente soit de l'hypotrophie, soit de l'hypertrophie staturale du poids moyen des sujets plus jeunes ou plus âgés de même taille (Nobécourt).

La ration qualitative doit être constituée par : des albumines évaluées à 2 grammes, des hydrates de carbone à 7-8 grammes, des graisses à 1,5 grammes par kilog. et par jour. Mais dans la pratique, ces règles ne sont pas strictement employées. Il faut donc surtout une ration non carencée, équilibrée, car nous n'avons pas le droit de priver ces enfants des aliments nécessaires à leur croissance.

Nous devons donner des vitamines, facteurs indispensables pour la croissance et en particulier une large alimentation en albuminoïdes, aliments plastiques pour les tissus et facteurs de croissance, des hydrates de carbone nécessaires pour l'exercice musculaire et même une petite quantité de graisses. Assurer cet équilibre et corriger l'alimentation en proscrivant, quelques aliments que les enfants préfèrent et dont ils abusent, en particulier le PAIN, les *pâtes*, les *entremêts farineux*, les *sucres*, et parmi les boissons, le *vin*, la *bière*, l'*alcool*.

(1) E. LESNÉ, BRISKAS, LARDÉ. Etude de la cholestérolémie chez les enfants hypothyroïdiens. *Rev. Française de Pédiatrie*, Tom. XI, p. 104, 1935.

L'exercice physique doit être modéré de façon à ne pas amener de fatigue, les exercices, n'agissent pas directement sur l'abaissement du poids, mais favorisent le développement général de l'enfant. Le meilleur exercice est la gymnastique respiratoire contrôlée, c'est-à-dire faite au spiromètres ; ces exercices qui accélèrent la ventilation pulmonaire et la circulation, sont souvent défectueux chez les obèses.

Pour éviter la *sédentarité* et les *mauvaises habitudes familiales*, il faut changer l'enfant de milieu, l'envoyer à la campagne, à la mer, à la montagne, et souvent on en obtient de bons résultats.

Le traitement de choix dans l'obésité thyroïdienne et même dans l'obésité alimentaire est l'opothérapie thyroïdienne *per os* aux doses progressives ; elle est efficace dans la majorité des cas. Nous l'employons, souvent associé avec un régime alimentaire, pendant longtemps et nous n'avons jamais eu d'accident.

L'opothérapie thymique hypophysaire testiculaire ou ovarienne peut être utile dans certains cas de retard de la croissance ou du développement génital.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine [1]

Par Pr. MERKLEN

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

II. La thèse

La thèse a été l'objet de débats multiples.

En sa faveur plaident la *tradition*, — une tradition respectable entre toutes; l'*occasion* qu'elle offre à des recherches précieuses, — les exemples ne manquent pas ; la *consécration* qu'elle apporte avec quelque solennité tant à la fin des études qu'à l'entrée dans la carrière, — une certaine allure ne messied pas à la transition entre le béret de l'étudiant et le bonnet du docteur.

Contre la thèse plaident son *inutilité habituelle*, — car on pourrait sans elle devenir un excellent médecin ; l'*extrême banalité* de son texte, — qui bien souvent se borne à compiler des textes déjà plusieurs fois réédités ; la *rareté relative* des véritables travaux de valeur qu'elle suscite, — dont la somme ne laisse en effet que d'être modeste ; l'*encombrement* qu'elle apporte à des bibliothèques qui succombent sous le faix, — que dès maintenant on réduit en n'ordonnant plus un échange systématique entre Facultés ; la *dépense* qu'entraîne son impression, — qui grève lourdement plusieurs jeunes budgets.

Les arguments sont si bons de part et d'autre qu'on s'en tient aux premiers pour n'avoir pas à envisager les seconds.

Et cependant une solution serait la bienvenue. Elle ne peut être dans la suppression radicale. Les raisons favorables ne désarmeraient pas ; vu leur valeur intrinsèque et de par le jeu de balance qui commande si souvent aux actes des hommes, elles répareraient bientôt leur échec en gagnant en autorité ; au bout de quelques années la thèse serait rétablie.

(1) Voir *Progrès médical*, 2 janvier 1937.

Le problème revient donc à modifier, en le conservant l'état de choses actuel. Ce n'est pas impossible.

Le point de départ serait de rendre *facultative* la thèse actuelle. L'idée n'est pas nouvelle. On lui a objecté qu'elle créerait des médecins à thèse et d'autres sans thèse, d'où atteinte à l'uniformité des études. C'est juste.

Mais on pourrait ériger d'autres épreuves de même signification administrative pour les candidats qui répugnent à la thèse écrite, et qui n'écriront en effet jamais rien de fameux.

1° *Thèse orale.* Je ne verrais pas d'inconvénients à ce que l'intéressé vienne exposer devant les juges son sujet afférent à telles ou telles observations cliniques, à des réflexions ou remarques variées, en se tenant prêt à répondre à leurs objections. Afin de leur faciliter la tâche, il se bornerait à leur remettre sur une ou deux feuilles tapées à la machine la substance de son travail. Inutile en effet qu'il ait noirci 50 à 60 pages que personne ne lira. Pour le niveau ordinaire des thèses, qui n'ont aucune prétention à la nouveauté ou à l'originalité, l'épreuve serait bien suffisante.

2° Cette épreuve terminale pourrait consister aussi à demander au candidat d'étudier convenablement telle question doctrinale qu'il aurait choisie et d'en faire un *exposé oral d'ensemble* devant le jury, sous forme de *revue générale* ou de *revue critique*. On resterait dans l'esprit de la thèse, qui vise à creuser plus ou moins un sujet délimité.

3° Une troisième alternative consisterait à faire passer à l'impétrant un *examen portant sur telle branche* de la médecine qu'il désirerait, disposition avantageuse pour les spécialistes. Nous tomberions ici dans le principe opposé au précédent : champ plus ou moins étendu où aucun chapitre déterminé ne s'offre à méditations. Mais il y aurait acquisition appréciable d'un surplus de connaissances, et l'on ne serait plus autorisé à regarder comme superflu le dernier contact de l'étudiant avec la Faculté.

A ces propositions ou à d'autres de même ordre les esprits hantés de symétrie pourront répondre en invoquant encore une entorse à l'uniformité des épreuves. Il serait aisé de leur suggérer que depuis longtemps celle-ci n'est dans la thèse que de surface : quels rapports entre la thèse qui condense deux ans de travail et celle bâclée en quinze jours ? Elles confèrent cependant toutes deux les mêmes droits, ce qui constitue bien une des plus belles inégalités qu'on puisse imaginer. Alors ?...

Le problème de la thèse flotte depuis longtemps dans l'air. De temps à autre quelques ondes le captent et le mènent à terre pour la reprise stérile de discussions hier déjà entendues. Mais nul doute qu'un jour il ne faille aboutir. On fera bien d'y penser auparavant pour se garer de l'improvisation.

III. Spécialités et stages

La question des spécialités a fait de grands pas ces dernières années ; elle n'est cependant pas résolue sous toutes ses faces.

Pendant longtemps les stages n'étaient que médicaux, chirurgicaux, obstétricaux.

Le règlement des études médicales reconnaît en outre aujourd'hui six spécialités avec enseignement clinique : dermatologie et syphiligraphie, psychiatrie, ophtalmologie, oto rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladie contagieuses. Il y a cependant entre elles une grande différence dans la pratique le médecin doit savoir soigner la majorité des cas afférents aux deux dernières ; il peut traiter les cas simples d'œil et d'oto-rhino-laryngologie, mais il ne doit pas manquer de reconnaître ceux qui sont à envoyer aux spécialistes ; en psychiatrie il mène tout au plus à bien certains délires infectieux et toxiques à évolution rapide, ayant pour les autres états à en discerner plus l'existence que le diagnostic ;

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Ultra-sons et biologie, par MM. A. DOGNON, E. et H. BIANCANI. Un volume in-8 (23 × 17,5) de 80 pages, avec 22 figures. 25 francs. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Ce petit volume, qui inaugure la Collection des *Actualités radiobiologiques* est consacré à l'exposé des actions biologiques des ultra-sons.

MM. Dognon et Biancani ont longuement expérimenté les actions de ces vibrations. Pour l'ouvrage présent, ils ont joint les résultats de leurs recherches aux travaux qu'ils ont trouvés dans la littérature mondiale.

Exercices pratiques coordonnés de sciences naturelles, par M. CHADEFAUD et V. RÉGNIER. Tome I. Géologie. Botanique descriptive. Biologie végétale. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Ce livre sera particulièrement utile aux étudiants du P. C. B. Il réalise pour les sciences naturelles un outil de bon usage qui guidera les jeunes élèves dans un monde riche de faits, parfois complexes, mais toujours éducatifs pour qui sait les interpréter.

L'aurore de l'esprit humain, par R.-R. SCHMIDT. Traduction de Joseph NIPPGEN. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Scientifique*, avec 102 figures, cartes, graphiques dans le texte et 50 planches hors texte, 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur, professeur de préhistoire à l'Université de Tubingue, après des fouilles personnelles, principalement dans des stations mésolithiques et néolithiques en Allemagne, en Angleterre, en France, en Espagne, en Russie, aussi bien qu'en Asie et en Amérique, s'est voué à un problème nouveau en préhistoire : *l'étude du développement de la psyché humaine à travers les âges*. Partant de la loi générale selon laquelle l'enfant ne fait que récapituler les stades parcourus par les niveaux antérieurs, il fait correspondre aux diverses étapes de la pensée humaine, de l'étape du prélogisme à celle du raisonnement moderne, les grands niveaux parcourus par la préhumanité et la première humanité. Cette œuvre, qui peut être dite de *psychobiogénèse*, représente donc une manière encore inédite d'affronter les grands problèmes que pose la préhistoire. Ajoutons que des tableaux finaux minutieux mettent en parallèle non seulement les phénomènes géologiques, zoologiques, raciologiques, archéologiques, mais avant tout les contingences psychologiques des niveaux successifs.

« La préhistoire, dit le Professeur Schmidt, est douée, aujourd'hui, d'une vision profonde de la structure « stratifiée » de l'espèce humaine. C'est la raison pour laquelle mes recherches relatives à l'évolution psycho-intellectuelle ont pour point de départ terrestre qui règla les phénomènes de la préhistoire. Ce livre est donc le premier essai d'une histoire évolutive de notre psychologie préhistorique. Il constitue une branche nouvelle dans la connaissance de l'homme.

« Celui qui, avec foi, se replie sur lui-même, pour descendre dans la simplicité de la pensée et de la croyance primordiales, celui-là entendra la voix de son sang : car l'esprit de la préhistoire vit en nous tous. Notre vie inconsciente a ses raisons dans le déterminisme psychologique. Par une soliarité que règle la fatalité, une génération tend à l'autre le flambeau.

« C'est au cours de ces dernières années que cette pensée directrice a mûri en moi. Elle s'est trouvée associée intimement aux conférences que j'ai données sur la civilisation intellectuelle de la préhistoire, à mes recherches et aux fouilles auxquelles j'ai pris part, activités que m'imposaient la création et l'organisation d'un Institut de préhistoire.

« La nécessité à laquelle nous avons été contraints d'entrer dans certains détails scientifiques, ne doit pas faire perdre de vue le but essentiel de ce livre. Ce but est de rechercher ce qu'il y a de vivant dans l'évolution de l'espèce humaine, aussi bien que dans le phénomène mythique. »

Les grands penseurs de l'Inde. *Etude de philosophie comparée*, par Albert SCHWEITZER. Un vol. in-8° de la *Bibliothèque Scientifique*, 20 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est une analyse lumineuse et nouvelle de l'évolution de la pensée de l'Inde, depuis les commencements jusqu'à nos jours, en même temp qu'un examen de ses rapports avec la pensée européenne.

Albert Schweitzer explique lui-même, dans sa préface, l'origine de son livre :

« Depuis, dit-il, que Schopenhauer m'a, dans ma jeunesse, révélé la pensée de l'Inde, celle-ci n'a cessé d'exercer sur mon esprit une forte attraction. J'ai toujours été convaincu que toute pensée philosophique doit s'attaquer au grand problème de l'union spirituelle de l'homme avec l'Univers. Si mon attention s'est portée vers la pensée de l'Inde, c'est, que celle-ci s'est avant tout préoccupée de ce problème et qu'elle est par sa nature même, mystique. De plus, j'ai toujours éprouvé une

sympathie particulière pour l'éthique indienne parce qu'elle ne se soucie pas seulement des relations de l'homme avec son semblable et avec la société, mais aussi de son attitude envers tous les êtres.

« Cependant, plus je me familiarisais avec les documents de la pensée indienne, plus je me prenais à douter de l'exactitude de l'interprétation que nous en ont donnée Schopenhauer et d'autres et qui, aujourd'hui encore, a cours en Europe. A en croire ces philosophes, la pensée indienne est dominée tout entière par l'idée de la négation du monde. Or, j'ai constaté que, de tout temps, elle a renfermé aussi des éléments d'affirmation. Cette coexistence de l'affirmation et de la négation du monde constitue précisément son originalité et détermine son évolution.

« Je me propose donc non seulement de retracer les grandes lignes de l'évolution de cette pensée, mais de la discuter pour elle-même. Pour autant que j'en puis juger, on n'a jamais formulé clairement les termes du débat entre la pensée européenne et la pensée indienne. Ou bien les Occidentaux renient la pensée occidentale et adoptent le point de vue indien ; ou bien, estimant que la pensée de l'Inde leur est essentiellement étrangère, ils n'ont pour elle qu'incompréhension et aversion. Les penseurs de l'Inde, eux non plus, n'ont jamais tenté de scruter à fond la pensée occidentale, qui leur paraît un chaos des systèmes philosophiques les plus divers.

« La philosophie, celle de l'Eurrope comme celle de l'Inde, se trouve en face de deux problèmes fondamentaux : celui de l'attitude affirmative ou négative vis-à-vis de la vie et du monde, et celui de l'éthique.

« C'est du point de vue de ces deux problèmes essentiels que j'essaie de comprendre et de juger aussi bien la pensée de l'Occident que celle de l'Inde. »

Collection des Universités de France. — **Xénophon** *Helléniques*. Tome I (I-III), texte établi et traduit par J. Hatzfeld. Exemplaire sur velin, 25 francs. Les Belles Lettres, 95, boulev. Raspail, Paris.

Le présent volume comporte les livres I à III ; *Complément à l'Histoire de Thucydide* et débuts des *Helléniques* proprement dites. A la fois historien et philologue, M. J. Hatzfeld a donné de ce texte une traduction élégante et précise, accompagnée d'un commentaire aussi utile aux chercheurs qu'intéressant pour le grand public cultivé.

— **L'influence française en Espagne au XVIIIe siècle**, par P. Mérimée. 38e Collection d'études françaises. Les Belles-Lettres, 95, boul Raspail, Paris, 9 francs.

Dans ce volume, M. Paul Mérimée examine tour à tour les influences politiques et leurs conséquences littéraires, les contacts directs entre Espagnols et Français et l'influence de la civilisation française, la diffusion du français en Espagne et celle des œuvres françaises, l'influence de la pensée et enfin les réactions de l'Espagne.

Un index des noms de personnes complète ce volume indispensable à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de l'Espagne et à l'influence française au XVIIIe siècle.

Revue des cours et conférences. Abonnement : France : 70 francs. Le numéro 5 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5 rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 décembre 1936 : A. Grenier : Les siècles heureux et la déchéance de la Gaule romaine (I) : La Gaule indépendante et la Gaule romaine. — E. Carcassonne : Sur les corrections de Lamartine : à propos de « Jéhovah ». — Ch. Verlinden : L'Espagne au Xe siècle (I) : L'Espagne chrétienne. — H. Gouhier : Introduction à une philosophie du Beau (II) : L'Univers esthétique et la fausse trinité. — F.-J. Tanquery : Le jansénisme et les tragédies de Racine (II) : L'amour-propre. — J. Cousin : Nature et mission du poète dans la poésie latine (II) : Les auteurs dramatiques. — R. Guignard : Le groupe romantique de Heidelberg (II) : Le premier volume du « Cor enchanté ». —

« Il est des erreurs d'asepsie que j'ai parfois notées ; et que je crois utile de rappeler, au risque de paraître vouloir enfoncer des portes ouvertes.

« Il ne faut pas commencer par savonner et se brosser les mains et les avant-bras jusqu'au-dessus du coude, puis rincer le tout sous l'eau courante en laissant celle-ci tomber de la partie supérieure du bras sur la main. Elle vient d'une zone qui n'est pas aseptique et infecte la main sur laquelle elle passe.

« Il faut commencer par savonner la main et l'avant-bras, en ne remontant pas jusqu'au coude, puis procéder à un premier rinçage sous l'eau courante et recommencer un brossage et un savonnage, en les limitant cette fois, à la main et au poignet. Ainsi l'eau qui enlèvera le savon n'entrera pas en contact avec une peau non lavée.

(Il est certain que depuis l'usage des gants, le lavage des mains a perdu un peu, théoriquement, de son importance.)

(Jean Berger. — Gestes et procédés techniques de chirurgie générale. Masson, édit., 1936.)


TRAITEMENT RATIONNEL ET PRATIQUE DES MALADIES
& AFFECTIONS
GASTRO-INTESTINALES
VOIE STOMACALE
BIS-KA-MA
BISMUTH, KAOLIN COLLOÏDAL, MAGNÉS
MUCILAGE VÉGÉTAL
Marque Dépos
POUDRE
CONSTIPATION: UNE CUILLER A SOUPE LE MATIN A JEUN DANS UN VERRE D'EAU
ESTOMAC: UNE CUILLER A CAFÉ DANS UN PEU D'EAU AVANT OU APRÈS LES REPAS
BIS-KA-MA
DRAGÉES
MÊMES PRINCIPES ACTIFS QUE BIS-KA-MA POUDRE
BIS-KA-MA
DRAGÉES
MODE D'EMPLOI:
SUCER LENTEMENT 1 à 4 DRAGÉES AU MOMENT DES DOULEURS DES BRULURES
SITSA
Laboratoires
du Dr Pierre ROLLAND
et DURET et RÉMY réunis
15, Rue des Champs,
Asnières (Seine)
VOIE RECTALE
GRANULÉ MUCILAGINEUX
A ÉMULSIONNER DANS L'EAU POUR LA PRÉPARATION DU LAVEMENT PANSEMENT RECTO-COLIQUE BIS-KA-MA
BIS-KA-MA
PANSEMENT RECTO-COLIQUE
UNE MESURE DANS 75cc D'EAU TIÈDE OU 2 MESURES DANS 150cc SUIVANT INDICATIONS DU MÉDECIN
BIS-KA-MA
SUPPOSITOIRES
ADULTES 1 à 2 SUPPOSITOIRES PAR 24 HEURES SAUF AVIS CONTRAIRE DU MÉDECIN

quant à la dermatologie et à la syphiligraphie, c'est affaire individuelle autant pour le médecin que pour le cas du malade.

L'uniformité entre les spécialités est donc plus de théorie que de réalisation. Certainement elle offre matière à discussion pour ceux surtout qui se placent au point de vue très logique de la clientèle. Ainsi rougeole et scarlatine y sont du domaine commun, tandis qu'en sort la sclérose latérale amyotrophique, au contraire du règlement qui fait des deux premières des maladies de spécialités et pas de la seconde. Sans doute a-t il tenu compte avant tout de la constitution des services hospitaliers, qui sont matériellement à la base de tout enseignement. Il a jugé que, si les élèves ne sont pas dirigés vers des services spécialisés, beaucoup d'entre eux termineront leurs études sans n'avoir jamais eu l'occasion d'observer certaines affections courantes. Et il a eu raison. Notons d'ailleurs que les bonnes intentions peuvent n'obtenir ici ou là qu'un succès relatif ; des stages de deux ou trois mois tombant, par un effet du hasard, sur des périodes à roulement de malades insuffisant, au détriment des stagiaires. Mais existent, dira-t-on, des services isolés pour maladies nerveuses (1) comme il en existe pour tuberculose, et cela sans stage officiel reconnu. Est-ce que l'on compte sur la présence éventuelle de certains de leurs malades dans des services généraux ? Ou plus simplement n'a-t il pas été possible de multiplier outre mesure les stages et le temps qu'ils demandent ? En pratique je crois que les Facultés arrangent les choses pour le mieux dans la mesure où elles le peuvent. Et le nouveau décret, celui de 1934, ayant devant lui une sixième année, s'est montré aussi libéral que possible, en laissant durant ce temps les stages au choix de l'étudiant, ajoutant même qu'ils peuvent porter sur des spécialités (sans la moindre restriction) ou des sciences de laboratoires. Il y a là de quoi donner satisfaction aux médecins qui, de-ci de-là et sans convaincante documentation, réclament l'institution de stages nouveaux en faveur de leur pratique.

Force est de remarquer à ce propos qu'on doit distinguer les élèves qui « se débrouillent » pour aboutir à tout le nécessaire et les autres. Il est facile d'annoncer aux premiers qu'ils ont l'étoffe de la réussite ; il est utile d'avertir les seconds qu'un règlement est fait pour édicter les obligations indispensables et non, quoiqu'on le répète volontiers, pour entraver les initiatives.

On a craint que les stages ne soient trop courts pour que s'en retire tout le bénéfice exigible. Il me semble qu'il y a là une question d'espèce. Le stage vaut ce que vaut son organisation. Cette dernière, bien conçue, incite l'élève à travailler et permet que tout son temps soit utilement employé. Les résultats sont dès lors satisfaisants.

Tout n'est cependant pas parfait. Pour l'instant ce sont les stages dans les services généraux qui me paraissent les sacrifiés. Voyons les choses de près.

L'article 12 du règlement dit que la période de stage est de neuf mois. Comptons comme tel l'enseignement séméiologique de première année ; avec le stage de la deuxième nous arrivons à dix-huit mois, soit neuf de médecine et neuf de chirurgie ; un semestre restreint s'ajoute, au milieu des stages de spécialités, soit en tout treize à quatorze mois de médecine et autant de chirurgie. Les cinq années à examen faisant 45 mois de stages, il y en a un peu plus de quinze pour les spécialités, auxquelles doit s'adjoindre l'obstétrique. Les médecins ont vraiment quelque raison d'étonnement s'ils songent que treize à quatorze mois de médecine autorisent l'exercice professionnel. Heureusement interviendra la sixième année ; bien utilisée, elle pourra fournir la compensation nécessaire à la surcharge des précédentes.

(1) Fait bizarre : dans le tableau de la répartition des enseignements le règlement accole à la psychiatrie la neurologie, dont il ne parle pas ailleurs, comme s'il était habituel que les deux disciplines fussent réunies sous une même direction.

Certains professeurs de spécialités se plaignent de voir les internes et externes, retenus par leurs fonctions, hors d'état de participer aux stages de spécialités. Le règlement, après avoir reconnu l'internat et l'externat comme équivalents des stages de médecine et de chirurgie, n'écrit que deux lignes (en italiques, il est vrai) pour dire que des facilités seront accordées en vue de l'accomplissement des stages spéciaux et du stage obstétrical ; c'est proprement éluder la solution. Le Professeur Jacques, ému de cet état de choses, s'est attaqué (*Revue Médicale de l'Est*, 15 avril 1928) « à la situation faite aux élèves pourtant sélectionnés, que, dès la deuxième année, l'externat soustrait aux obligations du stage ». De même le Doyen Spillmann (*Revue Médicale de Nancy*, août 1936), soulignait « l'extraordinaire privilège accordé aux externes de ne pas faire leurs études complètes » ; il conseille de charger les stagiaires du métier d'externes. Personnellement il me semble que les externes feraient bien de s'intéresser à cette question qui tôt ou tard sera mise en chantier, de façon à n'être pas pris au dépourvu.

Nos connaissances plus poussées nous ont amenés les uns ou les autres à nous occuper avec prédilection de telles affections, de tel organe, etc... Si bien que se sont peu à peu dessinées des sortes de spécialités d'un nouveau genre dans le cadre de la clinique générale, dans le cadre même de chaque spécialité (1). Un autre mot, à trouver, serait préférable ici à celui de spécialités. Les médecins qui les pratiquent tiennent en effet à rester attachés à la clinique générale ou à leur spécialité reconnue ; ils en conservent les disciplines et en appliquent les principes dans leurs sphères ; il n'y a pas détachement et autonomie. Ayant creusé le sillon, ils sont arrivés à une maîtrise qui justifie les administrations hospitalières d'avoir créé pour eux des consultations ou des services réservés aux malades de leur ressort. Il y a là un morcellement qui est dans l'évolution des choses et qui offre une utilité incontestable ; il s'officialise de plus en plus et, si les programmes l'ignorent, l'Etat le reconnaît en lui consacrant des chaires. Dans cet ordre de faits du nouveau est encore à prévoir. On devra toujours veiller, et c'est là où je veux en venir, à ce que cette multiplication ne nuise pas à l'enseignement d'ensemble de la jeunesse ; l'antinomie est évidente entre le chercheur qui pénètre et le praticien qui a besoin de notions éparses. Il faudra peut-être un jour protéger les services ordinaires, qu'on définira en les disant ouverts aux malades qui ne relèvent d'aucune sorte de spécialisation : resteront toujours la méningite tuberculeuse, tout désignée pour la thérapeutique clinique, et la broncho-pneumonie non compliquée d'abcès.

Est-il besoin de rappeler par ailleurs que pour l'harmonie de leur éducation les débutants, devant l'accroissement des services orientés selon les aptitudes et les travaux du chef, doivent d'autant plus fréquenter les services généraux ?

(1) Dans sa leçon inaugurale (*Presse Méd.*, 28 novembre 1936, n° 96), le Professeur Laubry dit fort bien : « Que ceux qui dans cette évolution craignent un appauvrissement de la culture générale se rassurent. La spécialité n'est pas une taylorisation avec des ouvriers qui accomplissent un travail machinal. Elle est une façon nouvelle de concevoir l'ensemble, de l'étudier en déplaçant le point d'observation ».

« ..... Il ne faut point s'arrêter longuement à l'argument qui consiste à dire que le P. C. B. doit être conservé pour faire « vivre », les Facultés des sciences. Celles-ci subissent le contrecoup de la pléthore générale. Le nombre de leurs étudiants, en dehors du P. C. B. est suffisamment élevé pour suffire aux professeurs. Est-il bien sûr au reste que ceux-ci ne préféreraient enseigner des étudiants rendus plus réceptifs par une préparation scientifique poussée et une orientation déjà bien déterminée et spécialisée. » (Dr Georges LAFFITTE. Le médecin. Sa formation, son rôle dans la Société Moderne. Un vol. Editions Delmas.)

DIÉTÉTIQUE

Grossesse et régime déchloruré

Le poids de la femme augmente au cours de la grossesse ; une partie de cet accroissement s'explique par la présence du fœtus et de ses annexes ; mais cette augmentation pondérale est due également à la constitution de réserves dans l'organisme maternel. Les expériences de Bar indiquent que la femme gravide stocke de l'azote, certains sels, etc....

J.-L. Wodom (*Brux. Méd.*, 1935) dans un intéressant article rapporté par Vignes (*Presse Méd.*, 1935) expose les chiffres admis pour ce gain par les divers auteurs. Selon Wodom, l'accroissement maximum, au cours d'une grossesse normale, est d'environ 2.000 grammes pour quatre semaines.

L'augmentation pondérale semble être plus marquée à mesure que la femme a présenté plus de grossesses (Frillat et Pons, *Progr. Méd.*, 1928) et que la femme est plus jeune (Siddall et Mack, *Am. Journ. Obst.*, 1933).

Le repos, une alimentation copieuse, interviennent dans ces modifications : mais le clinicien doit en surveiller avec rigueur le développement, l'accroissement pondéral étant susceptible de dégénérer en une véritable obésité gravidique.

Outre que cette alimentation excessive entraîne des phénomènes dyspeptiques (brûlures, crampes, oppressions post-prandiales) elle prédispose à l'acidose qui est un premier pas vers l'éclampsie. De même, l'exagération alimentaire peut entraîner de l'hypertension légère ou élevée, de l'albuminurie, des crises convulsives, des œdèmes.

Ces œdèmes sont extrêmement fréquents et certains auteurs (E. Levy-Solal et M. Laudat) estiment que l'on trouve 94 % des femmes enceintes atteintes d'œdème manifeste ou latent.

Ce dernier, surtout, est intéressant ; il existe chez la femme enceinte normale une rétention chlorurée plus importante que chez la femme normale : on peut le mettre en évidence par les épreuves de déchloruration et de rechloruration. Il n'y a pas de véritable hyperchlorémie gravidique, par contre, il existe une rétention chlorurée tissulaire.

On a étudié les diverses causes qui peuvent intervenir dans cette rétention chlorurée : rétention rénale (qui n'existe que chez les brightiques), déséquilibre protidique (hypoprotidémie), déséquilibre lipidique (qui ne semble pas jouer de rôle chez la femme enceinte), etc... E. Levy-Solal et M. Laudat attribuent une forte part des œdèmes gravidiques à une hyper-activité du lobe postérieur de l'hypophyse et du tuber cinereum. On a constaté expérimentalement que l'injection d'extrait post-hypophysaire élève le taux des chlorures sanguins dans une proportion notable : cette rétention chlorurée entraîne à son tour une rétention aqueuse, mais il est probable que l'hypophyse intervient également dans la rétention de l'eau elle-même.

Cliniquement, on constate, au moment de l'accouchement une brusque décharge d'hormones post-hypophysaires avec ses principes dynamiques et antidiurétiques. Le premier agit sur la musculature utérine, l'autre produit une rétention d'eau qui est destinée vraisemblablement à la constitution d'une réserve : cette réserve a peut-être pour but de compenser les hémorragies qui accompagnent l'accouchement et d'assurer les premiers besoins de la sécrétion lactée.

Suivant les cas, l'accumulation d'eau se fait progressivement pendant la grossesse (œdème latent physiologique) ou au contraire d'un seul coup et se manifeste alors par l'œdème apparent. Dans le premier cas, l'hypophyse assure sa fonction avec régularité et douceur, dans le second, une décharge hormonale brutale produit le déséquilibre apparent (Levy-Solal et Laudat, *Presse Méd.*, 13 avril 1935).

Nous avons vu, précédemment, les inconvénients de cette rétention hydro-chlorurée ; il en est un auquel l'obstétricien doit songer plus particulièrement : c'est l'hydratation excessive du corps et du col de l'utérus. Cette rétention aqueuse dans ces tissus entraîne une diminution d'élasticité notable et affaiblit, lorsqu'elle est excessive, la puissance de contractivité utérine.

Dans ces conditions, on a naturellement songé à prescrire le régime déchloruré (en réalité : achloruré) aux femmes enceintes : mais cette façon de procéder comporte de multiples inconvénients : difficulté de faire accepter ce régime à une femme qui ne présente pas de troubles apparents, inappétence due à ce régime dans un moment où la femme a au contraire tendance à désirer des aliments à saveur forte, enfin danger possible à la longue d'une déchloruration excessive qui est antiphysiologique, pendant la gestation tout particulièrement, et qui peut retentir sur le fœtus et le liquide amniotique.

On a cependant appliqué ce régime sans sel et l'on a constaté manifestement un accouchement beaucoup plus rapide et moins douloureux.

M. Reeb et Léon Israël (*Gynécologie et obstétrique*, t. 27, n° 3, mars 1933) exposent un certain nombre d'observations de primipares et de multipares qui ont été mises au régime déchloruré et dont la dilatation a été rapide et quelquefois ultra-rapide (moins de 7 heures, 2 heures parfois). Parallèlement, les contractions qui assurent tout le début de la dilatation peuvent être complètement indolores. Le spasme utérin ne se produit pas (douleurs lombaires, douleurs trop rapprochées et trop longues, rupture prématurée de la poche des eaux, etc.).

Karpabi (Gynécologie et Obstétrique, 2 février 1935) conclut dans un sens équivalent ; il admet que une à deux semaines de régime déchloruré strict peuvent donner un résultat suffisant, mais que l'on peut se contenter d'un régime hypo-chloruré à condition d'en prolonger l'administration.

Il nous semble qu'il convient de faire une distinction entre un régime simplement achloruré, donc privé de sel, et les véritables cures de déchloruration que l'on peut obtenir par des moyens appropriés. Il est des cas où le seul régime achloruré n'enlève pratiquement pas de chlorure de sodium à l'organisme : cela se présente lorsque l'avidité des tissus pour ce sel est augmentée. Nous avons vu que c'était le cas au cours de la grossesse. Sans doute, en prolongeant fort longtemps le régime achloruré, finit-on en général par obtenir des résultats, mais cette achloruration prolongée présente aussi des inconvénients.

L'idéal, semble-t-il, en particulier chez la femme enceinte, est de faire des séries de déchloruration active de courte durée, mais assez fréquentes, surtout dans la période terminale de la gestation, où, nous l'avons vu, la tendance des tissus à retenir le chlorure de sodium augmente. Il faut donc trouver un agent de déchloruration active, énergique, d'action rapide et qui ne présente aucun caractère toxique pour la mère et pour le fœtus.

Des expériences cliniques récentes, mais déjà nombreuses, ont permis de reconnaître que le *lait déchloruré* (1) répond exactement à ces besoins. Ce lait, agent diurétique énergique, privé dans une très forte proportion de ses chlorures, présente pour eux une grande avidité. Il permet de réaliser dans les meilleures conditions ces cures successives de déchloruration. Il va de soi qu'il est parfaitement toléré et ne présente aucun danger.

L'expérience a permis de constater qu'il donne des résultats extrêmement intéressants chez toutes les femmes enceintes qui ont une tendance quelconque à faire de l'œdème apparent. Il représente aussi un moyen remarquable de cure dans les albuminuries gravidiques, dans les menaces d'éclampsie, l'hydramnios et l'anasarque fœtale. Il permet de réaliser facilement un régime hypochloruré avec l'avantage des petites cures de déchloruration successives.

Il répond également à toutes les espérances qu'on pouvait fonder sur lui pour réaliser la déchloruration tissulaire que nous avons soulignée tout à l'heure comme étant particulièrement avantageuse, tant pour la puissance de la contraction utérine que pour l'élasticité des tissus, la facilité de la dilatation et la considérable diminution des douleurs qui en résulte.

En pratique, il suffit que l'on fasse prendre à la femme dans les deux ou trois dernières semaines qui précèdent la date présumée de l'accouchement un demi litre environ de lait déchloruré, le matin, par exemple, en ayant soin, naturellement, d'interdire l'absorption simultanée de tout aliment quelque peu chloruré (il faut notamment penser au pain, surtout au pain de luxe). On réalise ainsi pendant quelques heures une déchloruration active, d'ailleurs accompagnée d'une considérable élimination urinaire qui se montre réellement très efficace. Le reste de la journée, la femme peut recevoir une alimentation normale, en évitant, naturellement, de prendre des aliments trop salés. Cela est facile à appliquer en pratique et les résultats sont surprenants.

En raison de la simplicité d'un tel traitement et des résultats pratiques rapides et incontestables qu'il comporte, on doit conseiller sans hésiter à tous ceux qui ont à diriger le régime de la femme enceinte, en particulier à l'approche de l'accouchement, de recourir au lait déchloruré pour toutes les raisons que l'on vient d'étudier.

Docteur A. ARTHUS.

---

(1) Les essais ont été réalisés avec le « LAIT DÉCHLORURÉ GUIGOZ ».

STOMATOLOGIE

Régime alimentaire et carie dentaire

Contrairement aux autres organes du corps humain, les dents ne sont pas a formation constante. La formation du germe dentaire, le développement de la dent, sa calcification sont des stades qui correspondent à quelques années seulement de l'être. Passé ces quelques années les dents restent, au point de vue structure, ce qu'elles ont été pendant la période correspondant à ces quelques années, à bien peu de modifications près. La mauvaise hygiène buccale a été longtemps incriminée comme principale cause de carie dentaire. Le manque de soins influe certes sur la marche de cette maladie, mais n'a qu'un rôle secondaire, la cause initiale étant indiscutablement une imperfection de structure originelle, celle-ci étant sous la dépendance des influences nutritives pendant la formation anté-natale et post-natale. Il est établi par quantité d'expériences que les dents ont besoin d'un apport convenable de calcium, de phosphore et de vitamine D, aussi bien dans la période de formation des dents, que pendant toute leur vie. Il est facile alors de conclure que la perfection de structure, sera sous la dépendance d'une nutrition convenablement choisie et que la résistance à la carie en dépendra également, surtout si le régime diététique a été convenablement établi dès la prime jeunesse et continué un certain nombre d'années.

Mrs May Mellanby's qui s'est particulièrement adonnée à l'étude de l'action des vitamines sur les dents, s'est livrée à Birmingham à une expérience des plus concluantes. Elle porta sur des enfants pauvres de cette région ayant de 5 à 14 ans. Bien soignés et bien nourris ils furent divisés en trois groupes, auxquels une addition de substances au régime de base fut faite. Respectivement chacun de ces groupes reçut une addition de mélasse, d'huile d'olives et d'huile de foie de morue, la quantité variant avec l'âge. Ainsi pour les enfants de 5 à 8 ans, la quantité de mélasse variait de 28 à 42 grammes, celle d'huile d'olives de 14 à 21 c. c. et l'huile de foie de morue de 14 à 21 c. c. La fréquence de carie dans les dents ayant fait récemment leur éruption, était de 12 % dans le groupe huile de foie de morue, 50 % dans le groupe mélasse et 75 % dans le groupe huile d'olive. Dans les dents temporaires l'action protectrice de l'huile de foie de morue, n'était pas aussi marquée. Ces recherches minutieusement exécutées montrent d'une manière concluante qu'une quantité relativement élevée de vitamine D incluse dans la nourriture, est très efficace pour diminuer la fréquence de la carie, si elle est donnée pendant le développement des dents ; puisqu'on peut encore tirer profit si la vitamine est donnée à un âge plus tardif du développement et que même si elle est donnée après l'éruption des dents, l'attaque de la carie et son extension sont différées.

A. WILCKEN (de Paris).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Il existe quatre variétés d'œdèmes chez les hépatiques : les uns mécaniques se produisant dans les cirrhoses ou les scléroses hépatiques, quand il y a augmentation du volume du ventre et compression ou reflux du sang dans les veines du membre inférieur ;

Les œdèmes cardiaques qui peuvent être dus à une fatigue cardio-vasculaire qui s'ajoute à l'élément abdominal ;

D'autres œdèmes encore qui peuvent être dus à des lésions concomitantes des glandes endocrines et du rein. Ce sont les les œdèmes surtout des cirrhotiques ;

Enfin il existe des œdèmes qui surviennent dans les hépatites aiguës, ictérigènes, et qui caractérisent cette forme d'hépatites ictériques et œdémateuses, le syndrome ictéro-œdémateux. Ils ne sont pas dus à la stase ou à la compression veineuse, non plus qu'à des phénomènes cardio-vasculaires ou à des phénomènes endocriniens, ils sont à la fois des œdèmes de carence, et aussi des œdèmes toxiques, et ils sont dus le plus souvent à l'absence de substances indispensables ou à la mise en liberté de produits de désintégration hépatique, voisins de l'histamine.

(M. Loeper et F. Siguier. — Les œdèmes des hépatiques. *Paris Médical*, 14 novembre 1936.)

La coexistence d'une hémiplégie avec amaurose unilatérale par embolie de l'artère centrale de la rétine constitue une éventualité des plus rare.

Dans l'observation rapportée, il sagit d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui n'a eu aucune maladie infectieuse, la syphilis, ou une autre cause, capable d'expliquer sa maladie mitrale (insuffisance avec stricture). Comme il a fait son service militaire, il résulte qu'il n'avait cette maladie ni à l'incorporation, ni pendant son service. Il a donc contracté la maladie mitrale après le service militaire, et comme la blennorragie est la seule maladie infectieuse qu'il a eue dans sa vie à l'âge de vingt-cinq ans, on doit admettre, par exclusion et par déduction logique, que c'est la blennorragie qui doit être incriminée avec la plus grande probabilité à l'origine de sa cardiopathie.

Cette maladie a pris une forme silencieuse et a évolué sans attirer l'attention du malade, et à un moment donné, à la faveur peut être de la fatigue d'une partie de chasse, il a fait deux embolies concomitantes : une embolie dans l'artère centrale de la rétine gauche et une autre dans la sylvienne avec hémiplégie et aphasie.

(C.-I. Urechia et L. Dragomir. — Hémiplégie avec amaurose unilatérale concomitante chez un cardiaque. *Paris Médical*, 15 août 1936.)

Syphilis

Il apparaît urgent d'éduquer le public et même... les médecins qui ne connaissent pas la syphilis déformée par les traitements preventifs.

Une propagande patiente, répétée, doit apprendre les trois indications des traitements préventifs :

a) Prouver que le risque a pu contaminer, donc connaître les nom et adresse du contamineur ou de la contaminatrice éventuelle afin de faire la confrontation ;

b) Consulter le médecin aussitôt que possible afin que les délais permettent au traitement d'agir ;

c) Ne pas commencer un traitement préventif si le sujet ne s'engage pas à le faire réellement ;

Le traitement, sauf contre-indications, devra être mixte : arsénobenzolique et bismuthique, durer un an et être suivi d'une surveillance de quatre ans au moins ;

Il faut connaître les nombreuses déformations de la syphilis sous l'influence des traitements préventifs et trop tardifs, trop faibles, trop courts, en particulier les syphilis sans chancre ; notamment se rappeler que des ganglions froids, indolents, peuvent être les premiers signes d'une syphilis défigurée : d'où la nécessité d'une surveillance périodique d'un an au moins, clinique et sérologique, et d'une réactivation finale des B.-W. ;

Il faut insister sur les dangers des traitements préventifs insuffisamment indiqués, insuffisamment poursuivis ;

Dans le doute, après un de ces traitements insuffisants, on ne peut pas s'abstenir, on doit faire du bismuth pendant un an et surveiller le sujet quatre ans au moins.

(Prof. H. Gougerot. — Des difficultés des traitements préventifs. *La Presse Médicale*, 31 octobre 1936.)

Mal de Pott

L'opération d'Albee est une excellente opération. Dans le cas où deux vertèbres au plus sont atteintes, elle donne des résultats éloignés qui ne s'affaiblissent pas beaucoup avec le temps. Au-dessus de deux vertèbres le résultat est plus aléatoire

Il faut pratiquer l'opération le plus tôt possible, à partir de la deuxième année d'évolution.

Il faut prendre les plus grandes précautions pour que le greffon soit mis en bonne place et même s'il y a une gibbosité, faire un repérage radiographique minutieux.

L'immobilisation post-opératoire dépend de la période où en est arrivée la lésion, mais elle doit durer au moins un an.

Lorsque le malade est autorisé à se lever, il ne faut pas le considérer comme guéri. Il faut prolonger le traitement hygiénique et local. Il faut surveiller l'évolution des lésions par des radiographies fréquentes et ne prononcer le mot de guérison qu'avec circonspection.

Sans doute, la plupart des chirurgiens pensent ainsi, mais les résultats de l'opération ont autorisé des enthousiasmes exa-

gérés que les malades ont trop tendance à partager et qu'il semble utile de réduire quelque peu.

(Georges Leclerc, Dijon. — Les résultats éloignés de l'opération d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte. *La Presse Médicale*, 38 octobre 1936.)

Thérapeutique clinique

La thérapeutique de la maladie d'Addison doit consister :

1° Dans les accidents aigus (coma, convulsions, vomissements), en injection intraveineuse d'extrait cortico-surrénal à doses massives, variables suivant l'extrait employé ou même en injection intramusculaire.

On peut y joindre l'injection de sérum chloruré hypertonique ou isotonique.

2° Dans les formes lentes, dans l'emploi de la médication salée à la dose, en ingestion, de 10 grammes par jour par doses de 1 gramme prises avec du lait, d'avoir recours à la combinaison avec l'injection d'hormone cortico-surrénale ou avec l'injection de cystéine.

L'alimentation sera riche en graisses, en vitamines, en substances calorigènes.

Le malade sera mis au repos.

3° Dans les formes frustes, il faut rechercher tous les petits signes cliniques, ne pas hésiter à pratiquer un examen radiographique pour rechercher une calcification surrénale ; les examens de laboratoire doivent consister dans la recherche de l'hypoglycémie, de la cholestérinémie, de l'hypochlorémie, de l'hyponatrémie et de l'hypercalcémie. Ces derniers termes caractérisant les modifications du métabolisme minéral.

(Paul Sainton. — Les traitements actuels du syndrome addisonnien. *Le Bulletin Médical*, 31 octobre 1936.)

L'injection intraveineuse de 15 cmc de la solution saturée d'alcool oclylique primaire dans l'alcool éthylique à 10 pour 100, inoffensive en elle-même, est indiquée dans les états hémorragiques ; neuf fois sur dix, il en est résulté un raccourcissement rapide et notable du temps de coagulation, et, une fois, celui du temps de saignement ; simultanément s'amendaient des phénomènes hémorragiques, immédiatement graves sans que, pourtant, les troubles étrangers au syndrome sanguin fussent influencés. De toute manière les modifications cliniques de la crase sanguine se sont montrées telles que l'expérimentation permettait de les prévoir. Aussi, bien que de nouvelles recherches soient nécessaires, il est intéressant de signaler les résultats obtenus.

(A. Clerc, J. Sterne, Jean Delamare et R. Paris. — Sur les effets coagulants et hémostatiques de l'alcool octylique primaire au cours des syndrômes hémorragiques. *La Presse Médicale*, 28 octobre 1936.)

La thyroïdectomie totale pratiquée chez huit malades pour insuffisance cardiaque et angine de poitrine, en dehors de la maladie de Basedow, a été parfaitement tolérée et les résultats à distance ont été, dans l'ensemble, satisfaisants. Trois constatations méritent d'être mises en évidence.

1° L'opération ne doit être envisagée que dans des cas rares et après une étude minutieuse du malade. S'écarter de cette ligne de conduite, c'est s'exposer à d'inutiles interventions qui discréditeraient rapidement une méthode intéressante dans des circonstances particulières.

2° La thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque et angine de poitrine chez des malades à corps thyroïde normal, c'est-à dire non basedowien, n'est qu'une intervention palliative : elle est sans influence sur la cause même des troubles cardiaques et n'agit qu'en plaçant les malades dans des conditions plus favorables. Aussi, ses résultats ne sauraient être comparés aux résultats si souvent remarquables des thyroïdectomies subtotales pour maladie de Basedow avec insuffisance cardiaque. En effet, dans ce dernier cas, l'intervention supprime la cause de la maladie ;

3° La thyroïdectomie totale dans le traitement de l'insuffisance cardiaque en dehors de l'hyperthyroïdie, si elle ne présente que de rares indications, n'en comporte pas moins et à différents points de vue d'utiles enseignements.

En particulier, en ce qui concerne les cardiothyréoses, cette tentative thérapeutique permet de mieux comprendre la gravité pour le cœur des basedowiens de thyréotoxicoses même légères, d'où l'intérêt d'un traitement rationnel et en particulier de thyroïdectomies exécutées précocement avant l'apparition de graves complications cardiaques. D'autre part, les huit observations rapportées montrent que chez les basedowiens, lorsque les accidents de décompensation cardiaque surviennent, la thyroïdectomie, tout en restant subtotale, doit être large et cela même lorsque les accidents thyréotoxiques semblent par ailleurs relativement peu importants.

En effet, des thyroïdectomies totales sont nécessaires dans l'Insuffisance cardiaque non basedowienne pour obtenir un résultat. Dans la maladie de Basedow, la résection totale du corps thyroïde avec ses risques pour les parathyroïdes et le récurrent, avec ses accidents d'insuffisance thyroïdienne est inutile et la thyroïdectomie subtotale suffit pour assurer la guérison.

On ne saurait oublier que la thyroïdectomie subtotale a été un progrès des plus importants en chirurgie thyroïdienne. En se substituant aux thyroïdectomies totales des premiers chirurgiens du goitre, elle a permis d'éviter la tétanie et le myxœdème.

Mais la thyroïdectomie, si elle doit rester subtotale n'en doit pas moins être suffisamment large.

(Camille Lian, H. Welti et J. Facquet. — La thyroïdectomie totale dans l'insuffisance cardiaque non basedowienne et l'angine de poitrine. *Le Bulletin Médical*, 31 octobre 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1936

Les accidents du chrome. Protection des ouvriers. — *M. Leroux-Robert* rend compte de la mission à l'étranger dont l'a chargé le ministre du Travail pour rechercher les conditions de travail des ouvriers fabriquant ou utilisant des sels de chrome qui s'avèrent encore très nocifs, moins pour le chromage électrolytique des métaux, depuis l'emploi de la cuve aspiratrice à double paroi, et le tannage des cuirs au chrome, que dans les usines qui doivent lutter contre les émanations de poussières (fabrication des chromates alcalins et des couleurs de chrome en poudre). Le chrome pénètre par deux voies : la peau et les voies respiratoires. La perforation de la cloison nasale, souvent observée, facilite sa progression ultérieure dans l'organisme. Le port de gants en caoutchouc moulé, transparent, souple, de masques non-rigides. La neutralisation des sels de chrome après le travail sont des mesures individuelles. Les mesures générales doivent s'inspirer du travail en vase clos, de collecteurs de poussières, d'un système de canalisations avec pavillons d'aspirations extrêmement multipliés et, là où le danger persiste encore, d'un travail par roulement d'équipe.

Les anomalies du métabolisme de base chez l'enfant. — *M. G. Mouriquand, Mme J. Anselme* et *M. Anselme* rapportent les résultats statistiques de plus de deux cents observations avec métabolisme de base, d'enfants hyperthyroïdiens ou hypophysaires.

Ils indiquent pour chaque catégorie les modifications du métabolisme de base observée et l'effet des thérapeutiques endocriniennes sur ce métabolisme de base. Ils montrent l'importance de la recherche de ce métabolisme de base dans nombre de dystrophies et il peut être le seul indice du trouble endocrinien.

Le pouvoir infectieux du sang chez les souris infectées par « Tr. congolense » et traitées par le 205-309. (Moranyl). — *M. L. Launoy.*

Etude sur une épidémie de coqueluche traitée par le paraoxybenzoate de méthyl-propyl-diphénol. — *M. Lièvre Brizard.* — Le fait de placer un malade atteint de coqueluche dans une atmosphère chargée d'une solution huileuse à 40 p. 100 de para-oxybenzoate de méthyl-propyl-diphénol, et de l'y maintenir une demi-heure matin et soir, c'est diminuer de beaucoup la durée de la maladie, et diminuer la fréquence des quintes de toux.

En outre, la solution vaporisée dans la chambre d'un malade

UN NOUVEAU COMPOSÉ INJECTABLE SULFOIODÉ

THIO-NAÏODINE

LOGEAIS

(A)

INTRAMUSCULAIRE

NaI stabilisé ..... 2 %
Tétrathionate de Mg 1 %

(B)

INTRAVEINEUSE

NaI stabilisé . 5 %
Tétrathionate de Mg 5 %

TOUTES ALGIES RHUMATISMALES
TOUS SYNDROMES DOULOUREUX

PRODUITS ATOXIQUES
INJECTIONS INDOLORES



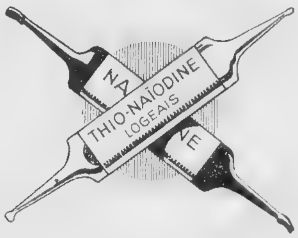
ACTION CURATIVE
SANS RÉACTIONS

NAÏODINE

(A)

INTRAMUSCULAIRE

ALGIES
REBELLES



(B)

INTRAVEINEUSE

NEVRAXITES
ET LEURS SÉQUELLES
TOUTES ALGIES

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS Anciennement à Boulogne-s/-Seine ISSY-LES-MOULINEAUX-PARIS

atteint d'affection pulmonaire avec hyperthermie, semble avoir une action très nette sur celle-ci.

La protection contre l'oxyde de carbone des occupants d'abris souterrains aménagés en vue de la défense passive. — *M. Kling* attire l'attention sur les dangers auxquels peuvent être exposés des sujets réfugiés dans les caves aménagées en abris, ou même dans des abris spécialement construits, du fait d'infiltrations d'oxyde de carbone, qui peuvent être produites lorsque dans ces abris, ou même à une distance plus ou moins grande de ceux-ci, une bombe explosive déflagrant à une certaine profondeur dans le sol, disloque celui-ci, crée des fissures par lesquelles se produisent des infiltrations plus ou moins importantes d'oxyde de carbone.

On sait, en effet, que les explosifs brisants, utilisés en général dans les projectiles, dégagent des quantités fort importantes d'oxyde de carbone (parfois deux tiers de leur poids). Etant donné que les atmosphères d'oxyde de carbone sont rapidement mortellement toxiques lorsqu'elles atteignent des taux voisins du 1/1.000e, on peut calculer qu'une bombe de 100 kg. renfermant 53 kg. d'explosifs, est susceptible de rendre mortelle l'atmosphère d'une galerie ayant 4 mètres de haut, 8 mètres de large et 1 kilomètre de long. Aussi, pour se protéger contre ces infiltrations possibles, que rien ne décèle aux occupants d'un abri, est-il indispensable d'avoir, dans les abris un peu importants, des appareils de détection de l'oxyde de carbone.

M. Kling indique quels sont ceux, qu'en collaboration avec plusieurs de ses assistants, il a imaginés, en même temps que d'autres appareils permettant d'effectuer dans les abris le dosage de l'acide carbonique, de l'oxygène, et d'effectuer également la détection de gaz de guerre qui pourraient les envahir.

L'action des ondes ultra-courtes sur les cultures microbiennes. — *MM. Dem. Paulian* et *I. Bistriceano.* — Les ondes courtes de 15 mètres, exercent une action eutrophique manifeste sur les cultures de coli, pyocyanique et staphylocoque doré et que les ondes de 6 mètres exercent une action abiotique microbicide incontestable après neuf irradiations à 30 minutes.

Séance du 5 janvier 1937

Produits radioactifs. — L'inscription des produits radioactifs au tableau prévu par le décret du 14 septembre 1916, fait l'objet d'un rapport de *M. Bougault.* En voici les conclusions :

« L'Académie de Médecine, en présence des dangers qui peuvent résulter, dans l'application au corps humain, de l'emploi non surveillé des produits radioactifs, estime qu'il importe de protéger la santé publique, en appliquant à ces produits la réglementation fixée par le décret du 14 septembre 1916 pour les substances inscrites au tableau A.

En conséquence, elle demande l'inscription au tableau A des produits suivants :

1° Les radio-éléments : de la série de l'uranium et du radium, de la série de l'actinium, de la série du thorium, et leurs sels ;

Les produits intermédiaires ou résidus radioactifs de la préparation de ces sels ;

2° Les préparations de toute nature rendues radioactives par incorporation de radio-éléments ou par tous autres procédés.

Toutefois les eaux naturelles radioactives et les boues naturelles radioactives ne devront pas être inscrites au tableau A ».

Une nouvelle méthode de prise de la pression sanguine chez l'homme. — *M. Pierre Ménard* utilise pour la mesure des pressions artérielles deux brassards. Le premier, compresseur de grand volume, est relié à un manomètre à mercure inversable à oscillations amorties. L'inversabilité et l'amortissement sont obtenus par l'adjonction dans les réservoirs terminaux du tube à mercure de crochets en verre à orifices rétrécis. Le second brassard, détecteur du petit volume, est appliqué au pli du coude. Dans ce brassard, la quantité d'air et la pression (4 centimètres de mercure) resteront constantes pendant toute la durée de la mesure. Ce brassard est relié à un oscillomètre de construction spéciale, à oscillations libres, grâce à des chambres de détente surajoutées.

Avec les instruments nouveaux utilisés et les dispositifs décrits, la mesure des pressions artérielles est simple et à la portée de toute personne instruite. Le coefficient personnel est supprimé. Les chiffres trouvés sont justes. Il n'y a pas d'oscillations supra-maximales.

La première oscillation de l'aiguille de l'oscillomètre donne le chiffre de la pression maximum vraie. La plus grande oscillation donne celui de la pression moyenne dynamique. Cette détermination ne présente pas de difficultés par suite de l'absence du plateau des oscillations due à la construction spéciale de l'oscillomètre. Elle est en outre facilitée par le fait que l'on peut suivre le rythme du pouls, qu'on peut recommencer la manœuvre du gonflement et du dégonflement de l'air du grand brassard sans modifier celui du petit brassard. La sensibilité de l'oscillomètre, en outre, est telle qu'elle traduit fidèlement la vibrance spéciale de la pulsation artérielle, caractéristique de la pression moyenne.

Immunisation par la voie aérienne. — *M. Trillat* rappelle ses expériences sur la contagion par voie aérienne et explique ainsi, pour une partie, le mécanisme si obscur de la contagion des maladies transmissibles par l'air. M. Trillat fait ressortir l'importance de l'extrême division des gouttelettes microbiennes qui doivent être, à l'état nébulisé, condition indispensable pour la réussite des essais. C'est ainsi qu'il a pu observer la guérison du choléra des poules et de la trypanosomiase chez la souris.

Procédé pratique nouveau pour la conservation des liquides fermentescibles et plus spécialement du lait. — *MM. Galaine* et *Houlbert.* — Ce procédé consiste à pasteuriser les liquides dans une bouteille genre thermos. La conservation en est parfaite pendant 36 à 50 heures.

L'emploi rationnel des venins en thérapeutique. — *Mme Phisalix*, après avoir rappelé que les venins ont été employés dans le traitement des affections microbiennes, du rhumatisme chronique, de certaines affections nerveuses, des algies rebelles, etc., conclut que ce sont les doses faibles de venins, et elles seules, qui sont médicamenteuses, et que cette action des venins correspond tantôt au principe de similitude, tantôt au principe des contraires.

Fixation du virus morbilleux aux leucocytes du sang dès la période d'incubation de la maladie. — *Mme Karola Popp.*

Séance du 12 janvier 1937

Hygiène du réveil et exercice. — *M. Maurice Boigey.* — Il existe une hygiène du réveil dont l'importance s'accroît à mesure qu'on avance en âge. Se lever rapidement, en sortant du sommeil, passer sans transition de l'état d'inertie complète à une activité musculaire généralisée est un acte imprudent, passé la cinquantaine. Bien plus, adopter le décubitus dorsal pour effectuer de tels exercices est particulièrement dangereux. La seule élévation des jambes dans cette position, provoque un véritable coup de bélier sur les parois des vaisseaux intra-cérébraux. Pour peu qu'ils présentent des points faibles, on peut voir survenir des accidents redoutables.

Il peut se produire des vertiges et même un état syncopal qui traduisent les effets d'une véritable commotion cérébrale et ont, dans certains cas, entraîné la mort.

Il importe, après le réveil, de demeurer d'abord au lit, et d'y séjourner assez longtemps pour que la circulation redevienne normale dans toutes les parties de l'économie. Ce n'est qu'après ce délai que l'on peut évaluer, en moyenne, à une vingtaine de minutes, que les quinquagénaires et les hypertendus se lèveront.

Ce n'est pas le matin, au réveil, que l'exercice est le plus salutaire, à l'âge mûr. C'est à la fin de l'après-midi, entre 16 et 18 heures, à cette période de la journée où la température organique, la force musculaire et la vitalité sont à leur apogée. C'est à ce moment que l'on doit faire, de préférence, une séance quotidienne d'exercice, si l'on en a le loisir.

Action des ions Pb et Cu sur les fibroblastes sarcomateux en culture. — *MM. J. Verne* et *C. Sannie* rappellent leurs recherches précédentes relatives à l'action des ions métalliques sur les cultures *in vitro* des cellules du tissu conjonctif du foie, du rein et du tissu nerveux. Ils ont, à l'aide des mêmes techniques, étudié l'action des sels de cuivre et de plomb sur les cellules du sarcome de Jensen : ces dernières ne sont pas particulièrement sensibles à ces deux métaux; en tout cas elles le sont bien moins que les cellules hépatiques, les cellules rénales ou les cellules nerveuses.

De telles recherches peuvent donner des indications intéressantes sur la valeur thérapeutique des métaux lourds dans le traitement du cancer.

Action locale de la folliculine sur la mamelle du cobaye mâle. — ***MM. J.-C. Mussio-Fournier, A. Albrieux*** et ***W. Bruno.*** — La folliculine exerce une action locale sur la glande mammaire, qu'elle soit administrée par injections ou par frictions sur la mamelle elle-même.

L'origine hyppocratique du mot hormone. — ***M. Jayle***, attiré par l'étymologie grecque du mot hormone proposé par Starling en 1905 et devenu d'usage courant, s'est demandé si ce mot n'avait pas déjà été utilisé. Il l'a trouvé dans *Hippocrate* qui le donne dans un aphorisme avec le sens de sécrétion. D'autre part, l'idée que certains organes, en particulier le foie et les glandes génitales, élaborent des produits qui se répandent dans tout l'organisme et que nous appelons sécrétions internes, est d'origine antique.

M. Jayle cite, en particulier, un passage de Galien.

En France, le mot hormonta se trouve dans un livre très répandu au XVIIe siècle : les Œuvres d'André Du Laurens et la lecture du passage où il est cité, à propos du foie, permet de conclure qu'il est usité couramment

Le mot grec signifie sécrétion, tant interne qu'externe. Nous lui donnons le sens restreint de sécrétion interne, comme André Du Laurens, nous accordant toujours avec *Hippocrate.*

Rapport des courbes respiratoires du cœur avec le synchronisme pneumo-cardiaque chez le chien. — ***M. de Somer.***

Nécessité de l'union des autorités centrales et provinciales pour l'assainissement régional. — ***MM. Loir, Sanarens*** et ***Legangneux*** (du Havre), au moment où l'on envisage l'exécution de grands travaux d'intérêt général dont beaucoup se rapporteront à l'assainissement des villes et des communes, jugent utile de jeter un cri d'alarme et de répéter que les projets qu'il s'agisse d'adductions d'eau ou d'assainissement établis en détail sans plan d'ensemble général, communal, intercommunal ou interdépartemental, donnaient des résultats médiocres, quand ils n'étaient pas nuls ou négatifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 décembre 1936

De la biopsie dans le cancer de l'œsophage. — ***M. J. Guisez*** nous dit que la biopsie dans le cancer de l'œsophage n'a de réelle valeur que lorsqu'elle est nettement positive. Or, elle est très difficile à effectuer à l'extrémité du tube en bonne place et les résultats qu'elle donne peuvent être contradictoires avec ceux de l'endoscopie qui sont toujours caractéristiques. L'aspect infiltré, figé de la paroi sur laquelle s'insère le cancer, l'hémorragie facile sont des signes qui ne trompent jamais un œil exercé. Le traumatisme occasionné par la prise d'un fragment dans la tumeur en milieu infecté comme la cavité œsophagienne peut lui donner un véritable coup de fouet. Elle n'est donc pas sans inconvénients, et l'auteur a remarqué que les résultats radiumthérapiques sont moins bons lorsqu'elle a été effectuée. Il ne faut donc strictement y avoir recours que lorsqu'elle est indispensable pour le diagnostic lorsqu'il y a doute pour l'endoscopie

Colibacillose aiguë colibacillose chronique : améliorations notables, par un traitement d'ozone. — ***M. Aubourg*** montre l'action énergique clinique et bactériologique de l'ozone sur les colibacilles et leurs toxines, sous réserve de titrer le volume du mélange oxygène ozoné et de vérifier, sous contrôle des rayons X, le remplissage du cæcum par lavement ou de la fin de l'iléum par voie duodénale.

L'hémothérapie dans les escarres et dans la gangrène des extrémités. — ***M. H. Tissier*** soumet la méthode thérapeutique issue de la d'Arsonvalisation, l'hémothermie tend à régulariser le passage du sang dans le réseau capillaire. Elle calme les algies les plus rebelles, elle favorise la cicatrisation des plaies, des fistules et des escarres. Elle peut, dans certains cas, ramener la vitalité dans un membre atteint d'artérite oblitérante et permettre de renoncer ou tout au moins de surseoir à une amputation qui semblait s'imposer.

G. Luquet.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le diagnostic de la pleurésie interlobaire

Sauf dans de rares cas, dit M. F. Dwelshauwers (*Revue belge des sciences médicales*, octobre 1936) on ne peut pas faire le diagnostic de pleurésie interlobaire sur l'image radiologique seule. Il est nécessaire de se rapporter à tous les examens possibles et, bien souvent, ce ne sera que la vérification nécropsique minutieuse qui emportera la conviction.

Deux cas d'oligurie

Deux observations assez typiques de deux cas différents d'oligurie incitent M. Fournier (*Journal de Médecine de Paris*, 22 octobre 1936) à rappeler les propriétés diurétiques intéressantes d'un corps de la série xanthique récemment introduit en France : l'aminophylline.

La première observation montre une action diurétique nette dans un cas assez grave d'oligurie grippale avec épisode pulmonaire inquiétant.

L'obsorption d'aminophylline pure, Caréna, déclenche une diurèse précoce abondante qui abrège le syndrome infectieux et arrête la localisation pulmonaire.

La deuxième observation se rapporte à une cirrhotique, cuisinière, éthylique avérée, qui présente une ascite à son début ; avec Caréna on voit les œdèmes se résorber et l'ascite disparaître presque complètement au bout de vingt jours de traitement.

Ainsi donc dans ces deux cas, l'aminophylline a eu un pouvoir diurétique vraiment puissant.

Caréna est surtout un diurétique déchlorurant, augmentant la diurèse aqueuse, qui atteint facilement deux litres.

Fournier estime que c'est à la très grande solubilité de ce corps qu'il faut attribuer son efficacité, la rapidité de son action, l'absence de toute réaction secondaire et la parfaite tolérance. Des doses variant entre 5 à 8 comprimés lui ont toujours paru suffisantes.

Caréna lui paraît donc un diurétique atoxique d'une efficacité éprouvée.

La pratique du cautère se défend-elle à la lumière des connaissances actuelles ?

M. R. Patry et Naz le montrent dans une communication faite à la Société médicale de Genève (*Schw. medizin. Wochenschrift*, 26 décembre 1936).

Cette pratique jouissait d'une grande vogue au siècle passé jusqu'au début de l'ère pastorienne ; à ce moment la connaissance des microbes a entraîné leur crainte ; avec l'antisepsie et l'asepsie, le cautère est tombé dans l'oubli. Actuellement on attache une grande importance aux troubles fonctionnels des inflammations, aux troubles trophiques ou physiopathiques des lésions. On commence à connaître l'effet et l'importance des substances issues du métabolisme (acétylcholine, histamine, acédosine phosphorique, acides aminés, etc.), produits de désintégration cellulaire. C'est la justification « moderne » de la réintroduction du cautère en thérapeutique : une source prolongée de produits de désintégration métabolique pour l'organisme. Pratiquement, les auteurs ont appliqué la pâte de Vienne, pour créer une escarre chez divers malades atteints de troubles variés : phénomènes douloureux et diminution fonctionnelle chez des fracturés, dans des lésions articulaires, etc., avec de bons résultats et aucun inconvénient. Le cautère ne doit être appliqué que si la lésion initiale est peu importante et si l'état général est bon.

Un moyen efficace et pratique de compenser les effets secondaires de l'adrénaline des solutions anesthésiques

L'adrénaline renforce le pouvoir insensibilisant des solutions anesthésiques et prolonge la durée de leur action par une vaso-constriction qui s'oppose à leur rapide diffusion. Mais la présence de l'adrénaline favorise les hémorragies post-opératoires, à son action vaso-constrictive succédant une vaso-dilatation secondaire. Contre ces accidents hémorragiques le pansement compressif est d'un faible secours et le drainage de la plaie n'est que palliatif. Pour compenser la tendance à l'hémorragie secondaire post-adrénalinique, M. Guigold (*La Clinique*, mai 1936) emploie le coagulène, extrait hématique renfermant les principes coagulants du sang et notamment des plaquettes. Son utilisation systématique pour chacune de ses interventions, soit préventivement par ingestion de coagulène ou injections d'hémo-coagulène, soit *in situ* par injection entre deux points de suture de quelques centicubes d'hémo-coagulène, lui a donné une entière sécurité quant aux suites opératoires.


CARENCES et ETATS de PRECARENCE
en VITAMINE A
RETARDS DE CROISSANCE - ANÉMIES
ANOREXIES - AMAIGRISSEMENT
HYPOTONIES - CONVALESCENCES
GROSSESSE - ADÉNOPATHIES
FLÉTASE
HUILE DE FOIE DE POISSON
RAFFINÉE
SOLUTION HUILEUSE
titrée à
25.000 UNITÉS INTERNATIONALES
DE VITAMINE A PAR CC.
soit 1.000 unités par goutte
Flacon de 10 cc.
POSOLOGIE :
ENFANTS de moins de 5 ans :
I à V gouttes par jour.
de plus de 5 ans :
V à X gouttes par jour.
ADULTES : X à XXV gouttes par jour.
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, rue Jean-Goujon - PARIS (8e)

Echos et Glanures

Rimes d'arrière-saison. — *Quelques jours avant sa mort, le Docteur Paul Le Gendre corrigeait encore les épreuves d'une plaquette qui va paraître prochainement* (Le François, édit.), *et qu'il avait intitulée* RIMES D'ARRIÈRE RAISON. *En voici la dernière pièce que beaucoup ne liront pas sans émotion :*

ULTIMA VERBA

Lecteur, sois indulgent pour mon triste poème,
Mon voyage ici-bas étant presque accompli,
Je veux dire à tous ceux qui m'aiment et que j'aime
« Quand vous aurez de moi reçu l'adieu suprême,
« Ecartez le chagrin d'abord, plus tard l'oubli.
« Et pour vous demander cette double promesse,
« Je choisis le rondeau, qui bannit la tristesse ».

I. — *Pas de chagrin*

Ne me pleurez pas, quand je partirai
Sans avoir conquis ici-bas la gloire.
Arrivé là-haut, quand je subirai
Du juge devin l'interrogatoire,
De tous mes péchés je m'accuserai.
Etant médecin — c'est un fait notoire —
J'ai connu l'Enfer. Si du Purgatoire
Il me faut tâter, Dieu je bénirai.
Comme on dit, ce n'est pas « la mer à boire ».
Ne me pleurez pas !
Hors de mon chemin, j'ai toujours bouté
La Dichotomie et ses noirs mystères.
Je ne suis pas riche, ayant moins traité
De gros financiers que de pauvres hères.
De tous, j'ai voulu sauver la santé,
En prescrivant moins poisons que clystères.
Si, dans mon metier, parfois j'ai fauté,
Que Dieu me pardonne ! Amis et confrères,
Ne me pleurez pas !

II. — *Pas d'oubli*

Mais ne m'oubliez pas, quoique sans me pleurer.
Je n'ai jamais cessé pendant toute ma vie
De chercher avec soin et j'ai pu rencontrer
Quelques êtres de choix, qui m'ont donné l'envie
D'obtenir leur estime avec leur amitié.
Vous tous qui m'en avez jusqu'ici jugé digne,
Après ma mort pensez à moi : car c'est pitié
De mépriser le vin, lorsque morte est la vigne.
Ah ! ne m'oubliez pas !
Que cette allusion par un vieux buveur d'eau
Ne vous paraisse pas comique ou singulière,
Puisque toujours, il faut dans un sombre tableau
Réserver une place au rayon de lumière.
Jeune j'aimais le vin, mais j'ai dû évité
L'abus. Je ne suis pas non plus le fou qu'enivre
L'espoir d'être connu de la postérité.
Je voudrais seulement en mes amis survivre.
Ne m'oubliez dons pas !

Au temps de l'hôpital de la Charité.... — *Le Docteur Cornilleau évoque dans le* JOURNAL DU SIXIÈME (1er janvier 1937), *à propos de la « première coulée de béton » de la nouvelle Faculté, quelques souvenirs où, comme de juste, le Professeur Sergent tient une bonne place :*

.....A l'endroit même où s'élevaient les tribunes pour la cérémonie, je me rappelais le service de Sergent, avec les deux salles Cruveilhier et Corvisart. Quelle vie intense, quelle animation, c'était alors ! Le Professeur Sergent n'était pas encore titulaire de la chaire de Clinique propédeutique et la troupe de « roupiots », de stagiaires et d'externes, attachés à son service, était loin d'atteindre les effectifs imposants qui se pressent maintenant à Broussais.

C'était au lendemain de la guerre. Nombre d'étudiants, non démobilisés, portaient fièrement l'uniforme de médecin auxiliaire ou d'aide-major. Sergent aimait bien ses élèves, mais il les rudoyait souvent, et d'autant plus qu'il avait de l'affection pour eux. Car il a la violence des grands sensibles. Lui qui avait connu les temps héroïques où les patrons arrivaient dans le service à 7 heures du matin n'admettait pas qu'on fût en retard. Et pas davantage que, pendant la visite, on « fît soviet », comme il disait, entre les lits des malades.

Parfois, il se faisait un malin plaisir de prendre la liste des stagiaires et de faire lui-même l'appel. Malheur aux retardataires ! A leur arrivée, ils étaient foudroyés du regard et de la voix par le « patron » et, pendant la visite, mis sur la sellette, tournés, retournés, interrogés...

— Ausculte ce cœur... Qu'est-ce que tu entends ?

— ...

— Rien, naturellement. T'es trop bête ! Et tu veux devenir médecin... Tu ferais mieux d'aller pêcher à la ligne, le long de la Seine... Et toi ?...

— J'entends un troisième bruit...

— Bon ! Et comment cela s'appelle ?

— ...

— S'pèce de cancre ! Je l'ai déjà expliqué vingt fois. Je le redis pour les imbéciles comme ton voisin qui, d'ailleurs, ne m'écoute pas : c'est le bruit que fait le cheval du garde républicain qui galope pour aller remettre un pli officiel... Le bruit de galop !

Et Sergent continuait, de lit en lit, vrillant dans les têtes les plus étourdies, le mot, l'image, qui obligeait à retenir le signe clinique.

— Si vous ne reteniez qu'une chose par jour, avait-il coutume de dire, au bout de plusieurs années, vous seriez des savants ! Mais, cette chose, il faut l'apprendre, la voir, la fixer dans votre esprit, afin de pouvoir l'utiliser ensuite.

Ah ! le merveilleux clinicien et admirable enseigneur ! J'ai entendu de nombreux orateurs. Je n'en connais pas qui possède, au même degré que Sergent, le talent d'exposer une question, de l'inonder de clarté, d'en préciser les termes avec autant de netteté et de relief.

Il faisait ses leçons dans le petit amphithéâtre, semblable à un cirque en réduction, qui portait le nom de Potain, l'illustre cardiologue de la Charité. Aux murs, étaient inscrits d'autres noms de médecins célèbres qui avaient professé dans cette modeste enceinte. Sergent s'asseyait au centre, dans la piste. De son regard pénétrant, il fixait l'auditoire, « reconnaissait les siens » ; puis, avec un rien de gouaille parisienne dans la voix, il vous

faisait passer une heure qui était un enchantement pour l'esprit : la main, longue et fine, habituée aux palpers délicats et aux percussions subtiles, soulignait certains passages, comme si elle faisait voir la lésion décrite par l'organe souffrant. Et le geste ajoutait de la lumière et de l'autorité à la leçon... C'était le maître, dans tout le prestige d'une personnalité qui s'imposait à nous avec sa vigueur originale et dominatrice.

Il avait alors pour interne Henri Charpin, un Provençal intelligent et distingué, dont l'un des frères, Frédéric Charpin, écrivain de talent, avait dirigé le *Bulletin de la Semaine* avec Imbart de la Tour et Raoul Narsy, et fut tué à la guerre. Puis, Francis Bordet, qui est resté l'un des fidèles collaborateurs de Sergent à l'hôpital Broussais. Puis, Jacques de Massary, neveu du « patron » bien connu et lui-même spécialiste de neurologie. Que d'agréables conversations, d'échanges d'idées et d'impressions entre les visites ! Impatiente de vie et d'avenir, toute une jeunesse montait, qui avait l'illusion que l'après-guerre lui offrirait une existence plus facile et des perspectives séduisantes... Un peu âpre, mais clairvoyant, Sergent s'efforçait de redresser bien des idées fausses et des jugements inexacts. Car il est de ces maîtres de la grande tradition médicale qui ne conçoivent pas seulement le médecin comme un technicien, même supérieur, mais comme un homme, au sens le plus humaniste du mot.

Les pharmaciens et le nouveau Codex. — Aux termes des articles 32 et 38 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens doivent se conformer aux formules du Codex. Des éditions nouvelles du Codex ont été plusieurs fois publiées depuis l'an XI ; la dernière édition est de 1935.

Par arrêté du 14 novembre 1935, le ministre de l'Education nationale a décidé que les pharmaciens et les médecins autorisés à délivrer des médicaments seraient tenus de se pourvoir de la nouvelle pharmacopée dans un délai de six mois après sa publication. Mais un pharmacien a déféré l'arrêté ministériel au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir. Il a allégué qu'en obligeant ses confrères et lui-même à acheter le nouveau Codex — qui coûte 200 francs — le ministre a pris une mesure excessive qu'il appartiendrait au législateur seul d'édicter. Il a ajouté que cette mesure serait d'ailleurs entachée de détournement de pouvoirs, par le motif qu'elle aurait pour objet réel d'assurer la vente du codex.

Mais le Conseil d'Etat, sur le rapport de M. Olivier de Sardan et conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Detton, a rejeté le pourvoi. Il a estimé que la prescription de la loi de l'an XI implique *par elle-même* l'obligation pour les pharmaciens de se pouvoir du codex, dont ils doivent observer les formules. Toutefois l'arrêt contient une disposition qui intéresse particulièrement l'ensemble de la corporation, car il déclare que l'arrêté ministériel attaqué ne comporte par l'obligation d'acheter le nouveau codex, mais seulement celle d'être muni d'un codex mis au courant des nouvelles formules. (*Le Temps*).

Bilan de l'action médicale pendant la campagne d'Afrique orientale. — *Le Professeur Aldo Castellani l'établit dans un article publié par le* BRUXELLES-MÉDICAL (27 décembre 1936). *Voici ses conclusions :*

Pendant la guerre italo-éthiopienne, comme avant et après cette période, l'état de santé de la la troupe a été constamment brillant.

En effet, — ce qui, à première vue pourrait paraître incroyable — la morbidité et la mortalité totales parmi les soldats de l'armée d'Afrique orientale, ont été inférieures à la morbidité et à la mortalité des troupes restées dans la métropole.

Ce fait est remarquable et peut-être unique dans l'histoire, si l'on songe que généralement les événements ont surabondamment prouvé que les troupes de race blanche sont très sensibles aux épidémies tropicales et que la mortalité, en général très forte dans le passé, fut due bien plus aux affections à protozoaires et à parasites qu'au feu de l'ennemi.

En 1890, au Tonkin, l'armée française, sur un total de 8.505 combattants, a perdu 1.125 hommes par maladie.

Lors de l'expédition à l'île de Madagascar, en 1895, du mois de mars au mois de décembre (dix mois), un tiers des combattants de race blanche a trouvé la mort à la suite d'affections tropicales. Sur un total de 9.600 hommes l'on a dû enregistrer 3.417 décès par maladie. Parmi les effectifs de la Marine, sur un total de 3.250 hommes, le nombre des décès s'est élevé à 772.

Pendant les opérations militaires au Cameroun, les Allemands enregistrèrent une mortalité, due aux affections tropicales, supérieure à 112 pour mille, tandis que dans la métropole, la mortalité n'était que de 5 pour mille (3).

Lors de la guerre contre les Boers, le nombre des décès dus aux maladies, a été le double de celui des morts à l'ennemi.

Pendant la guerre italo-éthiopienne le nombre des décès par maladie a été bien inférieur au total des décès dus au fait de guerre.

C'est ainsi que, du 3 octobre 1935 au 10 mai 1936, on relève :

Tombés à l'ennemi ou décédés des suites de blessures :

Officiers	=	119
Troupe	=	980
Total	=	1.099

Décès par maladies :

Officiers	=	22
Troupe	=	577
Total	=	599

A noter encore que, suivant les statistiques de l'Etat-Major italien, les décès dus aux traumatismes et aux accidents, hors le fait des combats proprement dits, ont été comptés dans la rubrique des décès aux maladies en effet, le nombre exact de décès dus aux maladies est de 516 ; les 83 autres sont dus à des accidents et à des traumatismes survenus en dehors des combats.

Qu'il soit permis, en terminant, de citer le compte rendu fait par le correspondant de l'United Press, Mr. James L. Rohrbaugh (*United Press Red Letter*, New-York, July, 11-1936) :

« Dans les armées abyssines, les malades étaient extrêmement nombreux : les dysentériques dépassaient la moitié du chiffre des effectifs. Le scorbut ravageait l'armée du secteur Sud ; la variole décimait l'armée du Ras Mulughietà sur le front nord. A Dessié, la pneumonie faisait rage parmi la troupe. Le typhus exanthématique se transportait d'un camp à l'autre et faisait de nombreuses victimes, en peu de temps. Le paludisme et la fièvre récurrente étaient généralisés partout. Des femmes et des enfants partirent par milliers avec les soldats pour le front, mais bien peu d'entre eux ont regagné leurs foyers, parce qu'ayant succombé à la maladie. »

L'article de M. James L. Rohébaugh se terminait par la conclusion suivante :

« Il n'est pas exagéré d'affirmer que parmi les causes qui ont contribué le plus au grand succès de l'armée italienne, doit figurer l'état de santé des troupes, état de santé dû, en ordre principal, à l'organisation parfaite du service médical.

« La science médicale a pu amener des contingents extraordinairement nombreux de soldats de race blanche à supporter les attaques d'un climat malsain, dans les plus mauvaises conditions, tout en restant dans un état sanitaire de loin supérieur à celui des indigènes acclimatés pourtant en ce milieu depuis des centaines d'années. »

La mobilisation civile des médecins en Allemagne. — Dans le cadre de la mobilisation civile, les médecins allemands devront désormais acquérir toutes les connaissances qui seront exigées d'eux en cas de guerre. A cet effet, des centres d'instruction pour les médecins des grandes villes seront créés en 1937. Pour Berlin, ces centres seront à Rostock, Greifswald et Lubeck.

De même, les médecins de Hambourg feront leur stage à Stettin et ceux de Stettin à Hambourg. Les médecins qui suivront ces cours de perfectionnements seront logés dans des

« maisons de médecins » dont on va commencer incessamment la construction.

On étudie des mesures analogues pour les médecins des petites villes et de la campagne. (*Le Temps*).

Le déclin démographique des civilisés en Europe et hors d'Europe. — *Sous ce titre, un article de M. G. Mesnard dans* LA NATURE (1er janvier 1936). *En voici un extrait* :

Tous les pays de civilisation dite européenne ou occidentale, c'est-à-dire industrielle, du monde entier, quelle que soit la couleur de l'épiderme de leurs habitants, sont en déclin démographique plus ou moins avancé.

Ce fait démontré plus loin, peut paraître d'autant plus surprenant que, à part le Japon surpeuplé, il s'agit le plus souvent de pays neufs, à très faible densité démographique (celle de l'Australie n'est que le double de celle du Sahara, malgré la présence de deux très grandes villes, Sydney et Melbourne !) et, à part les Etats-Unis et ce même Japon, non surindustrialisés.

Ainsi donc les deux grandes raisons qui, en Europe sont cause de la dénatalité — la surpopulation, causée elle-même par la surindustrialisation, laquelle n'était justifiée que lorsqu'un petit nombre de pays européens approvisionnaient le monde entier en produits fabriqués — ne jouent pas, à une ou deux exceptions près, hors d'Europe.

Mais deux autres, au moins aussi puissantes, interviennent : la sururbanisation et la socialisation.

. . . .

Qu'est-ce que la dénatalité au sens démographique ?

Dans le jargon du démographe — lequel, mathématicien de profession, est, presque toujours, soucieux d'exactitude tant verbale que de compte — ce terme désigne très précisément la diminution de la natalité. Il faut ajouter immédiatement que, dans l'esprit dudit démographe, il s'agit d'une diminution permanente, ou au moins de longue durée, et non pas d'une diminution accidentelle, passagère, comme il s'en produit constamment au cours de la vie d'un groupement humain.

Mais, ce n'est là que déplacer la question : qu'est donc la natalité, au sens démographique de ce terme ? L'interrogation n'est pas, hélas, superflue, certains démographes — appuyés d'ailleurs par le Larousse — donnant à cette expression, le sens de « rapport entre le nombre des naissances et le chiffre de la population pendant un temps déterminé ». Cela n'empêche d'ailleurs pas ces mêmes démographes de désigner dans le même temps ce même concept par l'expression plus longue, mais plus exacte de « taux de natalité ».

Sans insister sur l'incomplet et l'imprécision de la définition précitée, il est cependant permis de regretter que le vocabulaire de cette science, dans la patrie de Descartes et de Deparcieux (1), ne soit pas fixé — nettement et commodément — précisément sur l'objet fondamental de la science démographique.

Aussi, pour éviter, d'une part une dualité d'expression inutile, de l'autre, l'absence d'un vocable court et commode pour désigner un nombre dont il sera souvent question dans cette étude, celui des naissances annuelles, il sera fait ci-après, en attendant, qu'un congrès le ratifie ou le modifie, usage des mots définis ainsi.

Natalité. — Nombre de naissances unitaires (2) vivantes (3) du groupement humain considéré pendant l'année considérée. Exemple : la natalité de la France métropolitaine (Corse comprise) est en 1935 de 639.000 (aux unités près).

Dénatalité. — Diminution de la natalité.

Nativité. — Quotient, rapporté à 1.000, de la natalité par la population moyenne (ou celle au 30 juin), du groupe considéré en l'année considérée. Ainsi, la nativité française a été de 15,2 pour 1.000 en 1935.

Denativité. — Diminution de la nativité.

Dépopulation (naturelle). — Déficit de la natalité par rapport à la mortalité, celle-ci étant le nombre de décès du groupe humain considéré pendant l'année sous revue (3).

(1) Créateur, au XVIIIe siècle, de la première table de mortalité digne de ce nom.

(2) Quelques pays enregistrent dans leurs statistiques les « accouchements » qu'ils soient simples ou multiples.

(3) Il peut y avoir dépopulation de fait pour d'autres causes : guerres, épidémies, émigration.

Ainsi un examen un peu plus serré du phénomène de dénatalité révèle trois quantités différentes au lieu d'une seule :

La *dénatalité* commence par la *dénativité*, se continue par la *dénatalité* proprement dite et aboutit à la *dépopulation*.

Encore un témoignage de médecin sur l'U. R. S. S. — *G. de la Fouchardière rapporte dans l'*ŒUVRE (9 janvier 1937), *un autre témoignage de médecin, le Docteur Gabelle qui, lui aussi, est allé en Russie* :

. . . . . Je n'ai pas la prétention de connaître l'U. R. S. S. et je ne tirerai pas de conclusions définitives à la Gide ou à la Céline. Je dis simplement qu'étant donné ce que j'ai vu là-bas, personne n'a le droit de nier qu'il s'y construit quelque chose de très beau et de très grand. M'attachant particulièrement à des œuvres sociales, j'ai visité des hôpitaux, des polycliniques, des crèches, des maisons de relèvement de prostituées et cet admirable *Bolchevo*.

Polycliniques, hôpitaux, crèches, où tous les soins sont gratuits assurés par un Corps médical et des infirmières admirablement éduquées... Maisons de relèvement de prostituées, où j'ai vu des femmes travaillant dans une atmosphère de douceur et de bonté, et dont quelques-unes sont devenues depuis leur renaissance à la vie normale médecins ou ingénieurs... *Bolchevo*, village de prisonniers libres, dirigé par un soviet d'anciens condamnés de droit commun réhabilités.

Et puis, vous qui aimez les enfants, vous auriez admiré comme moi ces splendides œuvres de l'enfance, crèches et parcs d'enfants où, dans la joie, vivent de magnifiques petits êtres dont je ne veux pas savoir s'ils sont bolcheviks ou bourgeois, mais qui pour moi sont l'image de l'enfance heureuse. Tous les enfants sont heureux en U. R. S. S., La Fouchardière, comprenez bien ce que cela veut dire, vous qui les aimez...

Les Livres de la semaine

OMBREDANNE (L.) et MATHIEU (P.). — **Traité de chirurgie, orthopédique. T. I. (Physiologie, Pathologie et Thérapeutique générale)**. 902 p. 433 fig. Br. : 270 fr. Rel. : 300 fr. (*Masson et Cie*).

LAPICQUE (Louis). — **L'excitabilité itérative**. 1re partie. Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 416, 68 p. Br. : 18 fr. (*Hermann et Cie*).

« Il est curieux de constater que malgé la législation révolutionnaire et celle qui en découle, la médecine chez nous conserve beaucoup des traditions et des règles héritées de l'ancienne corporation.

La méthode clinique, base de notre enseignement, le code déontologique, guide de la pratique médicale, constituent les caractères spéciaux de la médecine française qui lui donnent sa valeur et qui la font respecter sinon envier de nos voisins. »

(Dr Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation, son rôle dans la société moderne. 1 vol. Editions Delmas).

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville | LE NUMÉRO : 50 Centimes | N° 4 — 23 JANVIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE | PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — M. Polonowski, professeur de chimie organique et biologique à la Faculté de Lille (1re classe) est transféré, à compter du 1er janvier 1937, dans la chaire de chimie médicale de la Faculté de Paris (dernier titulaire, M. Desgrez).

— *Thèses de médecine.* — 26 janvier. — M. MIGNON. Les méningites à pneumocoques III. — M. CACHIN. L'intervalle libre dans les contusions à la rate.

27 janvier. — M. MERCIER. L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques. — M. MAURICE ANDRÉ. Etude de l'appendicite sous-hépatique avec cæcum recurvatiun. — H. TCHERRAKHOVSKY. Etude de la fonction soufrée des glandes surrénales.

28 janvier. — M. LE MOUAL. Etude de primo-infection tuberculeuse de l'adulte de race blanche. — M. RASAMOCLYLALA. Les rayons de grandes longueurs d'onde et leur action sur l'œil.

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. Couvelaire). — *Stage et cours de perfectionnement du 1er février au 13 mars.* — Ce cours dirigé par Professeur Couvelaire avec la collaboration de MM. Rudaux, Devraigne, Le Lorier, Levy-Solal, Levant, Guéniot et l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, Marcel Pinard et Laporte, Aurousseau, Powilewicz, Chabrun, Mme Anchel-Bach et Fayot-Petit-Maire, MM. R. Couvelaire, Lepage et Coen, François et Leblanc, Mme Kreis et Landrieu, MM. Grasset et Hanoun, Mouchotte, est réservé aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

A) *Stage clinique.* — Le stage comporte : *a*) des exercices cliniques individuels (examen des femmes gravides, parturientes ou accouchées, avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique. — *b*) L'assistance aux présentations de malades et aux discussions d'observations cliniques par le Professeur COUVELAIRE.

B) *Conférences.* — Technique générale de l'accouchement et de la délivrance (M. LEPAGE). — Diagnostic de la gestation pendant les premiers mois (M. DIGONNET). — Hémorragies au cours de la période de délivrance (M. LE LORIER). — Avortement (Mme FAYOT-PETIT-MAIRE). — Le colibacille en obstétrique (M. RUDAUX). — Môle vésiculaire et chorio-épithéliome (M. DIGONNET). — Physiologie et pathologie de l'appareil urinaire pendant la gestation (M. R. COUVELAIRE). — Albuminurie ; hypertension, rétention chlorurée au cours de la gestation (M. LEVY SOLAL). — Eclampsie à forme convulsive et à forme hémorragique (M. LEVY-SOLAL). — Vomissements graves (M. DIGONNET). — Pathologie de la contraction utérine. Anomalies de la dilatation du col utérin (M. SUREAU). — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta (M. RAVINA). — Diagnostic des viciations pelviennens (M. DESNOYERS). — Thérapeutique de viciations pelviennes (M. DESNOYERS). — Anomalies de situation de l'utérus gravide (M. SUREAU). — Ruptures utérines (M. DEVRAIGNE). — Suites obstétricales des opérations gynécologiques (M. GUENIOT). — Traitement des infections puerpérales (M. SUREAU). — Gestations multiples (M. RAVINA). — Tuberculose et fonction de reproduction (M. LACOMME). — Gonococci et fonction de reproduction (Mme ANCHEL-BACH). — Syphilis et fonction de reproduction (diagnostic clinique et sérologique ; prophylaxie et traitement (M. Marcel PINARD). — Causes essentielles de la mortalité infantile. Prophylaxie des morts fœtales pendant la gestation (M. LACOMME). — Prophylaxie des causes de mort du nouveau-né après la naissance (M. LACOMME). — Traumatismes fœtaux. Mort apparente du nouveau-né (Mme ANCHEL-BACH). — Indications opératoires chez les nouveau-nés (M. AUROUSSEAU). — Allaitement au sein des enfants normaux et prématurés (M. POLWILEWICZ). — Allaitement artificiel (M. CHABRUN). — Obstétricie sociale, (M. le Prof. COUVELAIRE).

C) *Opérations obstétricales.* (Démonstrations ; Exercices pratiques individuels ; Présentations de films cinématographiques). — Indications des applications de forceps (M. SUREAU). — Forceps dans les variétés directes (O. P.-O. S.) (M. COEN). — Forceps dans les variétés obliques antérieures (M. COEN). — Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures (M. COEN). — Forceps dans les présentations de la face et du front (M. COEN). — Présentation du siège et extraction (M. GRASSET). — Présentation de l'épaule et version par manœuvres internes (M. GRASSET). — Basiotripsie (M. LEPAGE). — Embryotomie rachidienne (M. LEPAGE). — Dilatation artificielle du col (M. LANDRIEU). — Hystérotomies par voie vaginale (M. DIGONNET). — Césarienne corporéale (M. SUREAU). — Césarienne basse (M. PORTES). — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (M. PORTES). — Hystérectomies intra et post-partum (M. PORTES). — Pelvitomies (M. DESNOYERS). — Délivrance artificielle. Traitement de l'inversion utérine (M. DIGONNET). — Réparation des déchirures vaginales, périnéales et cervicales (M. SUREAU). — Chirurgie des tumeurs compliquant la gestation et la parturition (M. SUREAU). — Chirurgie des gestations ectopiques (M. SUREAU).

Droit d'inscription : 300 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — *Chirurgie de la tête et du cou.* — TROISIÈME COURS, par M. BAUMAN, prosecteur, avec la collaboration de M. F. BÉRARD, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, sous la direction de M le Professeur F. LEMAITRE. Ouverture du cours le lundi 19 avril 1937, à 14 heures.

Première leçon : Chirurgie des oto-mastoïdites et de leurs complications encéphaliques. — *Deuxième leçon* : Complications veineuses des oto-mastoïdites. Ligature de la jugulaire interne. Ligature de la carotide externe. — *Troisième leçon* : Chirurgie des sinus de la face. Rhinotomies. Résection du maxillaire supérieur. — *Quatrième leçon* : Chirurgie du maxillaire inférieur et de l'articulation temporo-maxillaire. — *Cinquième leçon* : Chirurgie des glandes parotide et sous-maxillaire. — *Sixième leçon* : Trachéotomies et laryngectomies. — *Septième leçon* : Pharyngotomies. Œsophagotomies externes. — *Huitième leçon* : Chirurgie de la langue. Curage ganglionnaire du cou. — *Neuvième leçon* : Chirurgie du corps thyroïde. — *Dixième leçon* : Chirurgie du sympathique cervical. Neurotomie rétro-gassérienne.

— *Chirurgie du thorax, de la glande mammaire et de l'appareil génital de la femme.* — QUATRIÈME COURS, par MM. HEPP et

Poilleux, prosecteurs, sous la direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 3 mai 1937, à 14 heures.

Première série. — 1° Ablation des tumeurs bénignes du sein. Traitement chirurgical du cancer du sein. — 2° Pleurotomie avec ou sans résection costale. Phrénicectomie. — 3° Thoracoplasties partielles (ablation de la première côte) et totales. Voies d'abord du cœur. — 4° Chirurgie thoraco-abdominale. Traitement des hernies diaphragmatiques. Thoracophréno-laparatomie. — 5° Traitement chirurgical des déviations utérines. Périnéorraphie. Colpectomies.

Deuxième série. — 1° Traitement des fistules vésico-vaginales et urétéro-vaginales. Hystérectomie vaginale. — 2° Hystérectomie fundique. Myomectomie. Ablation unilatérale des annexes. — 3° Hystérectomie supra-vaginale : ses différents procédés. — 4° Hystérectomie totale. — 5° Colpo-hystérectomie pour cancer utérin.

— *Chirurgie du tube digestif.* — Cinquième cours, par M. H. Billet, prosecteur sous la direction de MM. les Professeurs A. Gosset et Pierre Duval. Ouverture du cours le mardi 18 mai 1937, à 14 heures.

Première partie. — 1° Chirurgie de l'œsophage. Œsophagotomie. Traitement des diverticules et du méga-œsophage. — 2° Voies d'abord et d'exploration de l'estomac. Gastrostomie : méthodes de Fontan et de Witzel. Gastropexie. — 3° La gastro-entérostomie. — 4° Les résections partielles pour ulcère de l'estomac et du duodénum. Traitement des sténoses médio-gastriques. — 5° Des gastrectomies pour ulcère et pour cancer de l'estomac : opérations de Péan, Billroth, Kocher, Polya, Finsterer.

Deuxième série. — 1° Anastomoses intestinales : duodéno-jéjunostomie, iléocolostomie. — 2° Résections intestinales. Appendicectomie. Colopexies. — 3° Chirurgie du côlon droit et du côlon transverse : cæcostomie, hémicolectomie droite. — 4° Chirurgie du côlon gauche. Colectomies en un ou deux temps. Fermeture des anus artificiels. — 5° Ablation abdominale des cancers recto-sigmoïdiens. Ablation périnéale du rectum.

— *Chirurgie des membres.* — Sixième cours, par M. J. Vuillième, prosecteur, sous la direction de M. Mathieu, professeur. Ouverture du cours le lundi 31 mai 1937, à 14 heures.

1° *Chirurgie vasculaire.* — Ligatures artérielles. Sympathicectomie. Artériectomie. Traitement des anévrysmes artériels et artério-veineux.

2° *Traitement des plaies des tendons* (tendons extenseurs et fléchisseurs). Sutures et greffes tendineuses.

3° *Voies d'abord de l'avant-bras et du poignet.* — Traitement opératoire des fractures des deux os de l'avant-bras et des traumatismes du carpe. Résection du poignet.

4° *Voies d'abord du coude.* — Traitement opératoire des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'olécrâne et de l'extrémité supérieure du radius. Résection du coude.

5° *Voies d'abord de la diaphyse humérale et du nerf radial. Plaies des nerfs.* — Sutures et greffes nerveuses.

6° *Voies d'abord de l'épaule.* — Traitement opératoire des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de l'épaule. Traitement des luxations récidivantes et des luxations anciennes de l'épaule. Traitement de la luxation acromio-claviculaire.

7° *Voies d'abord du cou-de-pied et du calcanéum.* — Traitement des fractures récentes et des cals vicieux du cou-de-pied. Astragalectomie. Traitement des fractures du calcanéum.

8° *Voies d'abord de la diaphyse fémorale et du genou.* — Traitement opératoire des fractures de la diaphyse fémorale de l'extrémité inférieure du fémur et de la rotule. Méniscectomie. Résection du genou.

9° *Voies d'abord de la hanche.* — Butée. Arthrodèses. Résections arthroplastiques. Traitement opératoire des fractures et des pseudarthroses du col du fémur.

10° *Traitement des pseudarthroses et des cals vicieux en général. Traitement des fistules osseuses.*

— *Chirurgie d'urgence.* — Septième cours : par M. J. Boudreaux, prosecteur, sous la direction de M. le Professeur Grégoire. Ouverture du cours le lundi 14 juin 1937, à 14 heures.

Première série. *Membres, crâne, cou, thorax.* — 1° Plaies accidentelles. Sutures des muscles, tendons, nerfs, vaisseaux. — 2° Abcès et phlegmons en général. Phlegmons de la main. Panaris. Ostéomyélite aiguë. — 3° Amputation des membres pour lésions traumatiques. Arthrotomies. Traitement des fractures ouvertes. — 4° Traumatismes du crâne. Trépanations. Opération d'Ody. — 5° Trachéotomie. Plaies du larynx et de la trachée. Phlegmons du cou. Pleurésies purulentes. Plaies de poitrine. —

Deuxième série. *Abdomen.* — 1° Hernies étranglées (inguinale, crurale, ombilicale). — 2° Appendicite. Ulcère perforé. Gastro-entérostomie. Sutures intestinales. — 3° Splénectomie. Gastrostomie. Cholécystectomie. Traitement des pancréatites aiguës. — 4° Anus cæcal, anus iliaque. Iléosigmoïdostomie. — 5° Phlegmon périnéphrétique. Néphrostomie. Néphrectomie. Cystostomie.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des prosecteurs.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 francs pour chacun de ces cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Société de Stomatologie de Paris. — *Election du bureau pour* 1937 : président, Docteur Régis ; vice-présidents, Docteur Gornouec (Paris), Docteur Duclos (Lyon) ; secrétaire général, Docteur Lacaisse ; secrétaires annuels, Docteur Friez, Docteur Normand ; archiviste, Docteur J. Chatellier ; trésorier, Docteur A.-J. Martin ; commission des candidatures, Docteurs Lacronique, Dauguet, Psaume.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Prix Albert-Robin.* — Le prix Albert-Robin, d'une valeur de 25.000 francs, fondé par M. André Robin, en souvenir de son père le Professeur Albert-Robin, est destiné à récompenser un travail ou un ensemble de travaux d'un auteur français concernant l'hydrologie ou la climatologie médicales et paru dans les huit années précédentes.

Ce prix sera décerné pour la première fois à la deuxième séance de décembre 1938.

Les candidats sont priés d'adresser leurs travaux en double exemplaire avant le 30 juin 1938, au secrétaire général de la Société d'hydrologie, Docteur Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe) et Saint-Nectaire.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins capitaines : Hubert, de la base d'aér. d'Epinal, à la base d'aér. de Metz ; Devy, de la base d'aér. de Metz, au 81e d'inf. ; Rumeau du 117e d'art., à l'hôp. du camp de Mailly ; Rouquet, du 501e chars, au 3e hussards.

Congrès international de haute culture médicale. — Le Huitième congrès international de haute culture médicale aura lieu à Alger du 25 mars au 6 avril.

Les sujets traités seront les suivants : maladies tropicales, subtropicales, infectieuses ; syphiligraphie ; affections cardio-vasculaires, maladies du sang ; médecine générale ; médecine sociale.

Le bureau est ainsi composé : président, Professeur Hardy, recteur de l'Académie d'Alger ; vice-président d'honneur, Professeur Leblanc, doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; président de la section scientifique, Professeur Brumpt ; vice-président, Professeur Dustin (Bruxelles). Les présidents de section seront le sénateur Maragliano (Gênes) ; le Docteur Milian, le Professeur Levaditi, le Professeur Laubry, lord Moynisham of Leeds (Londres), le Docteur Hazemann. Les Universités représentées sont au nombre de cinquante.

Tous renseignements peuvent être obtenus à la Société internationale des wagons-lits ou au secrétariat du Congrès (L. W. Tomarkin, secrétaire, institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Cercle Grasset. — Le Cercle Grasset groupe des médecins et des membres de la Famille médicale qui veulent réaliser sur le terrain qui leur est propre les aspirations vers un renouvellement des choses de la cité et vers une renaissance spirituelle.

Pour adhérer au Cercle Grasset, adresser une demande à l'un, des secrétaires : le Docteur Etienne de Véricourt, 7, rue de Lesdiguières, Paris (IVe) ou le Docteur Robert Cornilleau, 62, rue Madame, Paris (VIe). Cotisation : 20 francs par an.

Le prochain dîner-causerie du Cercle Grasset se tiendra le samedi 23 janvier, à 19 h. 30, à l'Escalope Milanaise, 9 *bis*, boulevard du Montparnasse, sous la présidence de M. Raymond-Laurent.

Le Docteur René Barthe parlera des *problèmes médicaux des grandes entreprises* et notamment du *Médecin d'usine*. — Prix du dîner, 22 francs. Service compris.

Association française des médecins amis du miel et des produits de l'apiculture. — Sous la présidence du Docteur René Moreaux, directeur du laboratoire de recherches apicoles de l'Université de Nancy, un groupement médical se forme destiné à répandre dans le Corps médical et le grand public « la juste compréhension de la haute valeur alimentaire, voire thérapeutique du miel pur », à lutter contre les falsifications de ce produit, à collaborer par ses travaux à toutes les questions scientifiques, provoquées par la culture des abeilles, le miel, et les produits divers de l'apiculture.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : Docteur Henry Chaumartin, 1, Port de l'Ecu, à Vienne (Isère).

Association pour le développement des relations amicales (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le *vendredi 29 janvier*, à 17 heures, salle du Conseil, Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Dr Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

IL Y A CENT ANS

Une leçon de Broussais sur la grippe. — On parle de grippe. Au début de 1837, on en parlait aussi, l'épidémie avait débuté en Angleterre fin décembre et avait gagné d'autres pays. Si bien que tous les journaux de l'époque font allusion à cette maladie, en discutent. Parmi tous ces écrits où apparaissent souvent des idées cocasses, le moins curieux n'est pas celui de Broussais, texte d'une leçon qu'il fit à l'Ecole et dont voici la partie Traitement, d'après la *Gazette des Hôpitaux* du 14 mars 1937 :

L'a-t-on traitée ? On l'a traitée conformément à la manière dont on l'avait diagnostiquée. Dans les cas les plus légers, on avait obtenu de bons effets des diaphorétiques, de l'infusion de bourrache, de coquelicots, etc., remèdes qui ont un effet salutaire lorsqu'une maladie tend à se terminer par les sueurs ; remèdes qui portent vers la peau. Quand l'estomac est sensible, il ne faut pas donner de sudorifiques, mais bien des adoucissements. Comme les sudorifiques n'étaient pas forts, il n'y a pas trop de reproches à faire à ces messieurs. Seulement, il faut leur adresser le reproche d'avoir dit qu'il ne faut jamais saigner la grippe.

Ensuite sont venus les accidents graves. Quelques autopsies alors ont démontré les lésions, et ils ont été obligés, en se rappelant le mot complication, d'avouer que quelquefois la saignée est néces-

saire. Mais voici comment ils s'en tirent : ce n'est pas pour la grippe qu'il faut saigner : jamais on ne saigne pour la grippe ; c'est pour les complications. Voilà comme on trompe le malheureux jeune homme qui écoute ces leçons. On lui dit : vous ne saignerez que quand la grippe aura dégénéré en une maladie plus grave. Cela veut dire, vous attendrez que le malade soit en danger pour le traiter ; vous attendrez que le mal soit irrémédiable pour vous y opposer.

On a fini par convenir qu'il fallait traiter suivant les symptômes. Et pourquoi est-on convenu de cela ? Parce qu'il y avait beaucoup de morts ; parce que les corbillards se sont multipliés dans les rues de Paris, et cela parce que l'on n'a pas vu que l'inflammation superficielle, la grippe, devenait plus grave ; on a été obligé de changer de langage.

Les uns, les plus antagonistes, disent : la grippe ne tue pas, ce sont les complications qui tuent ; les autres, de meilleure foi, disent : oui, la grippe peut dégénérer et peut devenir mortelle.

Il y a, en général, en médecine, des exclusifs et des éclectiques. Ecartez, s'il vous plaît, Messieurs, toute idée d'application. Je suis parfois un peu vif, un peu violent lorsque mon sujet m'entraîne ; mais je suis très doux, très philanthrope ; je n'ai aucune haine contre ceux que je combats dans mes leçons. Voici les distinctions que je crois devoir faire.

Les exclusifs sont de deux sortes.

Les uns ont saigné quand il y avait fièvre ; les autres n'ont jamais saigné.

Ceux qui ont saigné ont toujours guéri ; mais quelquefois, ils ont saigné sans nécessité ; la maladie se serait terminée sans le secours de la saignée, dans la majeure partie des cas. Mais enfin, en saignant, ils ont prévenu les cas funestes qui auraient pu suivre.

Les autres n'ont jamais saigné, et quand il a été question de mettre en doute si leur pratique avait été bonne, il n'était plus temps d'essayer. J'ai été appelé en consultation pour des cas semblables, et j'ai dit : pourquoi n'avez-vous pas saigné ? Ah ! c'est que le sujet est faible ; c'est que c'est un vieillard. — Quel âge a-t-il donc ? 54 ans ; et vous appelez cela un vieillard ? et vous n'osez pas le saigner ? Mais nous saignons des hommes de 90 ans ; nous saignerions des hommes de 100 ans, s'il le fallait.

Vous jugerez d'après cela quel dut être le résultat de ces deux systèmes exclusifs. Ceux qui ont saigné tout le monde ont saigné inutilement, ont saigné beaucoup trop, mais leurs malades ont guéri. Les autres n'ont voulu saigner personne, et ont eu beaucoup de victimes. Voilà la cause de ces promenades de corbillards que vous avez vues dans Paris ; c'est le jugement prématuré.

Maintenons passons aux éclectiques.

Qu'ont-ils fait, les éclectiques ? Ils aiment le mélange. Ce sont des faiseurs d'amalgames et de macédoines. Ils aiment le mélange des herbes avec assaisonnement. Ils n'aiment pas le mot inflammation qui leur donne des suffocations. Ils n'ont pas caractérisé la grippe ; ils ont aimé mieux un assemblage. Ils ont fait une entité composée d'éléments divers, d'éléments morbides. Qu'appellent-ils éléments morbides ? C'est ce qui fournit l'indication d'un traitement ; un élément morbide n'est autre chose que l'indication d'un traitement, l'indication à l'antique, bien entendu. Coloration vive de la langue ; chaleur de la peau ; indication d'une saignée. Enduit muqueux de la langue ; indication d'un vomitif. Sentiment de faiblesse ; indication de tonification.

Voilà ce que c'est que la médecine éclectique. Les éclectiques ne sont pas la même chose que les exclusifs ; ils ont dit : couleur rouge, couleur jaune, couleur orangée ; vomitif, saignée, tonifiants, adoucissants, etc... Aller plus loin, ajoutent-ils, ce ne serait pas philosophique. C'est là, Messieurs, la vieille routine, la vieille école de Montpellier.

Aujourd'hui, le malade est jaune ? Purgez, faites évacuer la bile ! Demain, il a été trop excité ? Saignez ! Il ne va pas à la selle ? Purgez ! Il a été agité ? Antispasmodiques ! Il a été tourmenté ? Un vésicatoire ! Il a eu des soubresauts ? Calmez ! C'est là cette médecine pourrie, moisie, qui veut se rajeunir ; ces hommes tirent la science par la queue !

Allez-vous y reconnaître si vous voulez ; pour le nom d'inflammation, il ne faut pas le proscrire complètement. On peut s'en servir ; mais pas trop souvent. Quand on est éclectique, on doit toujours être sur ses gardes ; on doit prendre toutes les précautions possibles pour ne pas paraître avoir d'ordre, de manière à effrayer le pauvre étudiant, qui ne conçoit point comment on peut se fourrer tout ce fatras dans la mémoire.

Maintenant qu'ont fait et que font les physiologistes ?

Ils ont été terre à terre. Ils ont d'abord diagnostiqué ce qu'ils ont vu; ils ont vu, comme je l'ai annoncé, un état catarrhal, un état catarrhal de la muqueuse respiratoire, qui était quelquefois partagé par la surface interne des voies gastriques. Ils n'ont pas précipité leur jugement. Ils ont vu que quelquefois cela se termine bien (premier mode de terminaison) ; cela n'est pas étonnant, se sont-ils dit. Ne nous hâtons pas de juger la maladie sur quelques cas qui ont eu une bonne terminaison. Ne donnons pas de stimulants ; voyons marcher.

Quant aux causes, ils ont saisi la première cause évidente, qui est l'influence de la saison froide. Ils ont dit : nous observons maintenant des catarrhes. Qu'y a-t-il de surprenant ? Nous sommes dans la saison froide.

Chez quelques individus, on a vu que l'inflammation pénétrait dans les bronches jusque dans les dernières ramifications, allait jusqu'à la plèvre ; ils se sont dit : « Voilà une inflammation qui entre. Celle-ci ne se terminera certainement pas comme l'autre ; car, lorsqu'une inflammation n'est pas superficielle dans une muqueuse, elle est plus grave, beaucoup plus grave. Je vais saigner.

Quand ils ont vu que la fluxion gastrique était légère, ils ont dit : c'est bon : la diète. Mais quand ils ont vu ensuite que l'épigastre se tendait, ils ont soupçonné que l'inflammation prenait un caractère plus grave ; ils ont dit alors ; je vais mettre des sangsues ou des ventouses scarifiées à l'épigastre. Ils l'ont fait. Quand ils ont vu l'inflammation menacer d'attaquer le tube digestif, ils ont saisi les points où elle tendait à se développer, et ils l'ont arrêtée sur-le-champ.

Les médecins ontologistes ont dans l'idée l'entité qui est nécessairement légère et doit être traitée d'une certaine manière. Ils associent des symptômes avec des médicaments, dans leur façon d'agir.

Les physiologistes ont dans leur tête les phénomènes inflammatoires ; ils n'ont pas là l'inflammation comme les ontologistes ont leur entité. Non ! je vois l'inflammation, je vais la suivre, la traiter à mesure que les symptômes se montreront. Les médecins physiologistes n'ont pas écrit que la grippe était une maladie légère, qu'elle ne tuait personne ; ils n'ont pas écrit le vague des éclectiques ; ils ont eu en vue les phénomènes de l'inflammation ; de là dépendaient les résultats.

Le sentiment de fatigue n'annonce pas une affection générale, mais une affection du système céphalo-rachidien, à la suite d'une affection des principaux organes. Pourquoi conclure qu'il y a une affection générale, une affection du sang, de ce qu'il y a fatigue. Vous n'en savez rien. Ce malaise vient de l'influence du système cérébro-spinal qui est partout ; la fatigue générale n'est qu'une affection du système nerveux prolongé par les nerfs dans le tissu musculaire de toutes les parties du corps. Cette fatigue n'atteste aucune affection des séreuses, ni des muqueuses, etc... Mais on est tellement jaloux d'empêcher la médecine d'observation de prendre son essor, que l'on donne contre elle une masse d'objections absurdes, ineptes, sans s'apercevoir qu'elles le sont.

On a jugé la maladie d'après les ressemblances ; elle ressemble à l'inflammation ; et, d'après son siège. Quand ils ont vu l'inflammation prédominer dans les bronches, ils ont saigné localement ; dans la plèvre ? Sur le point de la plèvre le plus malade. Quand ils l'ont vue dans l'estomac, dans les intestins, ils l'ont traitée là d'après les principes généraux qu'ils avaient de la marche de la maladie. Eh ! Messieurs, ne vous y trompez pas, voir une inflammation ou une entité, c'est tout autre chose.

J'ai vu dans les hôpitaux militaires les résultats du traitement. Mais vous me direz : vous êtes exclusif ; ah ! j'en suis bien content : ah ! je te prends là, mon Broussais ! Non, nous ne sommes pas exclusif. Quand ils ont vu que cela ne cédait pas aux antiphlogistiques, les médecins physiologistes ont créé une révulsion, ont provoqué des sécrétions. Casimir Broussais, au Val-de-Grâce, a trouvé des péripneumonies qui ne cédaient pas à la saignée ; il a mis des vésicatoires ; il en a eu de bons effets, et il a voulu persister dans cette médication quand la maladie s'est prolongée. Au bout d'un certain temps, il a été forcé de revenir à la saignée. Les physiologistes ne se conduisent pas comme le disent les gens de mauvaise foi et comme le croient les nigauds, comme on veut persuader aux malheureux jeunes gens pour les épouvanter ; ils ne se contentent pas toujours de saigner et de faire boire de l'eau de gomme. Ce n'est pas vrai. Casimir Broussais est revenu aux saignées, parce que ce n'est pas un entêté pour un système plutôt que pour un autre. Il agit suivant les indications : il n'a pas fait d'autre serment que celui d'observer et de se conduire selon les symptômes. On vous dit cela par mauvaise foi, par perfidie... Non, je me trompe ; on vous dit cela par ignorance, parce que l'homme ne veut pas s'instruire et convenir qu'il ne sait pas.

Les otonlogistes, Messieurs, sont doctrinaires dans le sens que l'on attache à ce mot en politique ; ils partagent tout à fait les doctrines jésuitiques...

TRAVAUX ORIGINAUX

Les obésités chez l'enfant

Les syndromes adiposo-génitaux

Par le Docteur SOTIRIS B. BRISKAS

Assistant hellène de la Clinique médicale des Enfants
à la Faculté de médecine de Paris

Depuis les descriptions anatomo-cliniques de Babinski en 1900 et Fröhlich en 1901, des syndromes constitués par l'obésité, à l'absence du développement sexuel, des symptômes encéphaliques et hypophysaires, les observations cliniques et expérimentales du syndrome adiposo-génital, se sont multipliées.

Les opinions sur la pathogénie de ce syndrome sont très diverses.

Les uns admettent que le syndrome de Babinski-Fröhlich, est dû à des lésions hypophysaires ; pour d'autres, il est causé par des altérations du diencéphale et plus particulièrement de l'hypothalamus. D'autres enfin défendent une théorie mixte, d'après laquelle le syndrome est sous la dépendance des troubles intriqués du système nerveux et de l'hypophyse (syndrome neuro-hypophysaire).

De même la dénomination de syndrome adiposo-génital a subi des critiques, car il ne correspond pas toujours aux données cliniques et expérimentales. M. Langeron dit, qu'il serait plus exact de parler des symptômes adiposo-génitaux *cette commune séméiologie découle de pathogénies et d'étiologies différents, dont l'évolution et la gravité sont dissemblables*.

Tout récemment, M. le Professeur Nobécourt, a rejeté le terme de syndrome adiposo-génital et admet le syndrome de Babinski-Fröhlich pour les raisons suivantes :

1° L'intrication de l'obésité et de troubles sexuels est fréquente et relève de processus différents, il n'y a pas un, mais *des* syndromes adiposo-génitaux ; 2° le terme de syndrome adiposo-génital ne tient pas compte des symptômes encéphaliques et hypophysaires ; 3° il ne peut être appliqué qu'aux sujets ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté. Par contre il préfère le terme de syndrome de Babinski-Fröhlich, car il implique, d'une part, l'obésité et, à partir d'un certain âge, l'absence du développement sexuel, d'autre part, des symptômes révélant une lésion de l'hypophyse ou de l'encéphale.

Le syndrome de Babinski-Fröhlich apparaît chez les les enfants de différents âges et dans les deux sexes, il est observé dans la majorité des cas pendant la période prépubère.

Cliniquement, le syndrome adiposo-génital est caractérisé par :

L'obésité progressive, prédominant suivant les cas, au tronc, à l'abdomen, aux hanches, aux fesses, à la racine des membres inférieurs. On note souvent des vergetures blanches ou violacées, qu'on attribue à la rupture des fibres élastiques du derme. La partie supérieure du thorax est peu adipeuse mais les seins sont gros chez les garçons et surtout chez les filles.

L'insuffisance sexuelle est observée, chez les enfants ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté ; les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas, les poils pubiens sont absents et les glandes mammaires n'augmentent pas de volume. Les organes génitaux restent atrophiques, les règles font défaut.

La croissance staturale et la taille d'après M. Nobécourt, diffèrent suivant l'âge et la variété étiologique ; tantôt, elles sont normales, tantôt on observe une hypotrophie staturale allant dans certains cas rares jusqu'au manisme ; plus rarement, on note une hypertrophie staturale.

Un retard du développement intellectuel accompagne très souvent le syndrome adiposo-génital.

On observe aussi chez ces malades, des *symptômes neuro-hypophysaires et encéphaliques*, qui sont tantôt occultes, et ne sont découverts que par la radiographie du crâne, ou à l'examen des yeux ; tantôt avérés, se manifestant cliniquement par le syndrome d'*hypertension intra-cranienne*, avec des accès de céphalée et des vomissements.

***

a) Obésité hypophysaire

Quelle est la *pathogénie de l'*obésité hypophysaire ?

Certains auteurs, après des observations anatomo-cliniques ont attribué les symptômes hypophysaires et encéphaliques à une *tumeur de l'hypophyse*. Cette tumeur peut être de nature variée ; suivant les différentes constatations, il peut s'agir, d'un *épithélioma*, dans le cas de Babinski ; d'un *carcinome*, dans ceux de Fröhlich et von Eiselberg ; d'un *sarcome*, dans ceux de Pechkrantz et Cushing ; on a aussi trouvé un kyste dans ceux de Parhon et Golstein, de von Eiselsberg, de Kéreval.

Le syndrome peut apparaître après une lésion traumatique de la région hypophysaire (Cushing).

Parmi d'autres tumeurs on distingue : les cranio-pharyngiomes et les adénomes.

Les *cranio-pharyngiomes*, sont les tumeurs les plus fréquentes chez l'enfant. Ils sont congénitaux et se développent au dépens de résidus de la poche de Rathke. Des observations de ce genre ont été rapportées par : M. Nobécourt, un cas de tumeur de la poche de Rathke, opéré avec succès, ceux de Mlle Vogt, de MM. Roussy, Guillain.

Les adénomes, sont des tumeurs moins fréquentes chez l'enfant et ils naissent du lobe antérieur de l'hypophyse.

La tumeur hypophysaire peut être intra-sellaire ; elle se traduit, *cliniquement*, par des signes physiologiques variables ; *anatomiquement*, la selle turcique est altérée, dans la plupart des cas on a noté du ballonnement ou un éclatement de la tumeur avec l'usure et la disparition des *apophyses clinoïdes*.

Les tumeurs intra-sellaires se développent parfois audessus de l'hypophyse et deviennent extra-sellaires, ou envahissent le IIIe ventricule, à partir de ce moment on constate un *syndrome chiasmatique* à évolution progressive.

Histologiquement, on distingue trois variétés de tumeurs :

a) Un *adénome chromophile*, très rare chez l'enfant, qui se traduit par l'acromégalie.

b) Un *adénome basophile*, dans ce cas, l'adiposité est un symptôme capital, et réalise la maladie de Cushing de laquelle nous parlons plus loin.

c) Un *adénome chromophobe*, est très fréquent chez l'adulte et qui réalise une adiposité modérée, prédominant au tronc qui évolue par brusques et inexpliquées variations de poids (Puech).

La tumeur peut être *supra-sellaire*, dans ce cas, elle est extraglandulaire et réalise le cranio-pharyngiome qui comprime le chiasma optique ou les nerfs optiques ; il s'en suit une atrophie optique primitive sans hypertension intra-cranienne et sans stase préalable, la selle turcique étant intacte. Dans certains cas, la tumeur supra-sellaire peut provoquer les diverses modalités du syndrome adiposo-génital : l'hypertension cranienne, stase et œdème papillaire (cas M. Roussy, Mlle Vogt).

◆

---

(1) Leçon de la clinique médicale des Enfants.
S.-B. Briskas. — Les obésités chez l'enfant (à propos de 117 observations), *Le Progrès Médical*, n° 3, 16 janvier 1937.

Histologiquement, on trouve que les adénomes, tumeurs intra-sellaires, peuvent devenir extra-sellaires, et les craniopharyngiomes peuvent également devenir intra-sellaires.

Expérimentalement, les opinions sont discordantes.

D'après Livon en 1908, Crowe, Cushing et Homans 1910, Aschner 1912, les *hypophysectomies totales* entraînent l'insuffisance de la croissance staturale, l'absence du développement sexuel, une surcharge graisseuse et non une vraie obésité.

Par contre, d'après MM. J. Camus et Roussy, Bailey et Bremer, Dandy et Reichert, ces hypophysectomies, n'entraînent pas de surcharge graisseuse, mais celle-ci apparaît, causée par la lésion difficile à éviter de la région infundibulaire.

L'ablation du lobe postérieur, entraîne l'adiposité suivant Cushing, mais suivant Aschner le lobe antérieur est responsable et non le lobe postérieur.

On voit donc, que d'après les constatations anatomo-cliniques et expérimentales, il est difficile d'attribuer à l'hypophyse la genèse de ce syndrome.

b) Obésité d'origine encéphalique

Les relations de l'obésité avec des lésions du diencéphale et plus particulièrement de l'hypothalamus, présentent un problème nouveau, dans la pathogénie de l'obésité. L'observation d'une fille obèse présentant le syndrome chiasmatique à laquelle notre maître M. le Professeur Nobécourt a consacré deux leçons, et que nous avons suivie dans son service, correspond à une lésion hypothalamique.

Voici rapidement le résumé de cette observation (1).

Il s'agit d'une fille de 12 ans et 4 mois qui, à l'âge de 6 ans, a fait la coqueluche, la scarlatine et la rougeole, depuis cet âge, après une bronchite, elle fait des accès d'asthme qui se répètent tous les mois.

Depuis l'âge de 8 ou 9 ans, elle grossit beaucoup. Elle entre à l'hôpital le 26 novembre 1934, pour des crises d'asthme. Elle pèse 40 kgr. 800 et mesure 149 cm. 5.

A son entrée on est en presence d'une fille qui présente une obésité isolé, sans troubles de croissance, sans signes d'insuffisance sexuelle, et une absence de tous signes cliniques et radiologiques de tumeur de l'hypophyse.

Elle n'a pas de céphalée.

A l'examen des yeux, on trouve de l'œdème et de la stase des papilles et un léger rétrécissement du champ visuel bitemporal, pour le vert, c'est-à-dire un début de l'hémianopsie bitemporale, *qui caractérise le syndrome chiasmatique*.

Le métabolisme de base est légèrement abaissé.

L'épreuve de l'hyperglycosurie provoquée ne montre rien d'anormal.

Les examens du sang montrent :

	Le 21 décembre	Le 24 janvier
Protides totaux......	99,60 ‰	96,40 ‰
Sérine..............	18,80 ‰	32,32 ‰
Globuline...........	80,80 ‰	61,08 ‰
Cholestérine........	2,70 ‰	2,10 ‰
Lip. totaux	10 gr. ‰	8 gr. ‰

Il y a donc une forte dimunition de la sérine, et légère augmentation de la cholestérine sanguine.

La cuti-réaction à la tuberculose, le Wassermann et le Kahn sont négatives.

On institue un traitement par le cyanure de mercure et une alimentation normale.

L'enfant est suivie de très près depuis son départ de l'hôpital. Actuellement, âgée de 14 ans, elle pèse 64 kgr. 300 et mesure 160 cm. 5, elle a grossi de 16 kgr. et a grandi de 11 cm. L'examen des yeux montrent, les bords papillaires floux surtout à l'œil droit.

Elle a très bon appétit, son état général est très bon, son développement génital est normal.

D'ailleurs les observations anatomo-cliniques et les recherches expérimentales depuis quelques années apportent des arguments nouveaux à la théorie nerveuse de cette obésité.

Dans l'*expérimentation*, M. Aschner a, le premier, montré que la compression sur le plancer du III[e] ventricule, pouvait produire l'arrêt de la croissance, du développement sexuel et la constitution d'obésité.

MM. J. Camus et Roussy, Bailey, Bremer, Houssey et Guisti, réalisent chez les animaux, des lésions de la région infundibulo-tubérienne, par traumatisme, cautérisation, injection de parafine qui produit non seulement des diabètes insipides et des glycosuries, mais aussi d'une obésité rapide. On observe, le cas d'un chien, dont le poids en trois semaines passe de 18 à 25 kgr. Celui d'un autre dont le poids en quatre ans passe de 14 à 33 kgr.

Ces obésités s'accompagnent souvent d'une absence de développement génital fonctionnelle et anatomique : atrophie des organes génitaux externes chez les animaux mâles, impossibilité de la conception, avortement chez les femelles. Mais ces troubles ne sont pas toujours associés à l'obésité. MM. Grafe et Grunthal et P. Smith ont obtenu des obésités sans atrophie génitale.

Les faits *anatomo-cliniques*. L'obésité s'observe dans les *tumeurs de l'encéphale*, dans les *hydrocéphalies*, dans les *encéphalopathies* diverses, dans des *encéphalites épidémiques* et la maladie de *Heine-Medin*.

Les observations d'obésité par les tumeurs de l'encéphale ont été rapportées par MM. Berger (1902), Cushing (1912), Lereboullet, Mouzon et Cathala (1920), Psfeiffer (1920), Ley (1922), Roussy et Lermitte (1924), Nobécourt et Lebée (1927).

Il s'agit d'enfants et jeunes gens atteints de tumeurs diverses, épithélioma, gliome, kyste.

L'obésité débute aux divers âges à 7 et 19 ans. Dans la majorité des cas l'intégrité macroscopique et microscopique de la tige pituitaire et de l'hypophyse est nettement spécifié.

L'obésité est un élément du syndrome *infundibulo-tubérien* de MM. Claude et Lhermitte, de Camus et Roussy.

Dans un certain nombre de cas on trouve une obésité qui s'accompagne de polyurie, de glycosurie, hypersomnie, du syndrome chiasmatique.

Dans l'*hydrocéphalie*, l'obésité a été signalée par MM. Bourneville et Noir (1893), Marbourg (1908) qui signale un cas d'hydrocéphalie sans lésions hypophysaires le développement d'une adiposité, Marinesco et Goldstein (1909), Naeto a rapporté l'histoire d'un homme atteint d'une obésité monstrueuse (poids 181 kgr. depuis l'âge de 18 ans) dont l'autopsie faite à 40 ans montra l'existence d'une hydrocéphalie congénitale du troisième ventricule avec sclérose névrolgique du tuber et de l'infundibulum. Cette obésité est bien étudiée par MM. Barbonneix et Dénoyelle (1922) et aussi par MM. Bonnet, Babonneix et Carette. Pour M. Babonneix l'obésité se réalise, s'il y a oblitération de l'aqueduc de Sylvius. Si, au contraire, les trous de Monro sont oblitérés, le liquide reste dans les ventricules latéraux et ne peut venir distendre le troisième ventricule.

On a observé également l'obésité comme conséquence de l'hydrocéphalie infantile, de lésions syphilitiques de la base de l'encéphale (MM. Bonnet, Babonneix et Carette).

Les *encéphalopathies chroniques*, avec leur hydrocéphalie peuvent s'accompagner d'obésité (MM. Nobécourt, Janet et Lebet ; Boulenger-Pilet, thèse 1924).

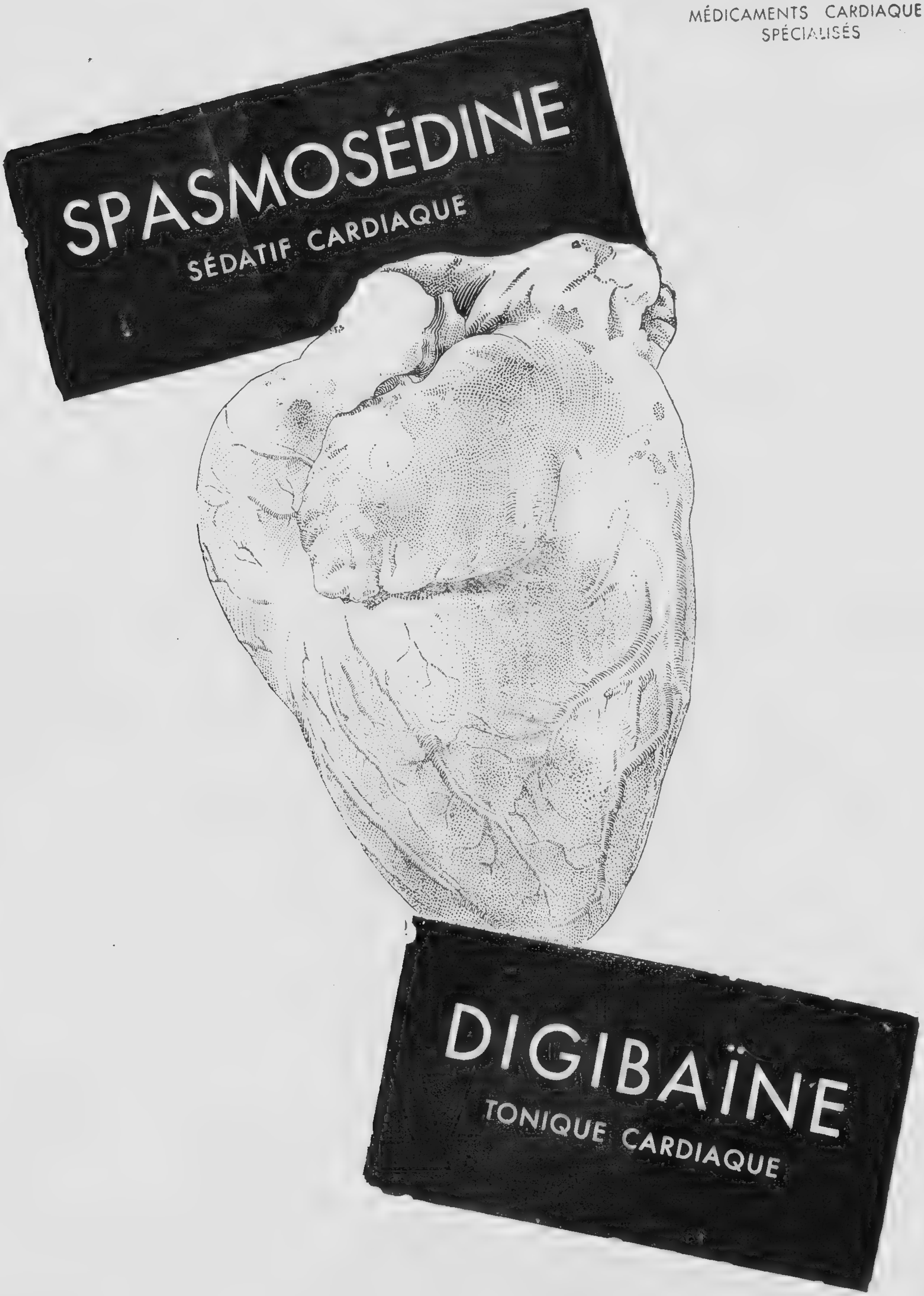
L'*encéphalite épidémique*, peut provoquer une obésité qu'on montrée M. Nobécourt (1921), M. Livet, MM. Roger et Aymes.

La maladie de Heine-Medin :

M. Nobécourt (1925) a observé une obésité chez un garçon de 14 ans, atteint à 10 ans de poliomyélite qu'avait présenté en même temps des symptômes d'encépalite.

MM. Lhermitte et Pagniez (1934) publient l'histoire d'une femme qui ayant été atteinte dans l'enfance d'une poliomyélite avec encéphalite, à l'âge de 40 ans est atteinte d'une paralysie faciale et hémiplégie croisée, deux ans après présente du diabète et obésité progressive, troubles des règles et de crises épileptiques frustes. La malade meurt d'une apoplexie foudroyante,

(1) Professeur NOBÉCOURT. Le syndrome chiasmatique et ses causes. *Le Concours Médical*, 11 avril, n° 15 p. 1,099, 1935.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

l'autopsie montre une altération des centres nerveux hypothalamiques par un processus infectieux : le noyau paraventriculaire était lésé. Par ailleurs l'hypophyse et la selle turcique sont normales.

En somme, l'obésité d'origine encéphalique est démontrée par les travaux anatomo-cliniques et expérimentaux. Elle peut s'accompagner d'insuffisance sexuelle ; elle réalise alors le syndrome de Babinsky-Fröhlich, qui d'après MM. Claude et Lhermitte, Camus et Roussy est un syndrome infundibulo-tubérien.

c) **Théorie neuro-hypophysaire.** — Certains auteurs et en particulier MM. Mariano Castex et Mario Schteingard (1), se basant sur l'*embryologie*, et les *corrélations nerveuses* et *humorales* défendent une *théorie mixte*, d'après laquelle le syndrome du Babinski-Fröhlich dépend de *troubles intriqués de l'appareil nerveux et de l'hypophyse*. Mais cette théorie neuro-hypophysaire est encore discutable, les mêmes auteurs, reconnaissent que, malgré les corrélations hypophyso-diencéphaliques, il est difficile d'expliquer le mécanisme de l'obésité neuro-hypophysaire. M. Lhermitte (2) écrit : « Ne mêlons pas le problème physio-pathologique... avec le problème anatomo-clinique... Pour tout médecin thérapeute ce qui importe, n'est-ce pas, avant toute explication physio-pathologique incertaine ou hasardée, de savoir quel est le siège du processus morbide et quelle est sa nature ? puisque c'est de l'appréciation de ces deux éléments que découlent, tout ensemble, le diagnostic, le pronostic et le traitement ».

d) **Le syndrome neuro-hypophysaire de Lawrence-Bardet ou le syndrome de Lawrence-Bidl** ; constitue une *obésité héréditaire* et *familiale* avec une rétinite pigmentaire. Nous avons eu l'occasion de suivre deux de ces cas, soignés par mon ami Launay à Trousseau et analysés dans la thèse de Mlle Weisberg (3). En voici le résumé :

La première observation. Il s'agit d'un garçon de 13 ans qui présente à la naissance une malformation congénitale (doigts supplémentaires) ; l'*obésité* s'installe à deux ans ; à cinq ans on voit apparaître deux ordres de manifestations pathologiques : une *amblyopie crépusculaire évolutive*, en rapport avec une *dégénérescence de la rétine*, l'*obésité a été en s'aggravant* et l'enfant a présenté un retard sexuel passager. Le *psychisme* et le *développement* intellectuel sont normaux L'examen général montre que les viscères sont normaux. L'examen neurologique ne décèle aucun signe d'hypertension intracranienne. On ne trouve aucun stigmate de la syphilis, le Bordet-Wassermann est négatif. Les examens humoraux sont négatifs. L'épreuve d'hyperglycémie provoqué e est normal, le métabolisme basal est abaissé de 26 %, la re cherche de l'action spécifique dynamique des protéines ne montre rien d'anormal.

La radiographie du crâne montre une selle turcique normale.

La seconde observation, est celle d'un enfant de 14 ans, fils unique, qui est atteint d'une héméralopie depuis l'enfance avec une rétinite pigmentaire, une polydactylie et une obésité congénitales ; l'enfant présente des signes du syndrome de Babinsky-Fröhlich, avec hypo-génitalisme passager. De plus, il est atteint d'un diabète insipide, avec polyurie, polyphagie. Il a une constipation opiniâtre. On constate un retard intellectuel très important. Le métabolisme basal est normal, l'action spécifique dynamique des protéines est abaissée. L'interférométrie, l'hyperglycosurie provoquée, la radiographie du crâne sont normales.

Ce syndrome est caractérisé par la symptomatologie suivante :

1° Rétinite pigmentaire avec héméralopie et atrophie du nerf optique ;

2° Obésité régulière, rappelant celle du type diencéphalo-hypophysaire ;

3° Les organes génitaux pendant la puberté se développent plus ou moins bien ;

4° Le déficit intellectuel varie du simple retard à l'arriération mentale et au crétinisme ;

5° La polydactylie, signe inconstant, peut s'associer à la syndactylie ou être remplacée par celle-ci.

La définition du syndrome de Lawrence-Bardet doit être réservée à l'association obligatoire d'une rétinite pigmentaire et d'un ou plusieurs signes diencéphalo-hypophysaires cliniquement authentiques : obésité, dystrophie génitale, diabète insipide. Pour Mlle Weisberg, c'est une maladie familiale des centres nerveux avec agénésie élective de certaines cellules nerveuses, traduction logique d'une connexion embryologique hypothalamo-optique ; elle tire son origine vraisemblablement d'un vice du développement héréditaire qui frappe certaines cellules du diencéphale et de la rétine.

e) Obésité polyglandulaire

(Maladie de Cushing)

La maladie de Cushing, est un syndrome polyglandulaire, secondaire selon Cushing, à une altération primitive de l'hypophyse.

C'est en 1932-1933 que Cushing a donné une description complète de cette maladie, caractérisée par *l'obésité*, *l'ostéoporose*, *l'hypertrichose* et *l'aménorrhée*. L'affection frappe les deux sexes, avec une prédilection pour le sexe féminin. Elle peut se manifester chez des jeunes enfants ; Oppenheimer et Fischberg rapportent un cas de maladie de Cushing chez un enfant de 6 ans ; Clifford et Wright, chez des enfants de 2 et 3 ans. Cette maladie s'observe à la puberté et surtout à l'âge adulte.

La maladie de Cushing est caractérisée par les signes cliniques suivants : l'apparition de l'obésité qui s'installe rapidement ou progressivement ; elle gagne le visage, le tronc, l'abdomen ; très souvent on observe des vergetures. Les membres sont habituellement respectés et contrastent avec les parties du corps engraissées.

Chez les filles, l'aménorrhée s'installe brusquement, avec une absence totale des hormones folliculaires et gonadotropes dans l'urine. Il existe une frigidité sexuelle particulière.

A côté de tous ces symptômes s'ajoutent les troubles des phanères, *hyperpygmentation* et en particulier l'*hypertrichose*, c'est-à-dire l'apparition des poils chez la femme sur les régions où il n'en existe pas normalement (visage, thorax, abdomen, membres). Cet hirsutisme féminin fut décrit en 1910 par M. Apert sous le nom d'hirsutisme surrénal.

Les *symptômes cliniques* sont souvent associés à d'autres. Pardée a décrit sous le nom de *syndrome mixte* l'association, maladie de Cushing et acromégalie. MM. Abrami et Frumusan relatent une observation où l'obésité est associée à l'hirsutisme, à l'acromégalie et à l'hypertension artérielle, mais l'ostéoporose manque.l Cette observation si intéressante a été développée dans la thèse de M. Michælides.

Les formes prépubertaires et pubertaires de cette affection se traduisent par l'association du syndrome décrit et par les troubles du développement sexuel, qui sont parfois très précoces.

Mais M. Cushing, estime qu'il ne faut pas multiplier les descriptions cliniques mais les dissocier : obésité avec ostéoporose, hirsutisme et aménorrhée qui évoluent vers la mort dans un délai de quatre à cinq ans ; à l'autopsie on trouve souvent un adénome basophile de l'hypophyse.

Quelle est donc *la pathogénie* de cette maladie ? L'hirsutisme est-il dû aux cellules basophiles de l'hypophyse ou à une lésion cortico-surrénale ?

M. Cushing admet que la sécrétion interne de l'adénome basophile agit sur la région tubérienne et produit ainsi

---

(1) Mariano-R. Castex et Mario Schteingart. — Obésité neuro-hypophysaire. *Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, mai 1933.

(2) Lhermitte. — Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothatamique, XIVe Réunion neurologique internationale annuelle, 5-6 juin 1934.

(3) Mlle Weisberg. — Thèse Paris, 1936.

l'obésité ; or cela est d'autant plus improbable que cette obésité si spéciale est bien différente de celle que l'on voit par exemple dans le syndrome adiposo-génital et qu'elle ne diffère en rien de celle qui peut se voir dans le surrénalisme.

Certains auteurs pensent, que les cellules basophiles règlent le fonctionnement des autres glandes. Dans le syndrome de Cushing, *l'aménorrhée*, *l'impuissance*, sont les résultats d'un hyperfonctionnement prolongé qui aboutit à la suppression. *L'hypertension*, *l'hypertrichose*, *l'hyperglycémie* et la *pigmentation* seraient dues à une intervention surrénale, phénomène secondaire à l'hyperfonctionnement hypophysaire qui est à son tour sous l'influence des cellules basophiles.

f) Obésité surrénale

Cette affection fut décrite par MM. Apert et Gallais en 1910, elle est due à une tumeur surrénale.

Les symptômes cliniques de cette maladie sont : une *obésité* considérable et une hypertrichose se révélant chez la femme sous une topographie masculine.

Quelques observations ont été rapportées sur l'obésité chez l'homme par MM. Linger, Cuthirie, Adams, Lannois et Claude. Ces cas ne présentent pas l'unité des observations féminines. Dans les cas observés chez l'adulte, on note une hypertrophie mammaire, s'accompagnant parfois d'une sécrétion lactée (Weber, Mathias).

L'apparition de cette maladie a lieu le plus souvent dans la première enfance ; on observe un développement génital précoce.

D'autres cas surviennent à la période prépubère — observation de MM. Apert, Stévenin et Broca en 1922 : l'obésité, l'arrêt de croissance, l'hypertrichose survenant chez un garçon de 12 ans. MM. Lesné, Dreyfus-Sée et Lièvre publient l'observation d'une fille de 10 ans, chez qui le développement d'un syndrome d'hirsutisme est apparu après les oreillons ; la radiothérapie des régions surrénales a donné des résultats favorables.

Le diagnostic d'une tumeur des surrénales est posé par la palpation minutieuse des régions surrénales. La radiographie dans de rares cas (Sézary et Lormon, Apert et Duboit) confirme le diagnostic clinique.

***

Nous venons d'étudier les syndromes adiposo-génitaux et les syndromes de Cushing, Lawrence-Bardet-Biedl et l'obésité surrénale.

Nous avons vu que, d'après les constatations cliniques et expérimentales, il est difficile d'attribuer à l'hypophyse seule la genèse de ces syndromes. Par contre, les observations anatomo-cliniques et expérimentales montrent, que des lésions du système nerveux de la région hypothalamique réalisent ce syndrome. En plus, dans des cas très rares il existe une relation étroite de l'hypophyse et des surrénales, mais cette obésité est spéciale.

Dans la pratique le diagnostic n'est pas toujours facile. Les affections de l'hypothalamus et de l'hypophyse présentent de nombreux points communs, mais chacun d'eux a une morphologie différente.

A l'heure actuelle on peut distinguer d'après mon maître M. Nobécourt (1) :

1° Des cas où l'obésité est très marquée avec soit un retard ou une insuffisance de développement, soit une régression des organes et des fonctions sexuelles relativement modérées ; ces cas paraissent relever des affections d'hypothalamus.

2° Des cas où il n'y a que peu d'obésité, mais les troubles sexuels sont importants et la croissance staturale souvent insuffisante ; ces cas paraissent relever des affections intéressant le lobe antérieur de l'hypophyse.

3° Des cas où l'intrication de l'adiposité et des troubles sexuels réalise le syndrome de Babinski-Fröhlich, ils paraissent relever des lésions intriquées de l'hypothalamus ou du lobe antérieur de l'hypophyse.

4° Des cas où l'obésité s'accompagne des divers symptômes : hirsutisme, rétinite pigmentaire, polydactilie, le diagnostic est moins difficile.

Pour constater ces lésions, il faut un examen complet, clinique, examen des yeux, et la radiographie de la selle turcique.

Possédons-nous des tests physiologiques pour compléter le diagnostic clinique des lésions ?

I. *Le métabolisme basal* n'a pratiquement aucune valeur démonstrative ;

II. *L'interférométrie* possède une valeur plus incertaine encore ;

III. *Les épreuves glandulaires.*

A) La réaction d'Aron permet de mettre en évidence une atteinte hypophysaire ; la technique de cette réaction est la suivante : on injecte trois jours consécutifs 5 centimètres d'urine fraîche du sujet à examiner dans la thyroïde encore peu active des cobayes femelles âgées de trois semaines environ et pesant 160 à 200 grammes. Si l'urine provient d'un sujet normal on constate à l'examen histologique une légère excitation de l'activité thyroïdienne et ovarienne. Si l'urine provient des sujets hypopituitaires la thyroïde et l'ovaire du cobaye demeurent sans modification. Si le sujet est atteint d'hyperpituiturisme, l'activité de ces organes du cobaye est exagérée en proportion variable, suivant les cas.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer cette méthode si intéressante.

B) Un autre test des fonctions hypophysaires est constitué par l'*action spécifique dynamique des protéines sur les échanges gazeux*. Cette méthode a été étudiée par Rubner en 1910 ; tandis que le corps thyroïde règlerait le métabolisme basal, à jeun, l'hypophyse serait l'organe de régulation des consommations de luxe ; l'atteinte de cette fonction métabolique de l'hypophyse déterminerait les obésités d'origine hypophysaire, l'adipose du syndrome de Babinski-Fröhlich.

On a constaté l'abaissement de l'A. D. S. chez le chien à la suite de l'hypophysectomie (Kestner), chez l'homme dans l'infantilisme hypophysaire (Knipping), dans les obésités constitutionnelles (Jacquet et Svenson), les obésités non-thyroïdiennes (Plaut, Kestner, Liebsehvtz-Plaut et Schadow), le syndrome adiposo-génital et le nanisme hypophysaire (Kansey et Hara, Liebesny) serait au contraire élevée dans l'acromégalie.

Par contre, selon d'autres auteurs, l'hypophysectomie expérimentale est sans action (Forster et Smith, Gaibly). L'A. D. S. est diminuée dans les affections nombreuses et diverses et par conséquent sans valeur diagnostique (Liebesny).

La technique de ce test est la suivante : le métabolisme basal est mesuré à jeun avec l'appareil de Benedict dans les conditions habituelles. Le sujet ingère le repas composé de 200 grammes de beafsteck, 25 grammes de beurre, 50 grammes de pain, un bol de thé. Le métabolisme basal est mesuré de nouveau une heure et demie après la fin du repas ; les valeurs obtenues par MM. Lesné, Lièvre et Dubois sont contradictoires et échappent à toute systématisation, et ces auteurs concluent : « l'épreuve de la mesure de A. D. S. ne comporte pas de conclusions pratiques ». Nous-même dans plusieurs recherches que nous avons effectué dans le laboratoire de M. H. Bernard (1), n'avons obtenu que des résultats sans valeur.

(1) P. Nobécourt. Clinique médicale des Enfants : Troubles de la croissance, de la nutrition et des glandes endocrines. Masson et Cie, p. 398, 1936.

(1) Nous remercions Mlle Poussot de nous avoir prêté son concours à nos recherches.



LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant

Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant doit être extrêmement sobre : on évitera tous les médicaments réputés toniques et surtout tous les antithermiques médicamenteux. L'antipyrine, l'aspirine, sont nocives. Il faut les proscrire absolument.

La vaccinothérapie, la sérothérapie, les méthodes de choc, n'ont pas fait leurs preuves. La chimiothérapie, par le jaune d'acridine, les arsénobenzènes, les métaux colloïdaux, l'iodo-bismuthate de quinine, semblent n'apporter q ue des dangers supplémentaires. Les transfusions simples ou les immuno-transfusions ne sont pas recommandables chez l'enfant dans les formes non-compliquées. L'antisepsie intestinale est fondée sur des hypothèses discutables.

A. En somme, dans les formes moyennes et bénignes, qui sont d'ailleurs ici la règle, il faut laisser guérir son malade en appliquant :

1. Une diététique convenable : alimentation liquide, mais substantielle : boissons sucrées, bouillon de légumes, lait dilué (s'il est toléré), jus de fruits. On veillera soigneusement à éviter la sous-alimentation. A l'opposé, au moment de la convalescence, la reprise de l'alimentation sera très progressive et très prudente ;

2. Des soins de propreté cutanéo-muqueuse minutieux : on veillera à la moindre rougeur de la peau. On sait en effet avec quelle facilité, se produisent des abcès sous-cutanés.

3. Une médication antithermique externe : balnéation tiède de préférence, mais cette méthode réclame d'être appliquée par un personnel très expérimenté, faute de quoi elle comporte plus d'inconvénients que d'avantages. Il faut la réserver aux formes graves hyperpyrétiques et préférer les enveloppements frais du corps, la glace en permanence sur l'abdomen et sur le cœur. C'est là une pratique excellente et tout à fait suffisante dans les formes moyennes. On pourra avantageusement en outre donner chaque jour un lavement frais à basse pression, et de faible volume.

B. Quand il s'agit d'une forme grave, hyperpyrétique, les bains tièdes à 35°, ou, exceptionnellement, frais à 32°, sont tout à fait indiqués. Comme dans les formes compliquées, et suivant les accidents en cause, on sera amené là à user de certains médicaments cardiotoniques, strychnine, adrénaline (contre le collapsus).

C. Au cas d'hémorragies intestinales graves, on recourra à la transfusion sanguine, ou, mieux, pour certains, à *l'immuno-transfusion.* Pour notre part il ne nous paraît pas démontré sans conteste que cette dernière soit supérieure à la transfusion simple.

D. La perforation intestinale réclame l'intervention chirurgicale d'extrême urgence.

E. Contre la tendance au collapsus, il y a lieu, outre l'administration d'adrénaline (substance antagoniste de l'histamine), de donner des alcalins (craie) et du charbon pour neutraliser et adsorber les substances imidazoliques intestinales au lieu même de leur production (Loeper et son Ecole).

F. La prophylaxie de la fièvre typhoïde de l'enfant obéit aux mêmes règles que celle visant la fièvre typhoïde de l'adulte : mesures générales d'hygiène et vaccination préventive. La vaccination préventive antityphoparatyphique (T. A. B.) est formellement indiquée chez l'enfant. Elle n'est pas dangereuse. Elle est efficace. Les réactions qu'elle détermine sont plutôt moins vives que chez l'adulte. On peut l'associer aux autres vaccinations par les anatoxines diphtérique et tétanique (vaccinations associées de Ramon et Zœller). On peut vacciner dès l'âge de 18 mois à 2 ans. Il existe d'excellents vaccins chauffés (comme celui de Pasteur), iodés, ou à l'éther, en suspension aqueuse ou huileuse. Il faut de toute sorte au moins deux injections à doses suffisantes, mais trois sont mieux et quatre l'idéal. Les intervalles doivent être d'au moins quinze jours. On peut les allonger sans dommage. Si l'on pratique la vaccination associée à l'anatoxine diphtérique, l'espacement des injections sera celui utilisé pour cette dernière. A titre d'indication, avec le vaccin T. A. B. de Pasteur, on peut injecter (Lesné) chez le petit enfant (18 mois à 3 ans) : 1/4, 1/3 et 1/2 c. c., chez l'enfant plus grand (5 à 6 ans) doubler les doses. On fera tous les quatre ans une injection dite « de rappel ». Les réactions locales et générales sont en règle insignifiantes.

D[r] Marcel PERRAULT
Chef de clinique à la Faculté

La rœntgenthérapie des furoncles et anthrax de la face. — Cliniquement, les résultats de la rœntgenthérapie sont meilleurs au stade le plus précoce, pré-suppuratif, la résorption simple est alors fréquente. Mise en œuvre plus tardivement, la méthode doit souvent être complétée par une incision libératrice.

Les résultats de la rœntgenthérapie semblent varier avec la région et sont peu manifestés sur les furoncles et anthrax du tronc et des membres. Dans ceux de la nuque, les résultats sont meilleurs.

Mais c'est surtout dans ces anthrax et furoncles de la face, aux complications fréquentes et souvent mortelles, et où le traitement chirurgical, de moins en moins utilisé présente de graves dangers, que l'action thérapeutique des rayons est la plus nette et la plus indiscutable.

Il semble, dit M. Malice, qui a consacré sa thèse (Lille, 1936) à la question, que, dans le cas tout particulier de la localisation médio-faciale, la rœntgenthérapie soit le traitement de choix à conseiller systématiquement et précocement; traitement complètement indolore, dépourvu de dangers et aux résultats esthétiques incomparables. On le complétera parfois par une petite intervention chirurgicale évacuatrice.

L'appendicite chronique à symptomatologie urinaire. — Le syndrome urinaire est un des syndromes cliniques présentés par l'appendicite chronique, ce qu'expliquent les rapports étroits entre l'appendice rétro-cæcal ou pelvien et l'arbre urinaire.

C'est presque toujours l'appendicite rétro-cæcale ou pelvienne qui donne lieu à une symptomatologie urinaire.

Les troubles présentés peuvent revêtir plusieurs types, dont les principaux sont : hématuriques pyuriques, algiques et vésicaux.

Le diagnostic repose essentiellement sur un examen clique complet, où l'examen de l'arbre urinaire par le spécialiste et par la radioscopie du tube digestif jouent un grand rôle.

Dans ces formes, dit M. Aubat (Thèse de Montpellier, 1396), l'appendicectomie seule est curatrice des troubles urinaires observés.

L'acidose dans les vomissements graves de la gestation. — Toute vomisseuse, dit Mme Y. Gaillard (Thèse de Lyon, 1936) chez qui l'on ne constate pas d'acidose, ne présente pas ou ne presente pas encore un syndrome de vomissements graves de la gestation. L'étude de l'acidose présente donc un intérêt pronostic de premier ordre.

Pour le moment nous n'avons pas d'autres tests pour explorer les fonctions hypophysaires. L'examen radiologique et l'examen ophtalmologique peuvent nous donner des renseignements intéressants dans certains cas douteux.

IV. *La thérapeutique* : la chirurgie possède une importance indéniable ; si l'extirpation d'une tumeur fait disparaître les troubles il est clair qu'elle en était la cause. La radiothérapie peut nous rendre service dans certains cas.

Pour le retard de la croissance et du développment génital on prescrit l'opothérapie ; lobe antérieur d'hypophyse, extrait orchitique ovarien ou thymique, ce dernier a été préconisé par MM. Lereboullet et Gournay.

En somme, parmi les obésités que nous avons étudiées, l'obésité d'origine alimentaire est la plus fréquente (79,4 %).

Parmi les obésités d'origine endocrinienne, l'obésité hypothyroïdienne constitue la cinquième de nos observations (18,7 %).

Il existe des obésités par lésions de l'hypophyse et du système nerveux, ainsi que par lésion de la glande surrénale, mais celles-ci sont très rares et ne constituent que 1,8 % de nos cas.

En général, tous les obèses, qu'il s'agisse d'une obésité simple ou endocriniene, il faut assurer avant tout *une bonne hygiène générale* pour les préserver des diverses maladies, car leur résistance aux infections est très diminuée.

Soigner l'obésité sans troubler la croissance soit en établissant une cure alimentaire intense de courte durée, soit en corrigeant les erreurs alimentaires après avoir fixé un bilan exact du régime.

On sera amené ainsi dans la majorité des cas à obtenir un équilibre physique harmonieux.

Remarques sur l'appendicite

Par George PASCALIS

Je viens de relire un très grand nombre d'observations concernant des malades suivis et opérés par moi pour appendicite soit aiguë, soit chronique. Il m'a semblé que certains faits méritaient d'être soulignés.

Un premier peut apporter quelque appoint à la pathogénie de l'affection, le second concerne sa symptomatologie, le troisième ses rapports avec l'appareil génital de la femme.

Enfin, la récente communication de Métivet sur le traitement des formes aiguës m'a incité à faire connaître certains chiffres qui viendront s'ajouter à ceux déjà donnés ailleurs.

La discussion sur la pathogénie de la crise d'appendicite est toujours ouverte. Faut-il rappeler ici des théories connues de tous ?

On sait que, pour Dieulafoy, la crise appendiculaire est la conséquence de l'oblitération du conduit, soit par un corps étranger, soit par un gonflement de la muqueuse, soit par une cause extérieure : bride ou torsion. Dans la cavité close ainsi formée les microbes exaltent leur virulence et se multiplient, créant un foyer de toxi-infection.

Reclus, comparant l'organe à une fistule borgne interne, véritable tube à culture plein de germes et maintenu à la température optima, conclut qu'il est dans les meilleures conditions pour la pullulation des microbes et l'exaspération de leur virulence.

Passons aux faits :

Dans les appendicites aiguës avec perforation j'ai noté 83 % des cas où un corps étranger — calcul fécal presque toujours — était engagé et bloqué dans l'appendicite, le plus souvent à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, plus rarement à la pointe même. La paroi, soulevée et distendue à ce niveau, était noire, violacée avec une plaque verdâtre ou sphacélée au centre. Au niveau de cette plaque une perforation de dimensions variables avait laissé échapper des sécrétions septiques, voire le calcul fécal. Je laisse de côté les lésions périphériques connues de tous. La portion sous-jacente de l'appendice, plus ou moins noire, était toujours remplie d'un liquide visqueux et nauséabond. Dans 17 % des cas il n'y avait pas de corps étranger, mais un étranglement à l'implantation cæcale, la muqueuse tuméfiée fermant plus ou moins la lumière du vermis. Il est difficile de dire si le gonflement était primitif ou secondaire.

Dans les formes chroniques ou subaiguës j'ai été frappé par l'existence relativement fréquente (10 %) de lésions assez particulières qui étaient la cause de la fermeture partielle ou totale de la cavité. Il s'agit de brides de méso appendicite rétractile faisant corps avec le péritoine et provenant évidemment de lymphangites anciennes organisées. Toujours plus marquées à la partie moyenne du méso, elles coudent le vermis en V, en U, en hameçon. Si l'on tente de soulever celui-ci au moyen de deux pinces, de s'étendre pour étaler son méso au moment de le lier, on les voit se tendre et s'opposer à la manœuvre. Il faut les sectionner de quelques coups de ciseaux pour pouvoir redresser l'organe et lier graisse et vaisseaux en toute sécurité. Ces brides sont évidemment la conséquence de poussées de folliculité. Letulle, dès 1887, d'autres depuis, ont soutenu que des poussées de folliculite chronique précédaient l'appendicite aiguë.

Il y a là quelque chose qui rappelle le mécanisme de la mésosigmoïdite rétractile qui accole les deux anses d'un sigmoïde trop long, entravant leur pied, préparant le capotage, premier temps du volvulus. Même début par folliculite chronique provoquée par la stase et l'infection, même lymphangite seconde à transformation fibreuse et rétractile préparant les accidents aigus. Forgue a clairement montré cette filiation avec sa coutumière précision (Volvulus du sigmoïde. *Presse Médicale*).

Aussi n'est-il pas illogique de penser que l'introduction de corps étrangers, de matières (Dieulafoy), la stagnation de mucus septique (Reclus) provoque ces poussées de folliculite chronique, que ces folliculites donnent lieu à des lymphangites dont l'atteinte des ganglions du méso est la preuve, qu'avec le temps ces lymphangites s'éteignent et laissent comme séquelles ces brides qui rétractent le péritoine et coudent le vermis, créant ou augmentant la cavité close qui vient encore aggraver les choses.

Il semble que Dieulafoy et Reclus aient tous deux raison. Reclus d'abord, puisque la stagnation prépare la cavité close par la liaison folliculite méso-appendicite et permet aux lésions premières de s'établir. Dieulafoy ensuite, puisque la cavité close permettant la multiplication et la virulence exagérée des germes déclenche les accidents aigus qui aboutissent au sphacèle et à la perforation.

Cliniquement il en est de l'appendice comme de la cholécystite : la crise aigue est un accident qui survient au cours d'une infection chronique.

La symptomatologie de l'appendicite aiguë peut être extrêmement fruste. J'ai eu l'occasion de voir dans les 48 premières heures un certain nombre de malades chez qui une douleur modérée, avec légère défense au point de Mac Burney constituaient toute l'histoire clinique ; pas de température, pouls normal, pas de nausées. Et cependant à l'opération j'ai trouvé du pus non collecté dans le ventre, un appendice prêt à se rompre. En voici un exemple tout récent :

Un homme de 27 ans, robuste, est pris vers midi de douleurs abdominales et, habitué à s'observer, va voir son médecin qui fait le diagnostic d'appendicite et lui conseille une intervention. La douleur passée le malade va à ses affaires, mais, pendant la nuit, sentant encore quelques coliques, vient me trouver le lendemain matin vers 11 heures.

Rien d'autre qu'une douleur avec petite défense au point classique. Je conseille une intervention pour couper court

à une crise dont on ignore ce qu'elle sera. J'opère immédiatement et je trouve un abondant liquide purulent libre dans la fosse iliaque droite et le Douglas et un vermis gros comme le doigt d'un homme adulte prêt à se rompre. Au laboratoire il apparait plein de pus et sa paroi à demi-perforée de dedans en dehors au centre d'une zone atélectasiée. Il était évident que la perforation se serait complétée en quelques heures et qu'on se serait trouvé en présence d'une situation plus grave. Il me serait facile de multiplier les exemples. La discrétion des symptômes n'implique pas fatalement celle des lésions. Je me suis fié longtemps à la règle qui consiste à mettre le malade au lit, glace sur le ventre, à la diète hydrique et le revoir de 4 heures en 4 heures, toute accélération du pouls devant emporter la décision opératoire. Je l'ai trouvée en défaut. Aussi n'hésitè-je point à conclure que, seule, l'intervention systématique au début d'une crise d'appendicite aigüe peut apporter une garantie de sécurité. *Il n'est pas douteux que les lésions sont toujours en avance de 48 heures sur les symptômes.*

Dans les formes rétro-cæcales, le signe de Kérangal que j'ai fait connaître et que je recherche systématiquement ne m'a jamais trompé et m'a permis d'être affirmatif dans des cas en apparence douteux. Je rappelle qu'il consiste à coucher le malade sur le côté gauche. La masse grêle passe à gauche, entraîne avec elle le cæcum. L'appendice est directement sous la main qui le palpe.

L'influence d'un appendice malade sur l'appareil génital de la femme m'a paru mériter d'être à nouveau signalée.

Il y a longtemps que mon maître Paul Segond a insisté sur ce flirt appendiculo-ovarien.

L'action de l'appendice malade sur l'ovaire se manifeste aussi bien dans la forme chronique que dans les formes aiguës. J'ai un certain nombre d'observations concernant des fillettes dont la formation était influencée par une appendicite chronique, chez qui les règles apparaissaient avec une fantaisie incompatible avec un bon équilibre physique et moral. L'ablation du vermis a remis tout en ordre et, dans plusieurs cas, le retour du flux menstruel se notait dans les 48 heures.

D'autre part j'ai observé fréquemment l'action d'un trouble utéro-ovarien venant réchauffer une appendicite à peu près silencieuse. Chez des femmes curettées à la suite d'une fausse couche septique ou hémorragique il n'est pas rare de voir survenir une poussée aiguë du côté de l'appendice dans les jours qui suivent l'intervention. Il n'en faut pas tant et j'ai dû intervenir chez des jeunes femmes, venues à Paris en voyages de noces, chez qui les fatigues conjugales avaient réveillé une lésion en sommeil. Une récente communication de Métivet a voulu remettre en question la règle « sacro sainte » de l'opération dans les 48 premières heures de la crise d'appendicite aiguë. Des voix autorisées ont répondu. Je crois qu'on n'insistera jamais trop.

Pendant de longues années j'ai suivi scrupuleusement cette règle, n'intervenant après la 48e heure que pour évacuer un abcès, et n'enlevant l'appendice que lorsqu'il venait sous la main.

Depuis dix ans j'opère à toute heure de la crise et j'enlève toujours le vermis. Ceci est, à mon sens, capital.

Ma mortalité est de 0,74 %.

Les chiffres n'ont qu'une valeur relative.

Parmi mes malades je ne compte plus ceux, tarés, obèses opérés en plein pus, l'appendice perforé ayant laissé passer son contenu dans la fosse iliaque et qui ont guéri contrairement à toute attente, alors que j'avais porté le plus sombre pronostic. Peut-être à cause de la mise en œuvre de toutes les ressources que la médecine offre aux chirurgiens, peut-être à cause du dévouement et du savoir d'excellentes infirmières ; sûrement aussi *parce que l'appendice a toujours été sorti*, la protection et le drainage associés le plus largement.

Et si je compare mes chiffres des deux périodes, ils sont meilleurs depuis que j'opère à toute heure, qu'au temps où je me limitais aux 48 heures.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine (1)

Par **Pr. MERKLEN**

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

IV. L'internat

Il y a une question de l'internat qui ne saurait rester longtemps méconnue sans dommage. Sur les inconvénients du concours actuel tout a été si bien et si souvent dit qu'il est superflu d'y revenir ; le psittacisme y occupe une place dominante avec tous les inconvénients qu'il comporte, et ceux-ci, on le sait, se montrent assez inquiétants. Mais les plaintes seraient vaines s'il n'était essayé d'y remédier.

Deux éléments sont à envisager. L'un demande que soit gardé le bon de la copie, l'autre que le concours ne reste pas inférieur au niveau de l'évolution médicale actuelle.

Si les compositions d'internat ont été passées au crible d'une juste critique, elles ont cependant de quoi se défendre. Nul doute que grâce à elles ne soient emmagasinées de nombreuses notions qui augmentent sérieusement le bagage de leurs possesseurs, qu'elles ne mènent à considérer un sujet dans son ensemble et dans ses incidences, qu'elles n'apprennent à comprendre et à exposer clairement. L'arbre est fécond. Il le serait bien davantage si on lui infusait un suc nouveau et si à l'effort de mémoire se joignait un effort de construction personnelle. Mais il me semble chimérique d'espérer que le *modus faciendi* qui s'est installé dans la préparation de l'internat varie de si tôt; tâchons donc de lui trouver atténuation.

Celle-ci s'obtiendrait en rapprochant le concours des besoins de plus en plus impérieux de la médecine. Il est vraiment inacceptable qu'un étudiant puisse arriver à l'internat sans s'être préoccupé d'études de laboratoire, comme si l'examen du malade était terminé une fois terminée la visite. Combien y a-t-il de jeunes gens parmi les reçus à l'internat capable de doser l'urée ou le sucre du sang ? Ils en savent ce qu'ils ont gardé de leurs travaux pratiques de chimie, et j'ai bien peur que ce soit plus que maigre. Mais, ai-je entendu dire, ils sont internes pour en faire l'apprentissage. Pardon ; dans notre médecine actuelle l'internat ne saurait s'aborder sans un certain acquis biologique. Noël Fiessinger écrit excellemment (*Journal des Praticiens*, 26 septembre 1936, p. 1916) : « Le programme actuel de l'internat est un programme suranné ; il faut le changer, l'adapter, le moderniser. La médecine fait tout de même des progrès et les internes doivent les connaître. Il me semble que ce n'est pas trop demander d'une élite, qui un jour doit prendre la tête des animateurs de la médecine et de la chirurgie françaises ».

Convient-il donc d'introduire dans l'internat des questions de laboratoire ? Je n'en crois rien. Je crois même que ce serait encore aggraver la situation. Qu'en serait-il en effet ? Il en serait que les candidats apprendraient par cœur les questions de biologie comme ils le font des questions cliniques, et ce serait tout. Il y aurait même cette

(1) Voir *Progrès médical*, 2 et 16 janvier 1937.

aggravation que l'hôpital leur montre les maladies sur lesquelles ils écrivent, tandis que rien ne les forcerait à pénétrer dans un laboratoire.

A mes yeux il n'est qu'une modalité possible, *l'épreuve pratique*. On ne me dira peut-être pas non. Mais on invoquera une impossibilité dont je ne suis pas persuadé.

Cette épreuve remplacerait l'oral, qui n'est qu'un concours de pathologie renouvelant et prolongeant celui de l'écrit et se poursuivant selon le même processus. Cet oral est loin de se montrer indispensable. Je ne suis pas le premier à ne pas le considérer comme intangible ; Maurice Renaud notamment a défendu ce même point du vue.

Substituer le pratique à l'oral n'est pas faciliter le concours, puisque c'est y introduire une formule nouvelle. Or là apparaît précisément l'avantage ; un autre effort serait exigé du cerveau que celui de la rédaction, un effort auquel la main aurait sa part que tous les jours la médecine exige plus large.

Pour chaque séance seraient convoqués un certain nombre de candidats dans un laboratoire où tout serait préparé.

Un jour on leur demanderait de pratiquer un dosage d'urée de l'urine, un examen cytologique du culot, un examen de suc gastrique, etc...

Un autre jour ils trouveraient des préparations histologiques à colorer et à interpréter.

Un troisième jour ils auraient rechercher si des crachats contiennent des bacilles de Koch, quels sont les microbes de tels pus.

Ou bien ils détermineraient le ou les microbes présents dans telle culture.

Ou bien ils établiraient la cytologie d'un liquide céphalo-rachidien, ou ils liraient la formule sanguine d'un sang sur lame.

Tout cela dans les limites de ce que l'on peut demander à des jeunes gens de l'âge des aspirants à l'internat. Sans doute de ce dernier la préparation se montrerait assez modifiée ; mais les intéressés se plaindraient-ils d'être mis en contact avec des réalités ?

Le concours en serait-il allongé ? Guère par rapport à l'oral actuel, pour peu que le jury ait acquis l'expérience de l'organisation nécessaire. Plusieurs candidats pourraient au surplus poursuivre les mêmes épreuves simultanément. Et aussi avec de la bonne volonté réglerait-on les questions matérielles de façon à ne pas se laisser déborder par elles. Y eût-il même pour eux quelques inconvénients, les jurys les accepteraient à coup sûr une fois persuadés de l'utilité de la réforme.

Je ne présente bien entendu ici qu'un plan général à étudier et à creuser. Mais je demande instamment à ceux qui ont charge de l'avenir de l'internat d'étudier et de creuser au plus tôt, sans continuer à se laisser distancer par la marche en avant de la médecine ; il pourrait être dangereux de tergiverser. Dangereux aussi que le principe de l'anonymat servît à maintenir ce qui est errement.

Un mot encore. Je n'ai visé, en écrivant ces lignes, que l'internat de Paris dont on sait l'importance et sur lequel les autres se modèlent de plus ou moins près. Mais je dois ajouter que parmi ceux-ci il en est différents qui ont le mérite d'avoir introduit dans leurs programmes des épreuves dites de garde ou autres de ce genre. Paris admet que le nombre de ses candidats lui est à cet égard une entrave. On a vu que je ne le crois pas : tant de choses ont été dites inexécutables qui nous paraissent plus tard naturelles.

« Les étudiants, dit-on, sont moins attentifs qu'autrefois et moins travailleurs. Le reproche est sans doute vieux comme le temps. La paresse est inhérente à l'humaine nature. » (Docteur Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la société moderne. Editions Delmas.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1937

La thoracoplastie, médication équilibrante de l'appareil circulaire et accessoirement de l'appareil digestif). — *M. Maurice Perrin* (de Nancy) a fait pratiquer la thoracoplastie chez une jeune femme ponr remédier aux déviations provoquées par un fibrothorax gauche, consécutif à un pneumothorax et à une pleurésie purulente, opérée et guérie. Les déviations viscérales considérables entraînaient des troubles circulatoires graves et des troubles digestifs importants ; la malade était condamnée à l'inaction et dépérissait.

La thoracoplastie, qui n'avait alors aucune indication pulmonaire ou pleurale, fut utilisée comme médication équilibrante de l'appareil circulatoire, et accessoirement des fonctions digestives. Elle fut faite il y a deux ans, et produisit l'effet désiré, c'est-à-dire le retour du cœur, du médiastin et de l'hémidiaphragme en position normale. Les résultats, rapidement excellents, se sont maintenus.

Sels halogénés de magnésium et anaphylaxie. — *M. Delbet.*

L'influence du magnésium sur le cancer expérimental. — *M. Serbescu.*

Election de deux correspondants étrangers dans la division de médecine vétérinaire. — *Classement des candidats* : en première ligne : MM. RUBAY, de Bruxelles et GERLACH, de Vienne ; en seconde ligne, *ex-æquo*, et par ordre alphabétique :

MM. LANFRANCHI, de Boulogne, MAREK, de Budapest, MOHLER, de Washington, NOWAK, de Cracovie, UDRISKI, de Bucarest.

MM. Rubay et Gerlach sont élus.

M. Pierre-Joseph Rubay, né à Saint-Amand (Hainaut) le 1er mai 1868, est recteur de l'Ecole de médecine vétérinaire de Bruxelles. M. François Gerlach, né le 11 janvier 1891 à Vienne, est directeur de l'Institut fédéral pour la lutte contre les maladies infectieuses du bétail.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1937

Remarques sur deux observations de néphrite chronique de l'enfance avec troubles du développement (nanisme rénal). — *MM. Robert Debré, D. Nachmansohn, Julien Marie* et *Bidou* rapportent deux observations de néphrite chronique de l'enfance remarquables par leur latence, l'importance de la polydipsie et de la polyurie, les troubles des glucides, l'arrêt du développement.

La latence de la néphrite est telle que pendant plusieurs années les analyses d'urines répétées n'ont pas révélé la présence d'albumine, la tension artérielle fut toujours normale. Le deuxième fait remarquable est le caractère de la polydipsie et de la polyurie.

En effet, la part prépondérante de ce symptôme et surtout sa précocité inhabituelle à ce degré dans les néphrites chroniques ordinaires risque d'entraîner une confusion avec la polyurie insipide. Ce diagnostic fut d'abord posé dans ces deux cas. Les auteurs insistent sur les caractères permettant de différencier la polyurie de ces néphrites de celle du diabète insipide. Les troubles des glucides constatés chez l'un des enfants consistent en glycosurie peu abondante et intermittente avec une courbe d'hyperglycémie comparable à celle constatée dans le diabète vrai. Enfin, l'arrêt de la croissance est très remarquable chez ces deux enfants.

Ainsi ces variétés de néphrites chroniques de l'enfance sont accompagnées de nanisme, de polydipsie et de polyurie précoce rappelant celle du diabète insipide. D'autres manifesta

tions, inconstantes celles-là, peuvent s'observer : troubles du métabolisme, des glucides, troubles des lipides avec une obésité particulière et enfin troubles minéraux avec rachitisme tardif. L'ensemble de ces troubles traduit bien un dérèglement du système endocrinien.

Envisageant les rapports entre ces troubles et la néphrite chronique, les auteurs se demandent si la cause de la néphrite et celle des troubles endocriniens sont identiques et émettent l'hypothèse de l'origine centrale de la néphrite.

M. Et. Bernard croirait volontiers à l'origine toxique ou infectieuse de ce double syndrome.

Allocution de M. Rist, président sortant,

Allocution de M. Milian, président pour l'année 1937.

Caverne cancéreuse du poumon révélée par l'injection de lipiodol. — *MM. Ch. Flandin, M. Parat, C. Paumeau-Delille* et *P. Auzépy* rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cancer primitif du poumon. La caverne invisible au centre du néoplasme a été mise en évidence par le lipiodol injecté par voie haute ; l'image obtenue fut celle d'un lac lipiodolé à contours irréguliers.

L'examen anatomique de la pièce fournit une explication de ce fait exceptionnel : le lipiodol a pénétré dans la caverne à la faveur d'une dilatation strictement localisée de la bronche de drainage.

Cette dilatation localisée de la bronche de drainage semble due à l'hypertrophie bénigne mais considérable des glandes bronchiques.

Gros ventre, aménorrhée et masque pigmentaire chez une jeune femme atteinte de Kala-Azar autochtone. — *MM. d'Œlnitz, L. Vian* et *R. Barbe*. — L'examen d'une jeune femme se croyant en état de grossesse montra qu'il s'agissait d'une leishmaniose viscérale, diagnostic confirmé par une série d'épreuves biologiques.

Les auteurs donnent la préférence à la recherche des parasites par ponction sternale et à la photométrie défloculation du sérum par les sels d'antimoine permettant de surveiller l'évolution de l'infection. La guérison fut obtenue par le traitement stibié.

A propos des tuberculoses mixtes. — *M. Marfan* montre que les observations apportées par M. Bourgeois à une précédente séance ne sont nullement en contradiction avec les faits observés par lui autrefois.

S'il est exceptionnel de constater des lésions de tuberculose pulmonaire évolutive chez des sujets porteurs d'écrouelles guéries avant l'âge de 15 ans, il est fréquent que la tuberculose pulmonaire survenant chez des malades porteurs de lésions ostéo-articulaires évolue favorablement.

Diagnostic du siège et de l'étendue des cavernes pulmonaires par la tomographie. — *MM. Bernard* et *Mc Dougall* montrent l'intérêt de la tomographie (radiographie limitée à un plan) pour le diagnostic précis des cavernes pulmonaires. Certaines cavernes sont une surprise de la tomographie, soit que les radiographies habituelles aient montré des ombres homogènes non excavées, soit qu'elles aient révélé seulement un épaississement de la trame, soit même qu'elles n'aient pas permis de conclure à un aspect nettement pathologique. Cela s'observe notamment quand la lésion siège dans une zone de lecture habituellement difficile : entrecroisement de côtes, etc.. Par ailleurs dans un hémithorax sombre, là où on pourrait croire à un fibrothorax cicatriciel, le tomogramme peut révéler la présence d'une caverne.

Les tomogrammes en série, c'est-à-dire pratiqués pour le thorax à des profondeurs différentes, permettent de situer exactement le siège d'une caverne et son volume dans le sens antéropostérieur. Il faut noter à ce sujet la fréquence du siège postérieur des cavernes.

La chirurgie pulmonaire est destinée à bénéficier largement de cette nouvelle méthode tant dans la précision du diagnostic topographique avant l'intervention que dans l'étude de l'aspect des lésions après les temps opératoires. Dans ce dernier cas en particulier, là où une radiographie ordinaire ne montre souvent qu'une obscurité diffuse, difficile à interpréter, le tomogramme peut révéler la persistance d'une caverne et amener ainsi à poser les indications d'une résection costale supplémentaire.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Une formule simple pour le traitement des brûlures

MM. Monnerot-Dumaine et Gaëtanopoulos préconisent (*Soc. de thérapeutique*, 4 novembre 1936) une colle dont la formule est :

Tannin .... }
Eau chaude .... } ââ P. E.

sans adjonction d'aucun excipient.

Avec cette colle, ne traiter que des brûlures récentes ne datant pas de plus de quarante-huit heures.

Toute la surface de la brûlure est nettoyée, par exemple avec des boules de coton imbibées d'eau savonneuse, puis rincée à l'eau pure, les phlyctènes sont ouvertes et leur pellicule soigneusement découpée aux ciseaux. La solution tannique est alors appliquée largement, soit avec un pinceau, soit avec une compresse tenue avec une pince. Les surfaces cruentées deviennent blanchâtres. On laisse sécher, ce qui est rapide, surtout si on évente un peu. Il n'y a aucun pansement à faire.

Les jours suivants, s'il y a de nouvelles phlyctènes, on les ouvre et on y applique la solution tannique. Une meilleure technique consiste à laver les brûlures à l'eau tiède pour dissoudre le tannin, et à réappliquer une couche. Cela permet de dépister de petits foyers infectés qui seraient formés sous la pellicule tannique malgré la désinfection.

Au bout de quelques jours, les croûtes tanniques tombent laissant apparaître un jeune épiderme. Les cicatrices sont réduites au minimum.

Rein cardiaque et cœur rénal

On use volontiers, en clinique, du terme cardio-rénal, embrassant soit la défaillance cardiaque consécutive à une néphrite chronique, soit la congestion rénale passive au cours d'une cardiopathie.

Si, du point de vue clinique, cœur rénal et rein cardiaque méritent d'être opposés, il n'en demeure pas moins vrai que, du point de vue thérapeutique, ils relèvent d'une même médication diurétique et cardio-tonique.

Cette double médication peut dit M. J. Bonnet (*Science médicale pratique*, I. 15. VII. 1936, p. 426) être réalisée aisément par l'emploi de l'aminophylline (Caréna) ainsi que l'on montré l'expérimentation et la clinique. On peut, grâce à elle, réaliser une véritable prophylaxie du fléchissement du myocarde. Mais, lorsque ces signes seront nettement apparus, sont association aux toni-cardiaques usuels en potentialisera les effets.

On obtient en effet, par son emploi (0 gr. 50 à 1 gr. par la bouche, en trois ou quatre fois), un accroissement de l'irrigation propre du cœur par dilatation des vaisseaux coronaires ; il en résulte un accroissement du débit systolique indépendamment de toute accélération cardiaque. Le tonus général circulatoire se trouve donc amélioré et il en résulte un effet diurétique indirect important.

En même temps, par les propriétés réno-dilatatrices et diurétiques que l'aminophylline possède en commun avec tout le groupe des xanthines, elle augmente la diurèse (qui atteint facilement deux litres) et contribue au maintien de la réserve alcaline du sang par élimination urinaire des acides.

Chez l'asystolique qui congestionne son rein, Caréna va déclencher la diurèse et contribue à « lever les barrages » et à dégager les stases viscérales. On l'administrera par la bouche en comprimés ou en gouttes (0 gr. 50 à 1 gr. par jour, en plusieurs fois, après le repas). On peut encore, pour ménager l'estomac de tels malades, la prescrire en petits lavements à garder.

« L'aminophylline présente donc l'énorme avantage pour le praticien d'être totalement atoxique, extrêmement efficace et facile à manier, de n'avoir aucune contre-indication, d'être en fin de compte, une médication cardio-rénale éprouvée ».

Traitement de la cystite tuberculeuse par l'antigène méthylique

Parmi toutes les thérapeutiques employées, c'est l'antigène méthylique qui a fourni à M. E. Chauvin, de Marseille (*Congr. d'urologie*, octobre 1936) les résultats les plus constants et les plus nets, soulageant de façon marquée et parfois complète les troubles de la cystite bacillaire : les douleurs se calment, les mictions s'espacent, le sommeil redevient possible et l'état général se remonte.

On peut obtenir, sinon une guérison réelle de la tuberculose rénale, ce qui est souvent impossible, du moins une guérison fonctionnelle, ce qui est toujours hautement appréciable.

VARIÉTÉS

Paul LE GENDRE

Quelques souvenirs

J'étais externe du Professeur Grancher lorsque je connus Le Gendre. C'était aux Enfants-Malades en 1891. Il était chef de Clinique du service. Autour de lui et du Maître travaillait une équipe de jeunes médecins peu connus alors, mais qui devinrent des maîtres à leur tour, Queyrat, Morax, Ernest Gaucher, de qui je me rappelle les « sorties » originales et véhémentes. Grancher qui pressentait déjà à cette époque éloignée l'importance des spécialités avait organisé les choses ainsi, et faisait profiter ses petits malades de ce qui était alors une innovation. En fait, Le Gendre, de qui le maître préféré fut Bouchard, dont il recueillit les leçons magistrales à la Faculté, s'intéressa toujours à l'enfance, à la pédiatrie. Il avait primitivement songé à se préparer à l'enseignement en entrant à l'Ecole normale supérieure. Cette préoccupation ne le quitta jamais, l'étude de la pédiatrie le conduisit naturellement à la pédagogie et aux questions d'hygiène scolaire. Il fonda avec Albert Mathieu la *« Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire »*. Cette association fut prospère et féconde, elle existe encore. Les actuelles associations de parents d'élèves en sont une émanation, déjà ancienne et fort utile. Dans ce domaine, l'initiative de Paul Le Gendre fut très remarquable et ne doit pas être oubliée. Plus tard, l'Académie de médecine lui permit, chaque fois que la docte assemblée fut consultée sur les questions de surmenage scolaire, de programmes, etc., de prendre part aux discussions, de les orienter avec toute sa compétence, et de leur donner un heureux aboutissement.

Entre temps, Le Gendre s'occupa — de quoi ne s'occupa-t-il pas ? — tout imprégné qu'il était de l'enseignement du Professeur Bouchard, des maladies de la nutrition et des voies digestives.

Comment ne se fût-il pas intéressé également au problème de la tuberculose qui se renouvelait alors, avec les travaux de Villemin, de Koch et les nouvelles méthodes de traitement en sanatorium instaurées en Allemagne dès 1890. Il suivit de près le nouveau mouvement de thérapeutique antituberculeuse qui se produisit en France avec Armaingaud, Sabourin, il en comprit toute la portée pratique individuelle, collective et sociale. Atteint plus tard dans sa santé personnelle, il prêcha d'exemple, en se traitant opportunément et efficacement, quittant Paris pour vivre temporairement sous un climat mieux approprié à son état, et il put ainsi guérir, et atteindre un grand âge, sans que ses facultés intellectuelles, son activité fussent le moins du monde diminuées.

Il était disert, c'est-à-dire qu'il parlait, qu'il causait, avec abondance, facilité et non sans élégance ni esprit ; et il écrivait de même.

Les médecins feront de Paul Le Gendre, un suprême éloge lorsqu'ils diront qu'ils perdent en lui celui d'entre leurs confrères qui, toute sa vie, se montra, en les éclairant, en les guidant, en les appuyant, en les défendant au besoin, leur plus grand ami. D'abord, il leur donna l'exemple du travail désintéressé utile aux malades, il leur apprit leur art, avec la meilleure façon de l'exercer, de le pratiquer, de comprendre et d'accomplir leur tâche, de faire leur devoir... Non seulement, Le Gendre fut un inlassable professeur de déontologie, mais il ne dédaigna jamais d'entrer dans l'examen et la discussion des cas particuliers. Ses articles du *Concours Médical* en témoignent. Il fut toujours le grand avocat des médecins, il sut, dans les cas de contestation les plus épineux, plaider leur cause avec sagesse et modération, et conclure avec équité. Il fut donc le grand tuteur, le grand défenseur, le grand ami des médecins. Il les engagea sans cesse à s'unir, leur prêcha la concorde, l'union fécond et l'amitié. Son grand cœur ne pouvait admettre ni même comprendre l'invidia. Il la repoussa toujours. Certes, il eût approuvé pleinement ce que m'écrivait ces jours-ci, en réponse à mon envoi de vœux, mon grand ami marseillais, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, qui soulignait toute la valeur de *l'amicitia medicorum* formule inusitée, ajoutait-il, la seule vraie cependant ».

Il était, il va sans dire, un apôtre fervent, un serviteur zélé, ardent et dévoué du syndicalisme médical bien compris. Sur ce terrain, il fut un précurseur éclairé et un des premiers pionniers. La bonté, est-il besoin de le souligner, était sa vertu cardinale, il savait qu'elle doit être celle du médecin et toute sa vie professionnelle ne fut, pour ses malades, pour ses élèves, pour ses confrères qu'une longue illustration de cette vérité.

Bonté agissante et méticuleuse peut-on dire, se traduisant par les procédés obligeants les plus délicats, dans chaque occasion. Les nombreux correspondants de Le Gendre peuvent dire qu'il ne laissait jamais une de leurs lettres sans une réponse, où se marquait toujours son souci d'être mieux que poli, agréable, serviable et compréhensif ; exemple à proposer aux jeunes d'aujourd'hui. Dans notre carrière, je ne vois guère que mon regretté maître Louis Brocq qui fut, pour sa correspondance, d'une ponctualité aussi rare.

Tel fut, à mes yeux, sous quelques aspects, le grand confrère que nous venons de perdre. Loin de moi la prétention d'avoir voulu dire tout ce qu'il fit, de bien, de bon et d'utile : des pages et des pages n'y suffiraient pas (1).

Dans ce journal auquel collaborait souvent Paul Le Gendre et qu'il aimait, je ne fais que retracer à grands traits la belle figure d'un homme éminent qui voulut bien m'honorer de son amitié bienveillante. Je remercie d'autant plus vivement le *Progrès Médical* de m'y voir autorisé que je m'en sens moins digne.

Dr René MATTON.

Echos et Glanures

Impressions de malade. — *Quelques semaines avant sa mort, René Puaux avait dicté un article qui, paru d'abord dans la* NEUE FREIE PRESSE, *vient d'être publié par* AUX ECOUTES (9 janvier 1937). *Pages singulièrement émouvantes qui pourraient prendre place dans un livre, toujours à écrire, sur la psychologie des malades.*

Les trois docteurs sont encore restés terriblement longtemps seuls dans mon bureau à délibérer sur mon état, sur ce qu'ils me diraient et sur le traitement à suivre. Cette attente est pour le malade l'équivalent de ce que doit être la délibération du jury pour l'accusé en cours d'assises. Quel verdict va-t-on rapporter ?

Il devrait y avoir dans les Facultés des leçons de psychologie et d'art oratoire. On ne peut pas parler de la même façon à tous les malades. Il y a l'orgueilleux à qui on peut dire : « Vous avez quatre-vingts chances sur cent de ne pas guérir. Si vous vous en sortez, ce sera par le miracle de votre tempérament et de votre volonté ». Il y a le craintif pessimiste auquel on peut carrément affirmer : « Vous n'avez rien du tout, nous ne vous gardons au lit que pour vous forcer à prendre un repos bien mérité et que vous n'oseriez pas vous offrir ».

Il y a l'esprit fort auquel il faut avouer au moins une partie de la vérité, car trop d'optimisme révolterait son sens critique et lui ferait douter de tout.

Il y a bien d'autres caractères vis-à-vis desquels les nuances sont obligatoires. Je ne sais pas à quelle catégorie j'appartiens. J'aimerais tout à la fois savoir exactement ce qui m'attend et il ne me déplaît pas en même temps que l'on me mente et l'on doit me mentir.

(1) Les Biographies Médicales. Le Dr Paul LE GENDRE par le Dr Pierre MAUREL. Paris, J.-B. Baillière, fév. 1935.

Je fais confiance à la science et voilà tout.

On a fait des prises de sang, on m'a ausculté sur toutes les coutures, on a pris d'impressionnantes images aux rayons X de mon crâne, ces clichés feraient de belles illustrations pour une interprétation *up to date* du *poor Yorick* des fossoyeurs d'Hamlet et je m'étonne qu'un de nos jeunes auteurs, épris de psychanalyse, n'ait pas orné d'une photo de ce genre le frontispice d'un de ses plus récents ouvrages. Un ophtalmologiste de la Faculté a examiné mes yeux avec des instruments compliqués. Un médecin électricien m'a promené sur le corps des petites baguettes lançant des étincelles, et s'est amusé à faire remuer les muscles de la main gauche en touchant les nerfs de la main droite. J'ai eu comme cela, autrefois, un petit jeu de correspondance géographique qui me fut donné pour mes étrennes. Mon dentiste a pris des radios de ma mâchoire. Le plus savant des neurologues m'a frappé les jointures avec un petit marteau de caoutchouc comme en ont les prestidigitateurs.

De tout cela, il ressort que mon intelligence est intacte, mais qu'une infection dentaire trouvant un terrain favorable du fait du surmenage, a provoqué un arrêt du fonctionnement des nerfs moteurs du côté droit et une insensibilité faciale du côté gauche.

Ce n'est pas une attaque, car la maladie s'est manifestée et développée lentement, progressivement, mais les résultats sont les mêmes : impossibilité d'écrire et de marcher, diplopie qui rend la lecture difficile et intense lassitude. A cela, on remédie par des injections intraveineusse, ponction lombaire et repos absolu.

Ma fille cadette, qui est fort pieuse et étudie la philosophie, m'a relu la célèbre prière de Pascal sur « le bon usage des maladies... ». Je l'ai arrêtée à mi-lecture. Je veux accepter stoïquement et chrétiennement les maux qui m'accablent, mais je ne saurais atteindre le sublime de remercier le Très-Haut de cette épreuve. Je ne peux croire qu'il s'intéresse si personnellement à moi pour attaquer mon système nerveux en vue de mon élévation spirituelle. Il y a certes un « bon usage des maladies », mais il est autre que de préparer spirituellement à la mort. Elles nous donnent sur notre activité passée, comme sur le reste du chemin à parcourir, certaines lumières bienfaisantes. Elles nous permettent aussi de juger de la place que nous tenons dans le cœur de ceux qui nous entourent, de nos collaborateurs immédiats, de nos amis proches ou lointains, de nous rendre compte de la dépendance dans laquelle nous sommes vis-à-vis des autres humains.

Un centre nerveux atteint et nous voilà immobilisés, obligés de dicter au lieu d'écrire, de tout demander, ne pouvant plus rien faire nous-même, de supprimer toute une série de compartiments de notre activité, de modifier même les plans généraux de notre action intellectuelle ou sociale.

Tous ceux qui ont une tâche régulière et doivent se lever chaque matin de bonne heure ont rêvé « une bonne petite maladie » qui leur permettrait de faire la grasse matinée, de chausser des pantoufles et de revêtir une robe de chambre, d'aller s'asseoir dans un fauteuil près de la fenêtre et de ne rien faire, avec la bonne conscience d'y être obligé par l'état de santé. Ils se souvenaient des maladies éruptives de leur jeunesse, des rougeoles et des scarlatines, de la chambre bien chauffée, doucement éclairée avec les cadeaux qu'on leur apportait, y compris peut-être des poissons rouges dans un bocal. C'était le bon temps. On n'allait pas au lycée. On n'avait pas de devoirs à faire. On était entouré, dorloté, choyé. Hélas ! les maladies de l'âge mûr peuvent ne pas avoir ce délicieux caractère et une fois que l'on est dans le fond de son lit, l'on regrette les contraintes matinales qui, la veille, paraissaient si fatigantes et ennuyeuses.

Ceux qui protestent contre cet apparent esclavage du travail moderne ne savent pas ce que c'est que d'être plus ou moins paralysé et d'être prisonnier entre des draps.

Depuis plus de quinze jours que j'attends la venue de la nuit avec la même lassitude désabusée, je récapitule les choses que j'ai faites et que je ne pourrai plus faire.

Evidemment, on est charmant pour moi, on m'envoie des fleurs, on m'apporte des pâtisseries fines, des fruits magnifiques, du caviar gris arrivé le matin même par avion des rives de la Baltique. De jolies visiteuses assises à mon chevet déclarent que j'ai très bonne mine et que le bandeau sur mon œil gauche me donne une des séductions du comte de Neiperg. Je préférerais à toutes ces gâteries et tous ces compliments l'indépendance de mes mouvements et la liberté de mes actes. Bonnes gens qui vous promenez dans les rues, qui courez après l'autobus, qui dépliez votre journal, vous asseyez à votre table, qui pouvez griffonner un mot affectueux à un ami ou une amie dans la peine ou dans la joie, qui vous servez de vos deux mains en déjeunant et en dînant, vous ne savez pas combien toutes ces choses qui vous paraissent normales sont, au fond, un extraordinaire privilège ! Vous pouvez et vous devez, à chaque minute en remercier le ciel. Du fond de mon lit de malade, je vous crie avec une sincérité passionnée : jouissez de la vie dans ses manifestations les plus ordinaires, on n'en comprend la beauté que lorsque l'on en est privé. Ne remettez pas à plus tard ce que vous pouvez faire aujourd'hui et si vous êtes un jour atteint comme moi d'incapacité, préparez pour l'instant de la guérison un hosanna frénétique dont la clameur couvrira toutes les autres petites misères qui ne comptent pas.

« Le bon usage des maladies » est de faire apprécier le prix de la simple santé, même médiocre, et de donner aux ennuis de l'existence une place de tout dernier ordre.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les enfants des tuberculeux. *Contamination familiale, prophylaxie*, par Christian Paul. « Les cahiers de la tuberculose ». Un volume in-8o de 226 pages, avec figures, 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Le Docteur Christian Paul met en évidence l'extrême variabilité des manifestations pathologiques rencontrées chez ces enfants. Ces réactions vont depuis le simple état allergiques latent révélé par une cuti-réaction à la tuberculine positive jusqu'aux poussées congestives graves et aux formes ulcéro-caséeuses.

Les enfants les plus jeunes, ceux qui ont été le plus en contact avec le sujet infectant ne sont pas nécessairement ceux qui présentent les lésions les plus nettes et les plus évolutives.

Christian Paul insiste sur l'importance des « causes secondes » qui jouent dans le déterminisme des accidents tuberculeux un rôle essentiel (surmenage, conflits familiaux, émotions, etc.).

Du point de vue pathologie générale, l'auteur expose les idées de Bezançon et Braum sur les aspects radio-cliniques de la primo-infection tuberculeuse ou plus exactement de ses reliquats.

Si dans certains cas on retrouve la trace du chancre d'inoculation

classique, il semble que bien plus souvent, des inoculations plus discrètes et disséminées dans les deux champs pulmonaires déterminent des reliquats eux aussi plus nombreux et plus effacés.

Ce serait ces aspects de « tramite initiale diffuse » qui peut rester perpétuellement latente ou au contraire constituer le point de départ de nouvelles manifestations pathologiques.

Ces quelques considérations font de l'ouvrage de Christian Paul un document essentiel tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue social.

Embryologie et génétique, par Thomas HUNT MORGAN, traduit de l'anglais par Jean ROSTAND. Paris, N. R. F., 43, rue de Beaune, in-16, 352 p., 18 francs.

Le nom de Thomas Hunt Morgan est principalement lié aux découvertes qu'il a effectuées sur la mouche du vinaigre et qui constituent le fondement de la théorie chromosomique de l'hérédité. Elles lui ont valu, en 1933, le prix Nobel des sciences biologiques On lui doit, en outre, une foule de travaux sur les questions les plus diverses : développement de l'œuf, parthénogenèse, régénération des tissus, auto-fécondation des organismes hermaphrodites, détermination du sexe, hormones sexuelles.

Dans ce livre, *Embryologie et Génétique*, il dresse une vaste synthèse de la biologie moderne. La génétique, science de l'hérédité, étudie la nature des potentialités vitales et la manière dont elles se transmettent d'une génération à l'autre par l'intermédiaire des cellules reproductrices. Quant à l'embryologie, science du développement, elle vise à connaître les procédés souvent complexes par lesquels les potentialités de la cellule première se réalisent dans l'organisme achevé. Encore que les deux sciences se soient développées de façon indépendante, leur connexion n'est point équivoque, et chacune ne peut que gagner à s'inspirer des enseignements de l'autre. Ce sont précisément leurs relations profondes que Morgan s'attache à marquer dans cet ouvrage.

Fonctions psycho-motrices et troubles du compartiment, par Ed. GUILMAIN. Préface du Docteur Henri Wallon. Un volume in-8° de 132 pages. Foyer Central d'hygiène, Paris, 1936.

Figurant parmi nos plus remarquables professeurs de l'enfance anormale et unissant à la compétence éducative des connaissances psychologiques rares chez certains de ses collègues, M. Guilmain nous donne un volume qui expose la technique des tests psycho-moteurs qu'il utilise. Mais ce que je considère comme particulièrement intéressant ce sont ses considérations sur les fondements de cette activité psycho-motrice. Pour bien saisir l'importance de celle-ci il importe de saisir la relation qui unit les phénomènes moteurs et les attitudes aux particularités de l'esprit et du caractère. Comme l'indique le Docteur Wallon dans une brillante préface, longtemps l'appareil moteur a été traité comme un instrument extérieur à la conscience : c'est une erreur ; et c'est pourquoi M. Guilmain s'appuyant sur ces données plus modernes, indique les relations entre ces phénomènes psychiques et moteurs et en extrait des indications pour la rééducation motrice des déficients.

Le livre comprend deux parties divisées elles-mêmes en chapitres ; en voici l'énumération qui, à elle seule, indique la valeur des questions envisagées.

Première partie : les tests psycho-moteurs : 1) Leurs bases psycho-physiologiques ; 2) l'examen psycho-moteur ; 3) les révélations psycho-motrices.

Deuxième partie : 1) Qu'est-ce que la rééducation psycho-motrice ; 2) Rééducation d'activité tonique ; 3) Rééducation d'activité de relation; 4) Rééducation de la maîtrise motrice.

En ce qui concerne la deuxième partie, je ne saurais trop attirer l'attention des médecins sur une technique qui a fait ses preuves et est mise en œuvre par un éducateur de déficients. Trop souvent les praticiens qui s'occupent d'éducation physique ne tiennent par compte de la débilité motrice de leurs clients : ils ne songent pas à utiliser des méthodes qui, sous le prétexte de convenir aux anormaux, ne sont pas d'usage comme avec les normaux Or un enfant même très intelligent a souvent des tares motrices qui doivent être corrigées.

Telle est la raison qui m'a poussé à rendre compte de ce travail dû à un instituteur dans un journal médical, travail à la fois pratique et éminemment scientifique, et qu'on ne saurait trop vanter.

G. PAUL-BONCOUR.

Divers

Histoire de la poésie française. XI. Au temps de la Révolution, par Emile FAGUET. Un volume. Prix : 15 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Ce sont les poètes du temps de la Révolution plutôt que les poètes de la Révolution, c'est-à-dire inspirés par elle, qui sont étudiés dans ce

volume. Et à le lire on trouve l'occasion de faire connaissance avec des esprits intelligents et ingénieux ; de temps en temps même, à travers cette petite chanson, monotone et à demi-voix, que chantent tous ces poètes, nous entendrons, dit l'auteur, un très beau cri, jeté par un Chenier ou un Rouget de Lisle ; et cela vaut bien la peine de consacrer une étude à ces hommes très distingués, qui font encore honneur à notre littérature.

Les Livres de la semaine

Association française de pédiatrie (**Neuvième Congrès de l'**). **Discussion des Rapports**. 185 p. Br. : 35 fr. *Masson et Cie.*

Association française de Pédiatrie (**Neuvième Congrès de l'**). **Rapports**. (15,5/24), 360 p. 24 fig. Br. : 45 fr. *Masson et Cie.*

BORDIER. **Diathermie et Diathermothérapie**. 457 p. Br. : 50 fr. *J.-B. Baillière et fils.*

BRAINE (J.) et RIVOIRE (R.). — **Chirurgie des glandes parathyroïdes**. (21,5/17), 174 p. 14 fig. et 1 pl. en coul. Br. : 45 fr. *Masson et Cie.*

CHABRE (Paul). — **Les huiles de foie de morue. Leur teneur en vitamines A et D**. (16,5/25), 208 p. 36 fig. et graphiques. Br. : 36 fr. *Masson et Cie.*

CHARRIER (A.), CHARBONNEL (M.). — **Tactique opératoire des affections de la plèvre et du poumon**. Coll. La tactique opératoire. 260 p. Br. : 80 fr. *G. Doin et Cie.*

DÉROT et DÉROT-PICQUET. — **Les hépatonéphrites**. (16/24), 106 p. Br. : 25 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

DOGNON et BIANCANI. — **Ultra sons et Biologie**. Coll. des Actualités radiologiques. 89 p., 22 fig. Br. : 25 fr. *Gauthier-Villars.*

DONZELOT (E.). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pathologie cardio-vasculaire**. (16,5/24), 80 p. Cart. : 24 fr. *Masson et Cie.*

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (R.) et KOSSOVITCH (N.). — **Antigènes, Hétéro-antigènes et Haptènes**. (16/23), 108 p. Br. : 30 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

HAUDUROY (Paul), EHRINGER (G.), URBANI (A.), GUILLOT (G.) et MAGRON (J.). — **Dictionnaire des bactéries pathogènes**. (17/25), 598 p. avec 5 grands tableaux dépliants. Rel. : 140 fr. *Masson et Cie.*

JEANBRAU (E.), SÉNÈQUE (J.), FÈVRE (M.), TIXIER (L.), PATEL (M.). — **Précis de pathologie chirurgicale**. T. VI : **Fractures et luxations acquises et congénitales des membres**. (15,5/20), 906 p. 384 fig. Rel. : 100 fr. *Masson et Cie.*

KOPACZEWSKI (W.). — **Traité de biocolloïdologie**. T. IV. Fasc. VI (25/16). 166 p. Br. : 35 fr. *Gauthier-Villars.*

MAURIAC (Pierre). — **La pathogénie des œdèmes**. Coll. médecine et chirurgie : Recherches et Applications n° 5. (13,5/20), 88 p. Br. 16 fr. *Masson et Cie.*

MONDOR (H.). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie abdominale**. (16,5/24, 98 p. Cart. : 24 fr. *Masson et Cie.*

Actualité sur les ulcères et la pathologie de l'estomac. Coll. Nutrition (16/21,5, 106 p. Br. : 20 fr. *G. Doin et Cie.*

PAILLARD. — **Quelques formes cliniques de lithiase urinaire**. (16/24), 95 p. B. : 25 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

PIETTRE. — **Biochimie des protéines**. (16,5/25), 371 p. Br. : 75 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

POUCEL. — **Naturisme**. (**Une base, un programme**). Coll. Hygiène thérapeutique par les méthodes naturelles. (14/21), 100 p. Br. : 12 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

RATHERY (F.). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies de la nutrition**. (16,5/21), 64 p. Cart. : 21 fr.) *Masson et Cie.*

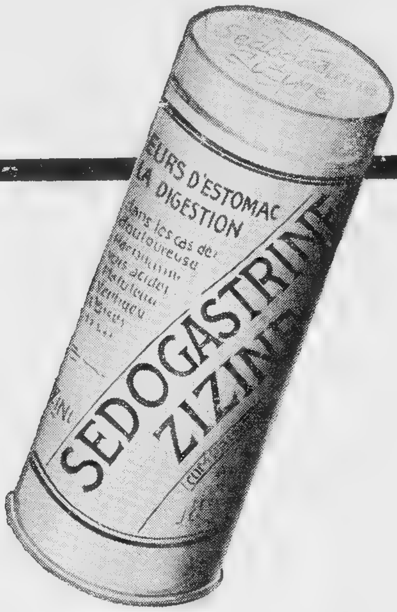
SERGENT (Emile). — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles en pneumonologie clinique**. (16,5/24). 84 p. Cart. : 24 fr. *Masson et Cie.*

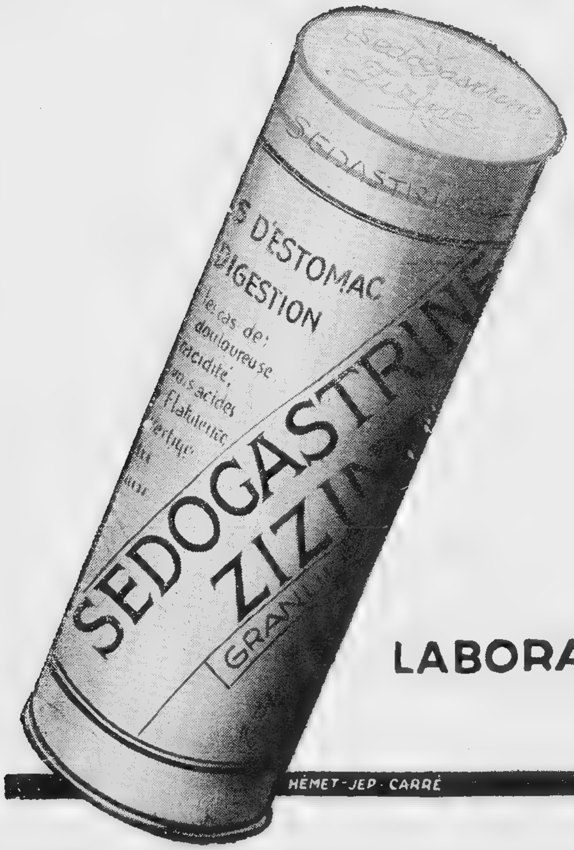
STEPHANI (J.). — **Séméiologie radiographique pulmonaire** .(24/19). 120 p. Br. : 36 fr. *G. Doin et Cie.*

UZAC. — **Accidents produits par l'électricité sur un réseau de chemins de fer électrifié** (15/23), 68 p. 10 fr. *J.-B. Baillière et Fils.*

WEINBERG (M.), NATIVELLE (R.) et PRÉVOT (A.-R.). — **Les microbes anaérobies**. (16,5/25,5), 1.186 p. 161 fig. et 10 pl. hors texte. Br. : 250 fr. *Masson et Cie.*

(D'après la *Bibliographie de la France*.)





Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 5 — 30 JANVIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses.* — 2 février. — MM. SAMBRON : Les chéilites glandulaires. — M. TOUATI : A propos d'un cas de septicémie avec endocardite et infarctus pulmonaires chez un nourrisson de trois mois.

3 février. — MM. MEURIN : Etude clinique de la leptospirose méningée. — M. BERTIN : Les kystes hydatiques calcifiés du foie. — Mlle LANGLÉ : Etude des endocardites malignes. — M. GUÉRIN : L'opothérapie thymique (état actuel de nos connaissances). — M. SCHMITT : Etude des accidents dans l'industrie de l'aniline et ses dérivés.

4 février. — M. BECUVE : Etude de l'anesthésie péridurale segmentaire dans les thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire. — M. MEKDJEAN : Etude de la migraine ophtalmique. — M. RATHLE : Etude d'un traitement du trachome.

6 février. — M. RENAUD : Utilité et possibilité d'adjoindre dans tout hôpital un service d'héliothérapie au service de chirurgie osseuse pour le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — M. BARDIN : L'embolie pulmonaire.

— M. le Docteur André Hahn, bibliothécaire en chef de l'Université de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er janvier 1937, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement du Docteur Lucien Hahn, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Chaire de clinique cardiologque (Hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris-XIVe. Professeur : M. Ch. Laubry.) — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* — Cours complémentaire du lundi 15 février au samedi 27 février 1937. Objet du cours : Les grands syndromes cardio-vasculaires. Questions à l'étude dans le service.

Les leçons seront faites par M. le Professeur Ch. Laubry, avec le concours de M. le Docteur Caussade, de MM. les Professeurs Pezzi (Milan), Doumer (Lille) ; de MM. les Docteurs G. Marchal, P. Soulié, A. van Bocaërt (Anvers), J. Lequime (Bruxelles) et Aïtoff (Paris) ; de MM. les Docteurs D. Routier et J. Walser, A. Jaubert, L. Deglaude, J. Lenègre et R. Heim de Balsac, Th. Brosse, P. Landowski, E. de Véricourt, de MM. Leblanc, M. Poumailloux, F. Joly, J. Louvel, J. Cottet, L. Dugas, J. Scheid et A. Malinsky.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 15 février, 9 h. 30, Professeur Ch. LAUBRY : Le syndrome objectif de l'insuffisance aortique. — 11 heures, Docteur MARCHAL : Rhumatisme cardiaque. — 15 heures, Docteur Heim de BALSAC : Anatomie et radiologie de l'oreillette gauche.

Mardi 16 février, 9 h. 30, Professeur LAUBRY : Pathogénie de l'insuffisance cardiaque. — 11 heures, Professeur PEZZI : Rétrécissement de l'isthme de l'aorte. — 15 heures, Docteur DEGLAUDE : Conceptions générales et applications pratiques de l'électrocardiographie.

Mercredi 17 février, 9 h. 30, Docteur DOUMER : L'hypertension de la quarantaine. — 11 heures, Docteur ROUTIER : Les modes évolutifs du rétrécissement mitral. — 15 heures, Docteur LEQUIME : Le débit cardiaque et ses applications en clinique.

Jeuvi 18 février, 10 heures, Professeur LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur LANDOWSKII : Insuffisance ventriculaire droite.

Vendredi 19 février, 9 h. 30, Professeur LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur LEBLANC : Les réactions pleurales des cardiaques. — 15 heures, Docteur SCHEID : L'hypertension paroxystique.

Samedi 20 février, 9 h. 30, Docteur COTTET : Le foie cardiaque. — 11 heures, Docteur CAUSSADE : Les cardiaques tuberculeux.

Lundi 22 février, 9 h. 30, Docteur A. Van BOGAERT : Les cyanoses congénitales. — 11 heures, Docteur SOULIE : Les accidents cardiaques dans la maladie de Basedow. — 15 heures, Docteur JAUBERT : Considérations bactériologiques sur la maladie rhumatismale et l'endocardite secondaire lente à streptocoques.

Mardi 23 février, 9 h. 30, Docteur AITOFF : L'insuffisance tricuspidienne. — 11 heures, Docteur WALSER : Les aortites. — 15 heures, Docteur LOUVEL : Les acquisitions récentes sur les embolies pulmonaires. — 16 heures, Docteur POUMAILLOUX : La maladie de Roger.

Mercredi 24 février, 9 h. 30, Docteur LENÈGRE : Insuffisance ventriculaire gauche. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Pathogénie des thromboses vasculaires. — 15 heures, Docteur MALINSKY : Le traitement des péricardites. — 16 heures, Docteur ROYER DE VÉRICOURT : L'hypertrophie cardiaque congénitale.

Jeudi 25 février, 10 heures, Professeur LAUBRY : Consultation clinique. — 15 heures, Docteur DUGAS : La thyroïdectomie dans les cardiopathies.

Vendredi 26 février, 9 h. 30, Professeur LAUBRY : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur WALSER : Persistance du canal artériel. — 15 heures, Docteur ROUTIER : Quelques aspects du fond d'œil au cours des cardiopathies. — 16 heures, Docteur F. JOLY : Les manifestations pleuro-pulmonaires de la thrombose coronarienne.

Samedi 27 février, 9 h. 30, Docteur Th. BROSSE : Le système artériel dans l'hypertension. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Le traitement électrique des affections cardio-vasculaires.

Tous les jours à 17 heures, examen dans les salles sous la direction des chefs de clinique et des internes du service : Travaux pratiques (radiologie, électro-cardiographie, mesure du métabolisme basal).

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et au B.R.M.E. (salle Béclard) tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un certificat.

Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques (Centre d'hydrologie et de climatologie des hôpitaux de Paris. Hôpital Necker, salle Renon.) — Ce cours commencera le lundi 1er février 1937, et sera fait avec la collaboration de MM. Haguenau et J. Justin-Besançon, René Cachera, Henry Bith, François Moutier, Brin, Saint-Girons, R. Wahl, Jean Bourgeois et Roger Even, R. Wallich, R. Fauvert et Quirin.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Tous les matins, de 11 heures à 11 h. 30 : Leçon clinique avec présentation de malades sur les sujets suivants :

Les indications créno-climatothérapiques dans : Les maladies du nez, de la gorge et des oreilles (lundi 1er février) ; Les maladies du cœur (mardi 2 février) ; Les maladies des reins (mercredi 3 février) ; Les affections dermato-vénéréologiques

et la gynécologie médicale (jeudi 4 février) ; Les maladies du foie et des voies biliaires (vendredi 5 février) ; Les rhumatismes (samedi 6 février) ; Les maladies des enfants (lundi 8 février) ; Les maladies des vaisseaux (mercredi 10 février) ; Le diabète (jeudi 11 février) ; La tuberculose (vendredi 12 février) ; La goutte et l'obésité (samedi 13 février) ; Les maladies de l'estomac (lundi 15 février) ; Les maladies de l'intestin (mardi 16 février) ; Les maladies de l'appareil respiratoire (mercredi 17 février) ; Les maladies du système nerveux central et périphérique et les troubles psychiques (jeudi 18 février) ; Les maladies des glandes endocrines et de l'appareil vago-sympathique (vendredi 19 février).

Hôpital Saint-Antoine. — Depuis le 22 janvier 1937 ont lieu à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service du Docteur Mathieu-Pierre Weil, les vendredis à 10 h. 1/2, des conférences cliniques de 3/4 d'heure de durée, avec présentation de documents originaux, suivies de discussion et portant sur la PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE.

Les sujets traités dans le premier trimestre seront les suivants :

Vendredi 22 janvier : L'ostéo-chondrite disséquante (M. VIDAL-NAQUET). — Vendredi 29 janvier : Généralités sur la physiologie vertébrale (M. OUMANSKY). — Vendredi 5 février : Physiologie lombo-sacrée (M. OUMANSKY). — Vendredi 12 février : La vie des ligaments (M. MASSART). — Vendredi 19 février : Les traumatismes méconnus de la colonne vertébrale (M. LANGLOIS). — Vendredi 26 février : Les techniques du massage (M. CASALONGA). — Vendredi 5 mars : Le mal de Pott de l'adulte (M. TRÈVES). — Vendredi 12 mars : La spondylolyse (M. RŒDERER).

Les prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — 1° *Prix Gingeot* (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépatobiliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° *Prix Paul Le Gendre* (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposé sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Conférences préparatoires au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire (candidats à quatre inscriptions de médecine).

Une série de conférences d'anatomie, d'histologie et de physiologie destinées exclusivement à la préparation du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1937 est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 1er février prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application), le lundi 1er février, à 20 h. 30.

(Chèque postal, Paris 599) ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médaille du Docteur E. Lesné. — Les élèves et les amis de M. Edmond Lesné, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Armel Beaufils.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à une reproduction de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque (chèque postal, Paris 599) ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

La biologie aérienne. — Un Comité consultatif de biologie aérienne est institué auprès du ministre de l'Air, pour les besoins de l'armée de l'air, pour aider à poursuivre la meilleure adaptation possible de l'organisme humain à la navigation

aérienne militaire et accroître, ainsi, la sécurité et le rendement du personnel navigant.

Ce Comité est composé de membres titulaires et de membres consultants choisis par le ministre et désignés par lui chaque année.

Les membres titulaires comprennent : le médecin général, inspecteur des services médico-physiologiques de l'armée de l'air qui préside le Comité, et diverses personnalités scientifiques qui seront désignées ultérieurement.

Assistance publique. — M. Lauzier, médecin-chef à l'Asile d'aliénés de Clermont, a été nommé secrétaire rapporteur au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Lyon. — La Faculté de médecine de Lyon, comptait l'an dernier, 990 étudiants. Elle en a inscrit cette année 1.082, soit 92 de plus. A remarquer toutefois que le nombre des élèves admis cette année à l'Ecole du Service de santé militaire est plus élevé que celui des années précédentes.

— Les étudiants en pharmacie étaient 280 en 1936, ils sont 320 en 1937, soit 40 de plus.

Sanatoriums publics. — M. le Docteur Nauwelaerts a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium Etienne-Clémentel, à Saint-Jean-d'En-Haut (Puy-de-Dôme).

Sanatorium départemental de Capbreton (Landes) 250 lits pour rachitiques et tuberculeux chirurgicaux, enfants et adultes.

La place de médecin-directeur sera vacante au cours de l'année 1937. Un concours sur titres et sur épreuves est de droit, pourvu qu'il soit réclamé par au moins un des candidats.

Les docteurs en médecine français, pourvus du diplôme d'Etat, désirant que ce concours ait lieu et ayant l'intention d'y prendre part, devront dès maintenant en faire la demande expresse à M. le Préfet des Landes par lettre recommandée avec accusé de réception, celui-ci faisant la preuve de la candidature.

Cette demande devra être accompagnée de l'exposé succinct des titres hospitaliers et scientifiques du candidat.

Le titulaire actuel est logé, défrayé et touche un traitement annuel de 36.000 francs. Il peut faire de la clientèle particulière.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 16 et 17 mars 1937.

S'inscrire auprès du directeur de l'Inscription maritime à Marseille.

Asiles d'aliénés. — M. le Docteur Lerat, médecin chef de service à l'Asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le Docteur Pélissier.

M. le Docteur Lasalle, médecin directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé médecin directeur de l'Asile d'aliénés d'Auch (Gers), en remplacement de M. le Docteur Robert.

M. le Docteur Lauzier, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), est nommé médecin directeur de l'Asile de la Chartreuse-de-Dijon (Côte-d'Or), en remplacement de M. le Docteur Castin.

M. le Docteur Renaux, médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin directeur de cet établissement, en remplacement de M. le Docteur Baruk.

Xe Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Le Xe Congrès se tiendra à Paris, les 30 septembre, 1er et 2e octobre 1937 sous la présidence du Professeur Mocquot.

Les questions à l'ordre du jour seront les suivantes :

I. *Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme.* — 1° Traitement de l'incontinence. Rapporteurs : MM. Muret et Rapin (Genève). — 2° Traitement des fistules vésico-vaginales. Rapporteur : M. André (Nancy).

II. *Pathogénie et traitement de l'apoplexie utéro-placentaire.* — 1° Pathogénie. Rapporteur : M. Couvelaire (Paris). — 2° Traitement : MM. Weymeersh et Snœck (Bruxelles).

III. *Traitement du prurit vulvaire.* — 1° Traitement médical : M. Vayssière (Marseille). — 2° Traitement chirurgical : M. Cotte (Lyon).

Journées internationales de la santé publique (1er au 10 juillet 1937). — Dix sections : 1. Journées de la maternité et de l'enfance ; 2. Journées de la médecine scolaire organisées par la Société des médecins inspecteurs des écoles ; 3. Journées d'hygiène de médecine et de pharmacie militaire, organisées par le Service de santé de l'armée ; 4. Journées de la marine militaire par le service de santé de la marine ; 5. Journées médicales coloniales, par le Service de santé des Colonies ; 6. Journées de la marine marchande ; 7. Journées médico-sociales, organisées par la Confédération des Syndicats médicaux français ; 8. Journées d'hygiène dentaire, par la Confédération nationale des Syndicats dentaires ; 9. Journées d'hygiène urbaine, rurale et sociale ; 10. Journées de l'aviation sanitaire, qui étudieront, chacune chez elle, les questions de médecine et d'hygiène les concernant plus spécialement, et en séance plénière (toutes sections réunies) les cinq questions à l'ordre du jour : 1. Le vêtement ; 2. L'alimentation ; 3. L'habitation ; 4. Les transports ; 5. L'éducation physique, les jeux, les sports et tout ce « qui assure l'équilibre physique et moral et apporte la meilleure contribution à cette évolution harmonieuse du corps et de l'esprit », et les maladies qui, dans ce domaine, résultent de l'inobservation des lois de l'hygiène.

Tous ces travaux seront condensés et la synthèse en sera faite par les Etats généraux de la santé publique qui clôtureront ces Journées.

Les projections cinématographiques joueront un grand rôle pendant les Journées internationales de la Santé publique. Un Comité est spécialement créé à cet effet.

Des démonstrations seront faites dans les pavillons de l'Exposition. Le côté artistique ne sera pas négligé et une Exposition « Art ; Technique ; Hygiène ; Médecine » est prévue, ainsi qu'une Exposition de produits pharmaceutiques d'hygiène, de régime, etc., d'instruments, d'appareils, etc., dont on fera connaître ultérieurement les modalités.

Le Comité d'organisation a comme président le Professeur Tanon et comme secrétaire général, le Docteur Georges Boyé.

A ces Journées sont conviés tous ceux qui s'intéressent à la Santé publique et qui en sont les artisans : médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, architectes, urbanistes, ingénieurs, techniciens, sanitaires, sages-femmes, travailleuses sociales, infirmiers et infirmières, surintendantes d'usine, etc... De leurs représentants qualifiés ont bien voulu accepter de faire partie du Comité d'honneur et du Comité d'organisation.

L'inscription dans une section quelconque donne droit à assister à tous les travaux des sections, des Journées internationales et des Etats généraux de la Santé publique.

Reconnaissant l'importance de ces Journées, les ministres de la Défense nationale et de la Marine ont accordé que soit comptée pour une période d'instruction la présence, à ces manifestations, des officiers du Service de santé, de l'armée, des colonies et de la marine.

Les congressistes participeront à toutes les fêtes, visites, réceptions, etc., profiteront de tous les avantages obtenus : réductions sur les prix des voyages, entrées gratuites à l'Exposition, où se tiendront les séances, conditions spéciales dans les hôtels, etc., et recevront gracieusement en 1936 et 1937 la revue *L'hygiène sociale* qui s'est mise à la disposition du Comité d'organisation des Journées pour publier, dès maintenant, programmes, communications, renseignements, rapports, comptes rendus, etc...

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : 2, rue Chauchat, Paris. Provence 76-74, 76-75.

Congressistes : 100 francs ; familles de congressistes, étudiants, personnel des Œuvres médico-sociales : 50 francs (Chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Plason, trésorier, 164, rue de Corcelles, Paris. Compte chèques postaux. Paris 1781-39).

Les voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, Tél. : 56-41, sont officiellement chargés de s'occuper de questions de voyage et séjour à Paris des participants aux Journées internationales de la Santé publique et d'organiser les excursions prévues par le Comité.

Premier Congrès international de pyrétothérapie. — Il se tiendra à Columbia university, à New-York, les 29, 30 et 31 mars prochain. Le déplacement coïncidera avec les vacances de Pâques des Facultés.

Les communications dont les auteurs ne participent pas au voyage et qui seront reçues avant le 1er mars 1937 seront présentées à New-York par chaque rapporteur selon sa spécialisation.

Pour qu'un grand nombre de congressistes européens puissent faire le déplacement de New-York à l'occasion de ce Congrès les wagons-lits Cook, en collaboration avec la Compagnie générale transatlantique organisent un voyage forfaitaire.

Départ du Havre, par le *Paris*, le 17 mars. Arrivée à New-York, le 24 (hôtel Waldorf Astoria), le 25, visite de Philadelphie, les 26 et 27, Washington, excursions et réception par le président Roosevelt. Retour à New-York le 28. Le 1er avril départ par *l'Ile de France* qui arrive au Havre le 7 avril. Prix du voyage : environ 310 dollars tout compris (classe touriste sur les paquebots).

La cotisation pour l'inscription au Congrès est de 5 dollars (100 francs).

La cotisation pour les congressistes qui feront le voyage de New-York et profiteront des avantages multiples inhérents est de 15 dollars (300 francs).

Les parents des congressistes devront payer un droit d'inscription de 5 dollars (100 francs).

Les adhésions ainsi que les communications et le montant des cotisations doivent être adressés au plus tôt au secrétariat général : Docteurs André Halphen et J. Auclair, 222 *bis*, rue Marcadet, Paris (XVIIIe).

29 mars 1937 : Adresse de bienvenue. — Pyrétothérapie : MM. Abrami et Lichtwitz ; posologie de la fièvre : M. Ch. Richet fils ; physiologie : MM. Binet et Gernez ; pathologie expérimentale : MM. Levaditi et Bessemans.

30 mars 1937 : Psychiatrie : MM. Claude et Rubenovitch ; neurologie : MM Alajouanine et Mauric ; syphilis : syphilis primaire, B. W. irréductibles, peau : MM. Gougerot et Durel.

31 mars 1937 : Endocrinologie nutrition : M. Layani ; cardiologie : M. Laubry ; pédiatrie : M. Blechmann ; chirurgie : M. Lardennois ; gynécologie : M. Jean Dalsace ; associations thérapeutiques : M. J. M. Auclair ; ophtalmologie : M. Hambresin ; oto-rhino-laryngologie : MM. Le Mée et Lapine ; affections gonococciques : MM. Janet et M.-R. Dreyfus.

IL Y A CENT ANS

Mort de Desgenettes. — Desgenettes était mort le 3 février.

« *Le 7, écrit le rédacteur de la* Gazette des Hôpitaux, *chargé du compte rendu des séances de l'Académie de médecine, M. le président fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne du célèbre Desgenettes.*

L'Académie n'a pas omis, dans cette inconstance, d'accomplir son triste devoir en nommant une Commission qui s'est rendue au cortège funèbre de l'illustre défunt et l'a accompagné jusqu'à sa dernière demeure. Trois discours ont été prononcés sur la tombe de Desgenettes, l'un par la voix enchanteresse de M. Pariset (au nom de l'Académie), l'autre par le noble et robuste organe de l'orateur du Val-de-Grâce, M. Broussais (au nom des médecins militaires) ; le troisième par l'éloquence mâle de M. Bouillaud (au nom de la Faculté)).

Etudes cliniques et thérapeutiques sur l'Histamine

INTRODUCTION

On parlait fort peu de l'histamine il y a quelques années. Elle n'était guère qu'une curiosité chimique et physiologique. Née de substances protéiques, caractérisée comme imidazol-éthylamine, elle possédait cette curieuse propriété de dilater les capillaires « in vivo » *et de contracter les parois vasculaires* « in vitro ». *On s'aperçut bientôt qu'elle provoquait aussi la sécrétion gastrique et Carnot et Libert songèrent à l'utiliser dans l'exploration de l'estomac. De cette époque date son étude clinique, mais aussi la connaissance de son rôle en pathologie humaine. On la trouva d'abord dans la mortification des tissus, dans les cultures microbiennes et dans l'intestin. On en présuma l'action dans le choc, l'urticaire, voire dans l'hypotension, les hémorragies, les spasmes de l'estomac ou de l'intestin. On pensa qu'elle pouvait intervenir dans la genèse d'accidents presque spécifiques au cours des états les plus variés. Et l'on s'en servit même comme « réactogène » et désensibilisant.*

On la dosa dans les tissus, dans les organes, dans les aliments et l'on vit que cette base dangereuse naissait aisément, simplement et presque fatalement, d'une décarboxylation d'un acide aminé atoxique et constant dans notre organisme, l'histidine.

Les recherches de Feldberg et Schiff, de Dale, de Hanke et Kœssler, de Lee, sont à ce sujet bien instructives et leur font le plus grand honneur.

Depuis cinq ans, dans mon laboratoire de la Pitié aussi bien qu'à la Faculté ou à Saint-Antoine, avec la collaboration de mes élèves Lemaire, Lesure, Mahoudeau, Perrault, que je ne saurais trop remercier de leur labeur, je me suis attaché à son étude expérimentale et clinique, à sa reconnaissance dans les humeurs et à sa signification pathogénique. L'étude est difficile, la reconnaissance encore approximative mais la signification pathogénique considérable. J'ai pensé que l'heure était venue de faire connaître aux médecins ce qu'ils doivent savoir de l'histamine dont l'action en séméiologie *est si franchement* spécifique. *Et j'ai demandé à mes collaborateurs et à quelques collègues de mettre la question au point pour les lecteurs du* Progrès médical.

Je suis convaincu que ces recherches et ces études intéresseront autant le praticien qui y trouvera un élément nouveau de thérapeutique que le travailleur qui y verra l'explication parfois frappante de certains des syndromes qu'il observe quotidiennement.

Maurice LOEPER

L'histamine — Sa constitution Ses origines — Son action

Par **Marcel PERRAULT**

Ancien interne, médaille d'Or des Hôpitaux
Chef de clinique à la Faculté

Depuis deux ans, le Professeur Maurice Loeper et ses collaborateurs ont repris systématiquement l'étude de certaines manifestations pathologiques et ils ont pu en démontrer l'origine histaminique ou imidazolique.

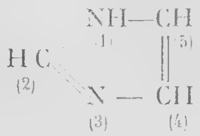
L'intérêt de cette démonstration est grand. D'abord elle a mené à des thérapeutiques rationnelles ou a démontré le bien-fondé de thérapeutiques jusqu'alors empiriques et peu sûres d'elles-mêmes. Mais surtout, à notre sens, elle a, pour tout un groupe de faits pathologiques, substitué à des explications purement verbales, et, de dire le vrai, entachées de métaphysique, la responsabilité précise et mesurable de toxiques définis. Elle a ainsi délivré la médecine de ce temps d'un fatras qui l'étouffait. A nouveau l'espace est libre. Déjà d'autres syndromes toxiques sont à l'étude et déjà les hypothèses de travail là aussi se vérifient.

* * *

Le toxique incriminé dans les différents syndromes imidazoliques étudiés est vraisemblablement très proche de l'histamine, sinon identique entièrement à cette dernière base aminée. Et, dans le cadre très général de cet article, c'est surtout à l'histamine, en tout cas aux substances « H-like » pour employer la terminologie de Lewis, que nous ferons allusion.

Mais le terme d'imidazols est beaucoup plus large et si, dans le langage usuel, il tend à être employé couramment cela tient surtout à ce que la technique de détection et de dosage dans les différentes humeurs (sang, urine, liquide céphalo-rachidien, épanchements, œdèmes, etc.) s'applique aux imidazols en général et non à l'histamine seule.

Or, il s'agit d'un groupe de corps très nombreux. On désigne sous ce nom générique les composés qui renferment dans leur formule le noyau imidazol, ou glyoxaline, qui s'écrit ainsi :



et constitue un élément indispensable de la matière vivante. Les plantes à coup sûr, les animaux peut-être, sont capables d'en réaliser la synthèse. L'organisme peut le copuler de façon très diverse. Les chimistes n'ont pas manqué d'en faire autant. C'est ainsi que notre ami et collaborateur Jacques Parrod en a créé par synthèses de fort curieux, non seulement du point de vue chimique pur mais de celui de leurs propriétés physiologiques.

Parmi les imidazols naturels citons seulement l'histidine ou acide β-imidazol-α-aminopropionique, constamment obtenu par hydrolyse des protéines, et l'histamine ou β-imidazol-éthylamine, qui ne diffère du précédent que par l'absence d'un groupement —CO—O—.

Cette décarboxylation est le processus très simple, très facilement réalisé dans certaines conditions favorables, par lequel un acide aminé indispensable à l'édification de la molécule protéique, l'histidine, se transforme en une base aminée de toxicité redoutable, l'histamine.

L'histamine peut certainement reconnaître d'autres processus de formation, mais de tous le plus certain, le plus sûr, le plus banal, est à n'en pas douter cette issue sans complexité de l'histidine qui en est ainsi la source.

Or, l'histidine elle-même est extrêmement répandue dans la nature. Elle est indispensable à la ration alimentaire et on la trouve en quantité dans la sérum-albumine et la sérum-globuline, dans la globine de l'hémoglobine (11 pour 100),

dans le tissu musculaire (4 à 5 pour 100), dans la caséine, la gélatine, etc...

***

Ainsi la β-imidazol-éthylamine reconnaît le plus souvent pour substance mère l'histidine. Elle prend naissance à partir de cette dernière sous l'action de micro-organismes et en particulier de certaines bactéries (1).

La décarboxylation bactérienne de l'histidine a été réalisée pour la première fois en 1910 par Ackermann. Mais c'est surtout A. Berthelot et D. Bertrand qui, dès 1911, isolèrent, à l'aide de cultures en milieu synthétique, des germes attaquant spécialement l'histidine : bacillus aminophyllus, très voisin du lactis aérogènes et, par conséquent, du pneumobacille de Friedlander. Mellanby et Twort ont, postérieurement, en suivant une technique analogue, isolé des races de bacilles du côlon également douées d'aptitudes décarboxylantes.

A. Berthelot s'est demandé si cette décarboxylation de l'histidine ne se produisait pas dans les plaies de guerre à anaérobies. Il en démontra la théorique vraisemblance. Cette histaminogénèse, conforme aux vues de Dale sur la pathogénie des phénomènes de choc observés chez les grands blessés, fut confirmée de manière décisive par Zunz.

On a ainsi décrit un grand nombre de germes décarboxylants. Ce qui est capital, et ressort des travaux de Hanke et Kœssler, c'est que *cette décarboxylation réclame pour se produire un milieu nettement acide*. Il est même indispensable, *in vitro*, que le milieu contienne, en plus d'une source d'azote quelconque, des glucides ou polyalcools générateurs d'acide.

Cette décarboxylation de l'histidine peut se produire dans certains aliments avant leur adaptation : ils sont devenus *histaminophores* et leur ingestion est susceptible de déterminer des effets histaminiques dans la mesure où la base aminée toxique sera résorbée et susceptible d'être introduite dans la circulation générale. Elle peut se produire aussi dans nombre d'extraits d'organe (hypophyse, muqueuse intestinale, *foie*...) dont l'administration, parentérale surtout, pourra ainsi déterminer également des effets histaminiques.

La décarboxylation peut se produire dans l'intestin sous l'influence des germes décarboxylants, et en milieu favorable c'est-à-dire acide. Les aliments seront, dans ce cas, seulement *histaminogènes*, et, toutes choses égales d'ailleurs, le seront plus ou moins selon qu'il seront plus ou moins riches en histidine.

Enfin la décarboxylation peut se produire dans l'intimité même des tissus, quand il existe un certain degré d'acidose locale ou générale, comme l'ont montré les travaux du Professeur Loeper et de ses collaborateurs.

En tout dernier lieu, il importe de souligner que la libération terminale d'histamine à titre de « transmetteur chimique » des incitations nerveuses semble bien démontrée. Certaines fibres du système autonome sont ainsi histaminergiques, comme il en est d'adrénergiques et de cholinergiques, selon qu'il ressort des remarquables travaux de Dale et de Lœwy. Comme en ce qui concerne les deux dernières variétés, il existe une affinité élective dans les deux sens entre la fibre nerveuse et la drogue. Les fibres histaminergiques reconnaissent comme excitant électif l'histamine qui par ailleurs reproduit par action directe la plupart de leurs effets, de même que l'adrénaline est le « sympathomimétique parfait ». Les expériences de Dale et ses collaborateurs ont montré que l'histamine (à doses très faibles) est très répandue dans les tissus des mammifères, ce qui cadre bien avec l'hypothèse de son rôle physiologique actif.

***

Quelle est donc l'action pharmacodynamique de la β-imidazol éthylamine ? Elle a été, on le pense, très étudiée. Selon d'ailleurs qu'on s'adresse à un animal ou à un autre, à un organe en place ou à un organe isolé, on obtient des résultats assez différents. Nous ne pouvons ici entrer dans le détail et nous nous bornerons à signaler les effets les plus constants et assurés, et surtout identiques ou très comparables à ceux que l'on obtient chez l'homme.

La réaction cutanée locale, à la suite de la puncture épidermique au travers d'une goutte de solution de bichlorhydrate d'histamine, ou à la suite de l'injection intradermique de 1/10 c. c. d'une solution à 1 pour 1.000 ou même 1 pour 10.000 (et moins chez certains sujets), consiste en une triade, dite « triade réactionnelle » de Lewis, bien étudiée dès 1913 par Eppinger et Guttmann, puis par de nombreux auteurs, en particulier Schenk, Lewis, Krogh, et dont Roussy et Mosinger, en 1933, ont donné une remarquable étude. Les éléments de la triade sont :

1° Une rougeur locale plus ou moins étendue, qui apparaît au lieu même de la piqûre, dix à vingt secondes après celle-ci;

2° Une réaction érythémateuse, dite réflexe, encore appelée aréole rouge, de 3 à 7 centimètres de diamètre, à limites irrégulières et souvent entourée de taches érythémateuses aberrantes ;

3° Une boule d'œdème, plus ou moins saillante et étendue, au point de l'injection, au bout de deux à trois minutes.

L'ensemble accompagné d'une sensation plus ou moins accusée de démangeaison, dure de 10 à 40 minutes, ayant réalisé au complet le tableau d'un élément d'urticaire.

La piqûre n'est pas essentielle. Quand on introduit localement l'histamine par ionisation la réaction est identique, la rougeur locale ayant alors l'étendue même de l'électrode.

Dans ces conditions l'injection d'histamine n'a que peu ou pas de retentissement général ou viscéral (gastrique en particulier comme l'ont bien montré Fiessinger et Gajdos).

Le mécanisme de la réaction de Lewis n'est pas simple. Il faut invoquer au moins la vaso-dilatation active des capillaires (supprimée par l'action antagoniste de l'adrénaline) pour expliquer la rougeur, et l'augmentation de la perméabilité pariétale des capillaires (qui se produit même dans un territoire anémié par l'adrénaline) pour expliquer l'œdème, qui est sans doute d'ailleurs l'effet le plus spécial de la drogue.

Envisageons maintenant l'effet général chez l'homme. En quelques minutes, l'injection sous-cutanée d'une forte dose de bichlorhydrate d'histamine produit une chute tensionnelle marquée avec tachycardie. En même temps apparaissent de la rougeur et de la chaleur des téguments, surtout à la face. De la céphalée intense est habituelle (chez les migraineux et les asthmatiques on déclenche l'accès). On note des vertiges, des nausées, de l'hypersécrétion lacrymale et salivaire, rhino-bronchique parfois. Plus rarement de la dyspnée. La perte de connaissance est possible.

La voie intraveineuse est plus rapide, plus brutale. Elle pourrait déterminer comme chez l'animal un tableau de collapsus ou de grand choc dramatique. On comprend que ni le patient ni le médecin ne soient très tentés par ces démonstrations chez l'homme.

Chez l'animal, l'action est assez variable suivant les espèces, mais, chez les animaux capables de faire un choc, on réalise l'image même du choc anaphylactique, y compris les variations humorales, en particulier de la glycémie (Zunz), du cholestérol et de l'hémogramme.

Si l'action est très brutale (grosse dose par voie veineuse, par exemple, comme nous l'avons fait chez le lapin, 2 à 4 milligrammes), il se produit une immédiate et intense vaso-dilatation dans l'aire splanchnique et, comme l'écrit Zunz, la plus grande masse du sang pouvant s'y trouver, « le cœur, bien qu'il fonctionne parfaitement, finit par battre sans utilité et le collapsus se produit ».

L'ensemble des symptômes déterminés par l'injection d'histamine est de nature complexe. Dale pense qu'il faut incriminer une action directe sur les muscles lisses qui, suivant la dose injectée, se contractent plus fréquemment et plus fortement ou même se mettent en contracture complète. A côté de cette action élective sur la fibre lisse certains effets indiquent

(1) Toutefois, il semble que certains champignons sont également capables de décarboxyler l'acide imidazol-amino-propionique. La présence de l'histamine dans l'ergot de seigle où cette base fut découverte (Barger et Dale), plaide en faveur de cette hypothèse (Guggenheim).

l'excitation de fibres du système autonome. Enfin la dilatation des capillaires semble indépendante de l'innervation. Il faut de fortes doses pour noter une action sur le système nerveux central (myosis).

Schenk a établi que, entre les propriétés pharmaco-dynamiques de l'histamine d'une part, et celles de l'adrénaline et de la tyramine d'autre part, existe un antagonisme marqué. Les animaux décapsulés sont beaucoup plus sensibles au choc histaminique comme au choc anaphylactique (Kellaway et Cowell, Dœrr). Pour Schenk, si l'on injecte simultanément 1 milligramme 5 d'adrénaline et jusqu'à 35 milligrammes d'histamine (ce qui est une dose énorme) on ne constate aucune action nocive chez l'homme.

L'adrénaline, qui contracte les vaisseaux capillaires, qui dilate les bronches, qui élève la tension artérielle, qui dilate la pupille, antidote remarquablement l'histamine. C'est là une notion capitale à retenir du point de vue thérapeutique. Rappelons que c'est également le médicament du choc anaphylactique. Tout rapproche, jusqu'à les identifier, chocs anaphylactique et histaminique ou pour mieux dire, l'histamine, constamment présente, libérée localement ou dans lacirculation générale, au cours des phénomènes anaphylactiques ou « allergiques » (asthme, rhume des foins, urticaire...) apparaît comme le substratum chimique toxique de tout cet ensemble de manifestations morbides très particulières rangées dans la classe des intolérances.

Cela n'enlève rien au fait que certains sujets et non d'autres sont des hypersensibles. C'est là le problème du terrain, mais il est au fond assez dépourvu de mystère. On sait que, chez l'homme comme chez l'animal, ce sont les insuffisants surrénaux (et thyroïdiens) qui surtout sont aptes à faire des « chocs » : ils libèrent facilement de l'histamine et il l'antidotent mal puisque leur adrénalino-sécrétion est déficiente. On conçoit que les malades au foie « insuffisant » soient souvent « hypersensibles » eux aussi puisque c'est dans le foie que se détruit très vraisemblablement l'histamine par le procédé de l'acétification, donnant naissance à l'acide imidazol-acétique (Dale et Laidlaw), produit imidazolique sans action pharmacodynamique perceptible. Cette fonction de neutralisation du foie pouvant aussi être une « fonction d'arrêt » quand l'intoxication histaminique est d'origine intestinale (intoxication alimentaire).

L'intérêt général de ces conclusions, c'est qu'entre un individu « normal » et un « hypersensible » (un « intolérant ») il n'y a pas une différence essentielle mais seulement contingente. C'est affaire quantitative, donc compréhensible et raisonnable.

Nous n'envisagerons pas l'action de l'histamine sur les différents organes pris séparément. Nous l'avons signalée chemin faisant. Rappelons l'action broncho-constrictrice énergique, et que certains auteurs admettent une pathogénie histaminique de l'asthme, de certains asthmes tout au moins. Signalons l'action sur la fibre utérine. Citons pour mémoire l'action bien connue sur la sécrétion gastrique qui, par injection sous-cutanée d'un centimètre cube de solution aqueuse de bichlorhydrate d'histamine à 1 pour 1.000, est très notablement accrue chez l'homme normal, commençant après 10 à 15 minutes, atteignant son maximum au bout d'une demi-heure environ, se prolongeant souvent une heure, deux heures, et parfois plus, donnant ainsi de 150 à 300 c. c. de liquide. Ce suc est limpide ou légèrement opalescent, très acide, riche en acide chlorhydrique, de teneur élevée en pepsine.

On sait que l'épreuve à l'histamine, sur la proposition de Carnot, est entrée dans le domaine de la pratique journalière en gastrologie.

***

Envisageons maintenant dans le domaine de la pathologie le rôle de l'histamine ou des substances histaminiques. *A priori* on les pouvait, d'après ce qui précède, incriminer dans les états « anaphylactiques », « allergiques », « d'intolérance », « de sursensibilité » ; dans les états de collapsus ; dans la genèse de certains œdèmes. Les faits sont venus confirmer l'hypothèse.

Cependant, comme nous l'avons dit plus haut, la méthode de détection et de dosage s'adresse aux imidazols en général et non à la seule histamine. C'est en effet la diazo-réaction de Pauly, rendue quantitative par titrage colorimétrique en comparaison avec un étalon au rouge congo-méthyl-orange, lui même ajusté au moyen d'une solution titrée de chlorhydrate d'histamine (technique de MM. Loeper, Lesure et Thomas, d'après la technique antérieure modifiée de Hanke et Koessler).

Normalement, on ne trouve pas de corps imidazolique (ou des traces infimes) dans les différentes humeurs. Dans certains états pathologiques que nous allons succinctement énumérer, le Professeur Loeper et ses élèves ont pu noter de plus ou moins grandes quantités d'imidazols dans le sang (imidazolémie), dans le liquide céphalo-rachidien (imidazolorachie), dans l'urine [imidazolurie (1)], dans les liquides d'épanchements ou d'œdème, dans les fèces...

Dans certains cas, les épreuves physiologiques ont montré, en conformité avec ce que pouvait faire présumer la clinique, que tout ou partie des imidazols dosés était de nature histaminique. Mais on ne saurait préjuger de cette nature. Il est donc plus juste de parler de syndromes imidazoliques, puisqu'à dire vrai on dose tous les imidazols et que l'on sait qu'il en est de fort différents, et que, là comme ailleurs, un changement infime dans la molécule est capable d'exercer une énorme influence sur l'action pharmaco-dynamique. Nous y avons déjà insisté.

***

La responsabilité exclusive ou très dominante de l'intoxication histaminique est certaine, ou très vraisemblable, au cours des phénomènes de schock (par gangrène gazeuse : Zunz ; post-opératoire : Michalowski) ; de collapsus et d'hypotension au cours des typhoïdes graves (Loeper, Lemaire, Mahoudeau et Lesure) ; des urticaires et des œdèmes de Quincke ; de certains œdèmes (Loeper et son École) chez des rénaux, des hépatiques, des néoplasiques, des suppurants ; de certaines méningites « séreuses » ; de certains ictères catarrhaux (Eppinger) ; de neuf sur dix enfin des cas d'intoxication alimentaire : ceux, précisément, que l'on désigne sous le nom « d'intolérances alimentaires » (Loeper et ses élèves). Le tableau clinique des états que, dans leur remarquable rapport au dernier Congrès de médecine, May et Gallot ont désigné sous le nom d'endo-sympathoses d'inhibition présente avec celui de l'intoxication histaminique des ressemblances très accusées.

***

Nous ne saurions ici nous étendre sur la thérapeutique des états histaminiques ni sur l'utilisation de l'histamine comme agent thérapeutique. Ces points seront traités par d'autres auteurs. De ce qui précède, on peut conclure, d'une façon tout à fait générale, que l'histamine peut être utilisée, à doses moyennes ou faibles, comme agent de révulsion locale et de vaso-dilatation dans le traitement de nombreux états douloureux nerveux, articulaires et musculaires « rhumatismaux ». Elle peut être utilisée à titre de méthode « de désensibilisation » ou mieux « d'accoutumance », à doses infinitésimales, « homéopathiques », dans le traitement des états dits « allergiques ».

Plus souvent, et plus efficacement, on aura à mettre en œuvre une thérapeutique par le contraire, par l'antidote, qui est l'adrénaline. La prophylaxie de l'intoxication histaminique sera souvent suffisante et de réalisation assez simple : suppression stricte de tout apport histaminique ; restriction des apports histidiniques ; alcalinisation pour empêcher ou diminuer le plus possible la décarboxylation ; restauration du fonctionnement hépatique et surrénal... toutes notions faciles à déduire de ce que nous avons écrit plus haut, et qui seront développées par ailleurs.

(1) Le rapport entre l'imidazolémie et l'imidazolurie est intéressant à considérer. Quand il existe de l'imperméabilité rénale par néphrite il y a rétention des imidazols. Dans certaines maladies on peut noter des « crises d'imidazols ».

Nous voici, au terme de cette esquisse, à grands traits, du rôle physio-pathologique de l'histamine. Les résultats acquis à cet égard sont un enseignement, un encouragement, et une délivrance. Ils nous montrent que l'espoir n'est pas vain d'arriver à incriminer dans la genèse de manifestations cliniques définies des toxiques définis, en un mot de démontrer le bien-fondé de ce que notre maître M. Loeper dans sa leçon inaugurale a nommé « la spécificité chimique en séméiologie ».

Certes les choses ne sont pas simples et la biochimie n'est pas le domaine de la facilité. Si déjà les symptômes et syndromes cliniques manquent parfois à la belle simplicité et au caractère schématique que nous désirerions qu'ils eussent, que dire de cette chimie mouvante et incertaine, sans cesse changeante autour de cet état d'équilibre moyen nécessaire à la vie, qu'est la chimie des humeurs.

Comme entre ciel et terre, il y a là trop de choses que nous ignorons encore, et plus, sans doute, que nous n'en pouvons concevoir.

Mais la plus petite parcelle de certitude nous paraît préférable au pernicieux attrait du mystère.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

M. GUGGENHEIM : Les amines biologiques (traduction Berthelot, Prévot et Karl) Baillière, 1934. — J. PARROD : Transformation des sucres en milieu ammoniacal. Thèse pour le doctorat ès sciences physiques, Masson, 1933. — ZUNZ : Pharmacodynamie. Masson, 1932. — G. ROUSSY et MOSINGER : La réaction cutanée locale à l'histamine. *Presse Médicale*, 26 avril 1933. — R. LEVENT. L'histamine. *Gazette des Hôpitaux*, 29 décembre 1934. — BETTMANN : Nouvelle méthode de traitement par l'histamine des affections douloureuses musculaires, nerveuses et articulaires. *Deutsche Med. Woch.*, 24 juin 1932. — E. MICHALOWSKI : Les accidents généraux post-opératoires et leur pathogénie. *Polski Przeglad Chir.*, 1934, p. 572. — N. FIESSINGER et A. GADJOS : La reactogénothérapie de l'urticaire récidivante par l'ionisation à l'histamine. *Presse Médicale*, 27 novembre 1935. — R.-J. WEISSENBACH et L. PERLES : Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture au cours des rhumatismes aigus et chroniques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôp. de Paris*, 1er mai 1936. — M. LOEPER : De l'observation minutieuse à la spécificité chimique en séméiologie. Leçon inaugurale du cours de clinique médicale, 14 novembre 1935. *Progrès Médical*, 11 décembre 1935, n° 50. — M. LOEPER, A. LEMAIRE, D. MAHOUDEAU et A. LESURE : Hypotension des typhiques et imidazols. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 février 1934. — M. LOEPER, A. MOUGEOT et R. AUBERTOT : Sur l'action vasculaire de quelques imidazols. *C. R. Biol.*, 5 mai 1934. — M. LOEPER, D. MAHOUDEAU, A. LESURE et GIRAUX : Imidazolurie après l'administration d'extraits de foie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd des hôp. de Paris*, 18 mai 1934. — M. LOEPER, A. LESURE et A. THOMAS : Contribution à l'étude du dosage des imidazols dans les urines, les selles et les sérums. *Bull. de la Soc. de chim. biol.*, novembre 1934. — M. LOEPER, M. PERRAULT et A. LESURE : Rétention des imidazols dans les affections cardio-rénales. *C. R. Biol.*, 25 octobre 1934. — M. LOEPER, PERRAULT et LESURE : Imidazolémie d'origine parentérale. *C. R. Biol.*, 10 novembre 1934. — M. LOEPER, M. PERRAULT, BIOY et LESURE : Présence de composés imidazoliques dans certains liquides rachidiens. *C. R. Biol.*, 10 novembre 1934. — M. LOEPER, M. PERRAULT et LESURE : Syndromes histaminiques d'origine intestinale. Acad. de Méd., 27 novembre 1934 et *Progrès Médical*, 28 novembre 1934. — M. LOEPER, M. PERRAULT et E. BIOY : La crise d'imidazols à la période critique de certaines maladies. *Presse Médicale*, 8 décembre 1934. — M. LOEPER, A. LESURE, A. MOUGEOT et J. PARROD : Recherches sur les imidazols. *Progrès Médical*, 23 mars 1935. — M. LOEPER, E. BIOY, M. PERRAULT et A. VARAY : Œdèmes et imidazols. *Presse Médicale*, 1er mai 1935. — M. LOEPER, A. LESURE et A. MOUGEOT : Les imidazols de quelques aliments. *C. R. Biol.*, 11 mai 1935. — M. LOEPER, Mlle RIOM, MM. ROY et PERREAU : Le déclenchement de certaines intoxications alimentaires. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 31 mars 1936 et *Progrès Médical*, 18 avril 1936. — M. LOEPER : Thérapeutique des intoxications alimentaires. *Presse Médicale*, 31 octobre 1936. — M. LOEPER et F. SIGUIER : Les œdèmes des hépatiques. *Paris Médical*, 14 novembre 1936.

« N'oublions pas que la chirurgie est un traumatisme et qu'il dépend de nous que ce soit un traumatisme réglé, donc en partie neutralisé dans ses effets, si nous en restons maîtres, et si nous concourons préventivement à sa réparation. »

(J. OKINCZYC. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. Un vol., Masson, édit.)

Histamine et urticaire

Par Ed. JOLTRAIN

Ancien directeur de l'Institut de Recherches F. Widal à l'Hôpital Cochin.

C'est en 1913 que MM. Widal, Abrami, Brissaud et nous-même avons décrit la « crise hémoclasique ». Ce bouleversement sanguin est caractérisé par de la leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire et éosinophilie, une chute de la pression artérielle, de l'hypercoagulabilité, un abaissement de l'index réfractométrique, la présence dans le sérum d'albumines dialysables, le passage d'albumine dans les urines et l'élévation de la température. On se rappelle les faits : cette crise hémoclasique ou rupture de l'équilibre physico-chimique du sang apparaît comme prélude aux accidents cliniques dans l'hémoglobinurie paroxystique sous l'influence du froid, dans l'asthme chez un marchand de moutons sensibilisé au suint de ces animaux dès qu'on le met en contact des moutons, et dans l'urticaire alimentaire chez un homme sensibilisé aux albumines animales.

Une série de faits sont venus compléter ces recherches. Le choc hémoclasique se traduit encore par des modifications dans le sang de la sédimentation des hématies, de la teneur en ions calcium, de la réserve alcaline, du pH, de la glycémie.

Le choc hémoclasique a des caractères communs avec le choc anaphylactique de Ch. Richet et Portier et depuis les études de Ch. Richet, Biedl et Kraus, Arthus, on sait que les états anaphylactiques s'accompagnent de chute de pression sanguine leucopénie et troubles de la coagulation. Le choc hémoclasique relève d'un brusque déséquilibre survenu dans l'état physique du plasma sanguin, d'où le nom de « colloïdoclasie » que lui donne Widal et Abrami, on dirait peut-être aujourd'hui « moléculo, atomo ou électronoclasique ».

Non seulement l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, la crise d'asthme ou d'urticaire sont précédées par ce choc, mais l'œdème de Quincke, la migraine, certaines variétés d'eczéma, le coryza spasmodique et le rhume des foins, la crise de tachycardie paroxystique, l'attaque de goutte peuvent rentrer dans le même groupe.

De nouvelles observations montrent que des accidents identiques à ceux des chocs anaphylactiques peuvent être réalisés en injections premières chez des individus aptes au choc à l'aide de substances qui ne sont pas colloïdes et dont on ne saurait incriminer la toxicité. Avec MM. Widal, Abrami, et René Bénard nous réalisons, en injectant du bicarbonate de soude, de l'hyposulfite, du chlorure de sodium dans les veines des chocs indifférenciables de l'anaphylaxie vraie. Des corps comme le Salvarsan et certains médicaments produisent le choc hémoclasique dans certaines circonstances.

Enfin plus tard, nous montrons qu'à côté du froid, certains agents physiques comme la chaleur, les rayons ultra-violets, les rayons X et le radium peuvent provoquer chez certains individus hypersensibles la crise hémoclasique.

Bien plus, nous montrons avec de Gennes et O. Brien et peu de temps après Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier et Laudat confirment qu'il existe une urticaire à l'effort ou à la fatigue musculaire précédée d'une crise vasculo-sanguine.

Le sérum de ces malades est capable de provoquer de nouvelles crises d'urticaire si on leur réinocule sans faire intervenir la fatigue.

Nous avons enfin démontré que le « choc émotif » à lui seul pouvait provoquer un choc hémoclasique suivi d'urticaire ou d'asthme (Joltrain et R. Bénard).

Tout se passe, disions-nous à cette époque comme si l'émotion était susceptible de déterminer dans un organisme apte au choc la brusque transformation dans les tissus et le passage dans le sang de certaines substances devenues hétérogènes.

Widal, Abrami et de Gennes ont montré que la « diathèse colloïdoclasique » comme ils l'ont appelée avait presque toujours à sa base un déséquilibre endocrino-neurotonique.

***

Le fait le plus remarquable est que le sérum recueilli chez notre premier malade atteint d'urticaire alimentaire était capable lorsqu'on l'introduisait dans son organisme, en dehors des repas, de provoquer un choc hémoclasique et une crise d'urticaire. Ce fut l'origine de l'auto-sérothérapie comme méthode de désensibilisation ou si l'on préfère comme méthode de modifications humorales. En injectant dans les veines de ces malades de petites doses d'auto-sérum et en quantités croissantes, la crise vasculo-sanguine se réduisait à une leucopénie légère, l'urticaire ne faisait plus son apparition. Les effets de l'injection de l'auto-sérum étaient comme pour les injections d'albumines hétérogènes supprimées par la skeptophylaxie.

Nous ne reviendrons pas sur les théories émises depuis cette découverte de F. Widal pour expliquer ces faits. Un grand nombre d'auteurs pensent que la crise hémoclasique ne présente qu'un cas particulier du choc antigénique ou peptonique et n'est qu'une perturbation humorale manifestation de phénomènes de choc quelle qu'en soit l'origine (Pasteur Vallery-Radot et Rouquès). Les cellules des organes et non le plasma sont le siège du conflit antigène-anticorps. Les théories sont du domaine spéculatif, les faits seuls comptent en pratique.

***

Dans le domaine des faits un certain nombre ont été, depuis quelques années, mis en lumière qui ont la plus grande importance. Ce fut d'abord la découverte de l'histamine dans l'ergot du seigle par Barger et Dale, en 1909, bientôt suivie des travaux d'Ackermann en 1910, de Berthelot et Bertrand, en 1911, qui montrent la formation de l'histamine en partant de l'histidine par décarboxylation bactérienne.

Mellanby et Twort isolent des matières fécales un microbe du groupe colibacille qui est capable de décarboxyler l'histidine. O. Brien constate que trente espèces microbiennes peuvent produire ce phénomène. Zunz montre la formation d'histamine dans les gangrènes gazeuses.

Les études et travaux se font de plus en plus nombreux, l'historique en a été fait maintes fois. Nous nous attacherons seulement à ceux qui ont apporté des notions susceptibles d'éclairer le passionnant problème qui nous occupe, celui des rapports entre l'histamine et l'urticaire.

Voici à notre avis les principaux :

L'*histamine se forme* facilement et rapidement à partir *des protéines contenant de l'histidine*. Des extraits d'organes, muqueuse gastrique et intestinale (Bayliss et Starling), des hormones cardiaques ou circulatoires (Haberland, Zulzer), le foie (Abelous et Bardier), les urines et le sang (Kraut et Frey) en contiennent.

On peut reconnaître et même doser l'histamine dans les organes et les humeurs par des procédés biologiques : contraction des muscles lisses de l'intestin et de l'utérus, chute de la tension artérielle chez le chat atropinisé (atropine inhibiteur de l'acétylcholine antagoniste de l'histamine), sécrétion gastrique après injection sous-cutanée (Carnot), hypertension chez le lapin atropinisé. On peut également employer des méthodes chimiques, coloration rouge cerise d'une solution alcaline, d'acide sulfanylique diazotée en présence de dérivés imidazoliques (réaction de Pauly).

La réaction cutanée locale à l'histamine chez un individu normal est la production d'un placard urticarien. — Qu'on applique une solution de chlorhydrate d'histamine à 1/1.000 sur une scarification superficielle de la peau comme nous l'avons maintes fois pratiquée (cuti-réaction) qu'on dépose sur la peau en ponctionnant la peau avec une aiguille à travers la goutte (Lewis et Grant) qu'on utilise l'ionisation à l'histamine (Ebbeke, Delherm et Gajdos), qu'on fasse une intradermo-réaction (Roussy et Mosinger), on voit toujours se produire la triade réactionnelle de Lewis. Elle est caractérisée par une rougeur locale plus ou moins étendue, une réaction érythémateuse réflexe ou aréole rouge, une boule d'œdème qui se forme au point même d'introduction au bout de deux à trois minutes. Roussy ajoute un quatrième élément la présence de taches anémiques au tour de l'aréole rouge (anémies réflexes) surtout visibles dans certaines myélites et radiculites.

Il est donc évident que l'histamine sur la peau détermine de l'urticaire.

Un autre fait important et que nous avons pu vérifier à différentes reprises, c'est que l'histamine injectée à doses élevées chez un individu normal ou à des doses plus faibles chez un individu qu'on a sensibilisé (Lehner et Rajka) ou qui est spontanément hypersensible détermine un choc.

Or, *le choc histaminique* se rapproche dans ses modifications vasculo-sanguines du *choc hémoclasique*, que MM. Widal, Abrami, Brissaud et nous-même avons décrit avant l'apparition de l'urticaire dans l'anaphylaxie alimentaire.

Dzsinich (de Budapest), a trouvé de la leucopénie, des troubles de la coagulation dans le choc histaminique. On note également une chute de la pression artérielle (Delherm et Gajdos), une élévation de la température locale (Bettmann) et de l'hyperglycémie (Dzsinich et Pely).

Nous n'avons pas trouvé de renseignements sur les modifications de la réserve alcaline, du pH, de la sédimentation des hématies et ne pouvons donc à ce sujet établir de nouvelles analogies entre les deux chocs.

Nous n'avons pas vu de leucopénie ni de chute de pression avec la simple cuti ou intra-dermo-réaction à l'histamine comme on le voit par exemple après une cuti-réaction aux pollens dans le rhume des foins, après une cuti-réaction aux vins de Bourgogne, chez un goutteux sensibilisé, ou après une cuti-réaction d'albumine d'œuf chez un enfant anaphylactisé et urticarien. Ces faits demandent de nouvelles confirmations et des études complémentaires.

Ce qui est évident c'est *l'analogie du choc histaminique et du choc anaphylactique chez l'animal*. On observe dans les deux cas, chez le cobaye un spasme bronchique, chez le lapin un spasme des vaisseaux pulmonaires, chez le chat et le rat une chute de la tension artérielle, chez le chien des phénomènes hépatiques.

Cette ressemblance entre le choc histaminique et le choc anaphylactique devait amener les auteurs à se demander si, dans le mécanisme de l'anaphylaxie, l'histamine ne jouait pas le rôle primordial.

Lewis et Grant avaient noté l'identité des cuti-réactions spécifiques chez des sujets sensibles avec la triade réactionnelle cutanée d'origine histaminique.

Storm, Van Leeuwen et Zeutner ont trouvé dans le sang des malades atteints d'urticaire des substances donnant les réactions biologiques de l'histamine.

Tinel, Ungar et Zerling constatent que l'injection d'argent colloïdal provoque une augmentation de la sécrétion gastrique en même temps que des phénomènes de choc. Ils montrent qu'un poumon de cobaye contient plus d'histamine chez l'animal sensibilisé que chez l'animal neuf, d'où l'idée que la sensibilisation est une accumulation d'histamine dans certains organes, que l'injection déchaînante libère l'histamine et que le choc anaphylactique est, en réalité un choc histaminique.

Manwaring par des expériences analogues à celles de Widal, Abrami et Iancovesco pour la recherche du choc protéopexique montre le déversement par le foie, au cours du choc chez le chien, de corps histaminiques.

Watanabe, Bartosch, Tinel et Ungar montrent que le poumon du cobaye sensibilisé à l'albumine d'œuf puis perfusé, se spasme dès qu'on ajoute de l'albumine au liquide perfusant et qu'il y a identification chimique et pharmacologique de la substance libérée au cours du choc avec l'histamine.

Ainsi on conçoit que l'urticaire ait été considérée par ces

auteurs comme le résultat d'une libération de corps histaminiques au niveau de la peau ; cette libération d'histamine dans les tissus se produisant d'après Tinel et Ungar par l'intermédiaire d'éléments nerveux.

L'histamine pourrait enfin être détruite par certains organes ayant un pouvoir histaminolytique (Léon Binet et Marquis).

***

La théorie histaminique de l'urticaire laisse sans explications un certain nombre de problèmes.

Par quel mécanisme l'injection d'une quantité minime d'antigène détermine-t-elle la libération d'une substance aussi active ?

N'y a-t-il pas, d'autre part, une série de substances analogues mais de structure atomique légèrement différente ayant une certaine spécificité pour la production de tel ou tel accident anaphylactique ?

Ne savons-nous pas, depuis les remarquables travaux de Loeper et de ses élèves, le rôle que peuvent jouer les imidazols dans la production des œdèmes.

Pourquoi la libération de corps histaminiques peut-elle faire défaut dans des conditions en apparence identiques et surtout comment se fait-il qu'il existe des topographies électives qui sont la règle en matière de choc s'il s'agit de la libération d'une même substance ?

Il faut évidemment tenir compte de l'action si intéressante du système neurotonique puisque de nombreuses expériences sur lesquelles nous n'avons pas à revenir dans cet article prouvent l'action du système nerveux et la transmission neurohumorale histaminergique (Ungar).

***

Il était naturel que l'on essayât dans des maladies précédées par un choc d'ordre anaphylactique et probablement produit par la libération de corps histaminiques d'agir sur ces affections par une thérapeutique à base d'histamine.

La migraine avait été améliorée par des injections de 0 mgr. 1 à 1 milligramme de chlorhydrate d'histamine (Petow et Friedlander).

Carnot avait pratiqué à l'aide de l'histamine, l'épreuve fonctionnelle de l'estomac. Deutsch avait démontré l'action analgésique de l'histamine liée à la réaction urticarienne de la peau qu'elle produit.

Ramirez et Georges avaient obtenu des améliorations même des guérisons de l'asthme par injections sous-cutanées d'histamine, fait confirmé par Piquet.

Bien que Laqueur ait considéré la tendance aux éruptions urticariennes comme une contre-indication aux applications cutanées de l'histamine, il était logique de penser qu'en provoquant une série de petits chocs histaminiques dans l'organisme, on pouvait agir sur l'urticaire d'origine anaphylactique et même le guérir par une sorte de désensibilisation ou de vaccination. C'est ce que firent surtout Fiessinger et Gajdos. Ils ont exposé les résultats remarquables qu'ils ont obtenus dans plusieurs cas d'œdème de Quincke et d'urticaire par l'ionisation à l'histamine.

Nous ne reviendrons pas sur ces faits qui ont été exposés. Notons seulement que comme Dzsinich, Millet et Brown, Israël et Jacob ils obtiennent des guérisons d'urticaire d'ordre anaphylactique quels qu'aient été la cause et le mode de la sensibilisation. La désensibilisation fut obtenue dans un cas d'urticaire dû aux rayons ultra-violets (Fiessinger et Gajdos), dans un cas d'œdème de Quincke dû à la chaleur (Millet et Brown), dans un cas d'urticaire médicamenteuse (Israël et Jacob) et dans un cas d'urticaire par substance alimentaire (Fiessinger et Gajdos).

Les modes d'administration de l'histamine sont nombreux, mais il semble qu'à l'injection sous-cutanée on préfère actuellement la cuti-réaction (Stahl et Masson), l'intradermo-réaction, les bains électriques à l'histamine (Bettmann) et surtout l'ionisation à l'histamine (Delherm et Gajdos) qui paraît la meilleure méthode.

On voit incontestablement se produire immédiatement après l'application un véritable placard urticarien. Cette méthode thérapeutique a déjà donné à Delherm et Gajdos, d'excellents résultats dans les myalgies, les névralgies, les arthrites, le rhumatisme chronique déformant, les prurits et la migraine.

***

Ces procédés thérapeutiques demandent encore de nombreuses recherches.

Il faut examiner dans quelles conditions le choc histaminique peut empêcher le choc hémoclasique et les accidents cliniques qui le suivent; il faut faire des dosages précis de l'histamine avant et après le traitement.

On doit arriver à doser l'histamine dans le liquide de l'œdème urticarien ; ou ce qui nous paraîtrait plus facile dans le liquide d'hydrorrhée nasale produite expérimentalement par une goutte d'une dilution d'un pollen déterminé sur la muqueuse nasale d'un individu atteint de rhume des foins et sensibilité à ce pollen. Il faudrait enfin faire de nombreuses expériences chez l'homme et chez l'animal. Nous en avons déjà entrepris quelques-unes avec René Renard et Gajdos, chez des malades atteints de Dermographisme autrefois appelé urticaire factice et dans toute une série de dermatoses de sensibilisation. Nous publierons ultérieurement les résultats.

Une nouvelle voie est en tout cas ouverte aux chercheurs, physiologistes, chimistes et médecins. Elle peut être riche en découvertes nouvelles et nous permettra peut-être d'éclairer d'un jour nouveau la pathogénie et la thérapeutique de ces affections souvent si décevantes pour le praticien : l'urticaire et la maladie de Quincke.

L'histamine dans les syndromes intestinaux

Par D. MAHOUDEAU

De nombreuses recherches et spécialement celles de M. Loeper et de ses collaborateurs, ont montré que l'histamine joue parfois un rôle important en physiopathologie digestive. Le moment est venu, semble-t-il, d'appliquer à la pratique médicale ces acquisitions de la chimie biologique et de l'expérimentation. Nous allons donc tenter de préciser quelles circonstances président à l'apparition des phénomènes provoqués par l'histamine dans les syndromes intestinaux ; quelles manifestations cliniques, quelles épreuves pratiques mettent en évidence le rôle de l'histamine ; quelles conclusions thérapeutiques découlent de ces considérations.

***

Il importe d'abord de préciser dans quels syndromes intestinaux l'histamine est susceptible de jouer un rôle. M. Loeper y a longuement insisté. Nous en distinguerons avec lui deux grands groupes :

Dans le premier, le syndrome d'« intoxication imidazolée » survient au cours d'infections à localisation intestinale, avec lésion anatomique de la muqueuse, telles, par exemple, la fièvre typhoïde ; et aussi la dysenterie, certaines entérites, aiguës ou tuberculeuses.

Dans le second groupe, le syndrome intestinal dépend de la nature même des aliments ingérés. Il ne s'agit pas ici de ces intoxications, par certains champignons par exemple, où le produit toxique introduit dans l'organisme exerce son action dans tous les cas. Au contraire, les aliments dont nous voulons parler sont généralement inoffensifs dans les conditions habituelles ; ils ne deviennent toxiques que sous certaines influences

qui seront citées plus loin. A ce point de vue, les aliments riches en protides, et particulièrement en acides aminés sont les plus importants à considérer. L'abondance de ces substances peut croître avec l'âge de l'aliment et dépendre de son mode de conservation. On a vu ailleurs quelle était la teneur de différents aliments en histidine ou histamine.

* * *

Quelles manifestations cliniques provoquera le passage de l'histamine dans l'organisme, et permettront, le cas échéant, d'en soupçonner le rôle ?

Il faut signaler d'abord certains troubles locaux, ou tout au moins digestifs, tels que les douleurs intestinales accompagnées de diarrhée muqueuse, ou des douleurs gastriques.

Mais plus importantes sont les manifestations générales : elles sont essentiellement vago-sympathiques et cardio-vasculaires.

De tels malades présentent parfois de la sialorrhée (plus fréquente que la sécheresse de la bouche), ou des transpirations abondantes auxquelles Trousseau donnait très justement le nom de sueurs intestinales. On peut encore voir survenir des poussées vaso-motrices de la face, des érythèmes fugaces ou de l'urticaire ; ou encore des œdèmes localisés par exemple à la face. Certains malades se plaignent de céphalée, d'état vertigineux, de troubles oculaires. Les pupilles sont généralement en myosis. Le réflexe oculo-cardiaque, les épreuves pharmacodynamiques peuvent mettre en évidence les réactions anormales du vague et du sympathique, souvent bien caractérisées mais parfois intriquées.

A côté de ces troubles nerveux, il faut réserver une place importante aux manifestations cardio-vasculaires : presque toujours on constate de l'hypotension artérielle. On peut noter encore de la bradycardie, des troubles du rythme.

En résumé, les principaux éléments cliniques du syndrome provoqué par l'histamine sont l'hypotension artérielle, le myosis, les sueurs abondantes, les manifestations vaso-motrices cutanées.

Telles sont les constatations que nous avons pu faire avec M. Loeper chez des malades présentant un taux d'imidazolémie et d'imidazolurie nettement excessif.

Ces faits ont déjà été publiés en détail et nous n'y reviendrons pas. Mais on doit remarquer que ces signes cliniques permettent seulement de soupçonner le rôle de l'histamine dans les syndromes intestinaux, et que les dosages sanguins et urinaires, qui en fournissent la preuve, ne sont guère utilisables en pratique courante.

Nos recherches nous ont permis de nous convaincre que la mesure de l'imidazolurie était pratiquement suffisante quand les reins ont un fonctionnement normal. Cette recherche s'effectue au moyen de la réaction de Pauly.

La réaction de Pauly n'est autre que la diazo-réaction d'Ehrlich modifiée. C'est une réaction simple et aisément applicable à l'urine. La coloration qui varie du rouge orangé au rouge et au rouge cerise est d'autant plus intense que la quantité d'imidazols contenue dans l'urine est plus considérable. Il y a certes des causes d'erreur, erreur de coloration, à peine rouge ou rouge orange, mais la réaction peut, en pratique, servir à une estimation approximative et suffisante.

Rappelons que la diazo-réaction d'Ehrlich a été attribuée à tort à la bilirubine, tout au moins dans sa coloration cerise typique : elle est due en réalité à la présence d'imidazol, et en particulier d'histamine. Elle avait été considérée tout d'abord comme assez spéciale à la fièvre typhoïde, y paraissant d'autant plus intense que la maladie était plus grave. Or nous avons remarqué un parallélisme évident entre l'intensité de la réaction d'Ehrlich et l'abondance des imidazols dans les urines de nos typhiques.

La réaction de Pauly doit donc être systématiquement employée dans ces différents cas. Elle est un moyen facile et pratique d'en reconnaître l'origine.

* * *

Malgré l'opinion contraire de Meakins et Harrington, nous pensons que les imidazols, et en particulier l'histamine, existent même dans les selles normales, chez l'homme. Un grand nombre d'auteurs les ont signalées dans le contenu du grêle et du cæcum chez l'animal. Il reste donc à expliquer pourquoi l'histamine peut jouer un rôle dans certains états pathologiques de l'intestin.

Pour cela il nous faut revenir à la distinction que nous avons faite plus haut entre les intoxications alimentaires sans lésions importantes de la muqueuse, et les infections à localisation intestinale.

Dans le groupe des intoxications alimentaires, le rôle de l'histamine vient d'un excès dans l'apport ou dans la formation de ce corps à l'intérieur du tube digestif.

Parmi les aliments contenant des protides, les uns sont histaminophores, les autres histaminogènes. Les *histaminophores* apportent l'histamine en nature et toute formée ; ce sont le foie, peut-être le poumon, la triperie et même, d'après Dale, d'autres tissus encore. La proportion d'histamine n'y est pas très grande, mais non négligeable ; et elle s'accroît encore par autolyse dans des aliments conservés. Dans ce cas, il y a *excès d'apport* en histamine.

Dans d'autres cas, il s'agit d'aliments *histaminogènes* : tous les éléments protidiques en effet se sont édifiés à partir de différents acides aminés, et en particulier l'histidine. Celle-ci est par elle-même inoffensive : mais elle peut se transformer dans l'intestin en histamine par décarboxylation. Cette transformation de l'histidine en une base aminée toxique est favorisée par l'acidité ou la légère alcalinité du milieu intestinal, résultant elle-même de l'action de la flore intestinale, si nombreuse et si variée, sur les glucides.

Tels sont les facteurs grâce auxquels il peut y avoir, dans l'intestin, *excès de formation* de l'histamine.

L'explication des faits est toute différente pour le groupe des maladies infectieuses à localisation intestinale. Prenons par exemple le cas de la fièvre typhoïde que nous avons eu l'occasion d'étudier :

Dans cette maladie, où les lésions essentielles atteignent l'intestin et son appareil folliculaire, il semble bien probable que la toxine et le bacille ne sont pas les seuls agents d'intoxication ; d'autres substances doivent entrer en jeu, nées des altérations mêmes des organes et surtout de la paroi intestinale.

Certes, comme le soutiennent certains auteurs, le bacille typhique, de même que le colibacille, est peu favorable à la formation de l'histamine. Et en outre l'alimentation généralement restreinte des typhiques ne fournit guère les éléments de cette formation. Aussi, plutôt que l'apport en matériaux constitutifs de l'histamine ou que l'excès de formation dans le tube digestif, faut-il faire jouer, croyons-nous, un rôle essentiel à deux autres facteurs : le trouble de résorption, la formation *in situ* dans la paroi de l'intestin.

En effet l'intestin en écumoire des typhiques doit être à coup sûr plus perméable que celui des sujets normaux, et une résorption plus importante d'imidazols peut en être la conséquence, malgré une formation minime.

De plus, la lésion infectante et nécrosante de la paroi doit jouer un rôle capital dans la formation sur place de ces imidazols ; et ceux-ci se résorbent plus aisément, car ils ne subissent pas, en traversant l'intestin malade, la destruction normale.

Enfin, l'histamine qui passe ainsi dans l'organisme n'est peut-être pas aussi complètement détruite chez ces malades infectés que dans un organisme normal, comme l'ont établi Hanke et Kœssler.

* * *

Des notions qui précèdent découlent quelques déductions thérapeutiques.

Tout d'abord il convient de supprimer autant que possible les aliments reconnus nocifs. Malheureusement, le malade peut être sensible à plusieurs substances et une enquête peut être nécessaire pour établir la catégorie d'aliments nocifs. Une longue mastication est souvent indispensable. L'étude après tubage de la sécrétion gastrique permettra de corriger celle-ci dans le sens voulu pour assurer une meilleure digestion des

◆◆

aliments. On pourra chercher encore à exciter la leucopédèse et la mucorrhée gastrique par différents produits (peptone et pepsine, sucre).

La thérapeutique doit encore s'attaquer à la production même des corps toxiques aux dépens des aliments. Certes les microbes, agissent déjà sur les substances qui naissent de la muqueuse intestinale, le mucus et l'albumine ; mais ils agissent surtout sur les résidus alimentaires. Plus ceux-ci sont abondants, plus la flore microbienne se développe. Et nous avons vu que les microbes créent l'acidité à partir des glucides. Il faut donc réduire les résidus alimentaires. Les meilleurs médicaments sont d'abord la diastase amylacée dont l'action est limitée, ensuite les extraits pancréatiques dont l'action est plus complète : ils aident à la digestion à la fois des protides, des graisses et des farineux, et ils réduisent ainsi la pullulation de microbes dans le milieu intestinal.

On peut tenter aussi d'agir directement sur les éléments microbiens par certains antiseptiques comme l'iodol, la chloramine. Le charbon, qui diminue la flore intestinale, fixe aussi les produits toxiques de façon élective.

Il faut encore alcaliniser le milieu, au moyen de la craie, de la magnésie et du charbon. Cette alcalinisation est indispensable pour empêcher la décarboxylation de l'histidine, c'est-à-dire la production d'histamine.

Enfin il faut réduire si possible la perméabilité intestinale aux substances toxiques. Réduire la traversée des substances à grosses molécules est facile, le kaolin, et la paraffine y suffisent. Réduire la perméabilité aux bases aminées est impossible et illusoire ; le charbon, les alcalins et l'eau de Vichy pourront seulement la rendre moins dangereuse ou moins massive.

Il ne faut pas oublier en outre que le passage dans l'organisme de substances toxiques ne dépend pas seulement de la perméabilité intestinale, mais du pouvoir d'arrêt, de fixation, de transformation du foie. Si celui-ci ne semble pas fonctionner normalement, on associera avec avantage les mélanges du type Bourget, de bicarbonate, phosphate et sulfate de soude.

Toutes ces prescriptions thérapeutiques visent à empêcher le passge de l'histamine dans la circulation générale. Si celui-ci vient à se produire, il convient d'en traiter les effets dont on a vu que le principal était l'hypotension artérielle. Aussi l'adrénaline est-elle donc utile et apparaît presque comme un antidote de l'histamine. Elle doit être administrée à la dose de quelques gouttes sur un morceau de sucre qu'on laisse fondre dans la bouche.

Si le sujet paraît sensibilisé à certains aliments, on pourra tenter une cure de désensibilisation par la peptone, le lait en injections intra dermiques, des intradermo-réactions avec une goutte de solution très diluée d'histamine (1 °/oo).

Enfin l'injection dans la veine de carbonate de soude (Sicard et Paraf), de bicarbonate, d'hyposulfite de soude (Ravaut) semble agir plus par alcalinisation ou conjugaison avec la substance toxique que par désensibilisation vraie.

En somme, le traitement doit viser avant tout à la réduction des résidus du milieu intestinal, à l'excitation de la fonction hépatique, à l'alcalinisation même du milieu humoral.

Voir : Loeper, Lesure et Thomas : Contribution à l'étude du dosage des imidazols. *Bulletin de la Société de chimie biologique*, tome XVI, n° 9, nov. 1934. — Loeper, Mahoudeau, Lesure et Giraux : Imidazolurie après administration d'extraits de foie. *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 18 mai 1934, n° 17 ; et Fièvre typhoïde et imidazols, *Id.*, février 1934. — Loeper, Perrault et Lesure : Syndromes histaminiques d'origine intestinale. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 nov. 1934, tome CXII, n° 38. — Loeper, Lemaire, Mahoudeau et Lesure : Hypotension des typhiques et imidazols. *Bull. de la Soc. med. des hôpitaux*, 2 février 1934, n° 4. — M. Loeper : Thérapeutique des intoxications alimentaires. *Presse Médicale*, 31 oct. 1934, n° 88. — Loeper, Lesure et Mougeot : Les imidazols de quelques aliments. *Progrès Médical*, 1er juin 1935, n° 22, et *C. R. de la Société de Biologie*, *passim*, 1934, 1935, 1936.

Asthme et histamine

Par André JACQUELIN

Médecin de l'Hôpital Broussais

Ce qui frappe, dans l'asthme, c'est, contrastant avec la multiplicité et la diversité de ses causes, l'uniformité symptomatique relative de ses accès : les facteurs étiologiques les plus variés — pollens, allergènes de maison ou d'appartement, protéines alimentaires, agents chimiques, chocs émotifs — aboutissent tous à un paroxysme dyspnéique assez identique à lui-même, dans la majorité des cas, pour que son diagnostic s'impose.

On peut donc supposer qu'un mécanisme pathogénique commun unifie et uniformise l'action de ces nombreux facteurs. Poussée de vagotonie primitive ? C'est l'explication classique à l'égard de laquelle j'ai cru bon dans plusieurs publications de formuler maintes réserves. Choc histaminique? C'est l'hypothèse — au moins vraisemblable — qui, certes, appelle encore diverses recherches de contrôle, mais à laquelle conduisent certaines constatations récentes.

***

Voyons d'abord les faits expérimentaux qui plaident en sa faveur :

1° L'injection sous-cutanée ou intra-veineuse d'histamine réalise exactement le tableau du choc colloïdoclasique : vasodilatation intense et généralisée expliquant la chute de la tension artérielle, la leucopénie, l'inversion de la formule leucocytaire, et dans certains cas, les éruptions cutanées, l'œdème des muqueuses, les vomissements, la diarrhée (d'autant qu'il y a excitation des fibres lisses de l'intestin), la congestion bronchique et bronchiolique, l'œdème pulmonaire même (1).

2° L'injection intradermique de quelques gouttes d'une solution très diluée d'histamine, son application transépidermique — en cuti-réactions par exemple — produisent les mêmes effets congestifs et œdémateux, mais localisés au point d'injection ou de pénétration, donnant lieu à une papule d'urticaire ;

3° La médication curatrice de l'intoxication histaminique et des états de choc est identique : l'adrénaline, dont l'action vaso-constrictive et de relâchement des fibres musculaires lisses s'oppose presque complètement aux perturbations vasomotrices qu'ils entraînent et les neutralise efficacement (Schenck) ;

4° Ces résultats expérimentaux et cette épreuve thérapeutique ont conduit à se demander si ce n'est pas par une libération histaminique que s'expliquent les manifestations générales et locales du choc anaphylactique. Effectivement, on a pu déceler dans le sang, les urines et certains viscères des animaux soumis à de tels chocs, des taux anormalement élevés d'histamine [4 fois supérieurs à ceux des animaux témoins, pour Dzoinich (2)].

La pathogénie colloïdoclasique de nombreux cas d'asthme devait y faire soupçonner et rechercher le même facteur histaminique, d'autant plus que :

a) Les injections d'histamine chez l'homme produisent une *éosinophilie locale et sanguine* constante et importante [P. Moretti (3), P. Berri et M. Weinberger Giorn (4). Flattow et

(1) Cette action expérimentale est décrite d'une façon très complète dans le beau livre de Guggenheim : Les amines biologiques. Baillière. 1934, p. 312.

(2) A. Dzoinich. — Traitement des états allergiques par l'histamine. *Orvosi Hetilap*, t. 79, n° 51, déc. 1935, et *Klinische Woch*, 9 nov. 1935, p. 1612.

(3) P. Moretti. — *Minerva Médic.*, 1926, VI, p. 810.

(4) P. Berri et M. Weinberger Giorn. — *Clini. Med.*, 1928, IX, p. 919.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Essai sur l'exercice de la pharmacie appliqué à l'industrie pharmaceutique, par François PREVET. Préface d'Albert Buisson. Librairie du Recueil Sirey, 22, rue Soufflot, Paris, 1937 ; 1 vol. in-8°, 178 p. Prix : 25 fr.

La loi de Germinal an XI constitue encore la charte fondamentale et unique de la profession de pharmacien. Malgré les critiques qu'elle a dû subir depuis plus de cent ans, elle a subsisté sans changements. Comme il arrive en pareil cas, la jurisprudence s'est efforcée d'en assouplir les dispositions ; elle s'est ingéniée à en limiter les rigueurs. Les praticiens ont trouvé les formules efficaces pour permettre aux industriels de la spécialité pharmaceutique d'utiliser d'autres lois, telles que celles qui visent les marques de fabrique, les sociétés anonymes, sans contrevenir en rien aux prescriptions de la loi de Germinal. Ces « composés » juridiques ont permis à la profession pharmaceutique d'évoluer et de se développer.

Aussi certains esprits, partisans du *quieta non movere*, considèrent-ils avec appréhension toute tentative pour modifier un régime à l'abri duquel, malgré ses inconvénients, a pu prospérer l'industrie nouvelle des produits pharmaceutiques.

M. Prevet n'est pas de ceux-là. Technicien et juriste — un homme qui est à la fois docteur ès sciences physiques, docteur en droit et docteur en pharmacie mérite ces titres — il ne déclare pas mauvais tout le régime de l'an XI et ne veut pas tout réformer. Son esprit judicieux et documenté l'amène à conserver les principes tutélaires posés par le législateur d'autrefois, tels que le monopole du diplôme, l'unité du diplôme et de l'officine, la séparation entre la gestion technique et commerciale des entreprises pharmaceutiques, d'une part, et les concours financiers qu'elles exigent, d'autre part, et qui doivent pouvoir émaner de non-diplômés.

M. Prevet se défend de vouloir proposer des textes, afin de ne pas empiéter sur le domaine des législateurs, et se borne à poser les principes généraux d'une réforme du régime actuel. Il demande que les règles légales soient à la fois assouplies et précisées par un décret ou mieux par une loi qui porterait sur les points suivants :

1° Les conditions dans lesquelles seront liciter les contrats de gérance libre ou salariée du fonds de commerce de pharmacie.

2° Les conditions dans lesquelles plusieurs diplômés peuvent s'associer pour exploiter plusieurs officines.

3° Les clauses statutaires requises de chaque type de société entre diplômés.

4° La faculté qu'auront les cohéritiers dans l'indivision de donner à bail pendant six ans l'officine de leur auteur ou de la conserver pendant six ans si l'un d'eux est au moins inscrit comme stagiaire en pharmacie au décès.

5° Les formes que doivent revêtir les créances de bénéficices sur un diplômé ou sur une société pharmaceutique.

Sur toutes ces questions, traitées avec une grande sobriété de discours, mais éclairées par des arguments précis et par un judicieux emploi de la jurisprudence, M. Prevet apporte des lumières vives et neuves.

Si, quelque jour, le Parlement entreprenait de donner à cette grande industrie nationale qu'est la spécialité pharmaceutique et dont il méconnaît le rôle économique autant que l'influence sur la diffusion de la pensée médicale française, un statut adapté aux nécessités d'aujourd'hui, l'ouvrage de M. Prevet pourrait lui servir de guide et lui aurait largement ouvert et défriché la voie.

L'Année pédiatrique, (Deuxième année), publiée en 1936, par Robert BROCA et Julien MARIE. (Préface du Professeur Robert Debré). Un volume de 204 pages avec 78 figures, 32 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Année pédiatrique ne présente pas tous les faits nouveaux sous un aspect de nomenclature. Les auteurs apportent sur chacune des questions envisagées un exposé fidèle et pratique des seuls faits solidement établis, ils visent à faire connaître au médecin des notions précises et utiles.

Manuel de Puériculture, par P. LEREBOULLET, avec la collaboration de E. SAINT-GIRONS et A. ZUBER. Deuxième édition revue et corrigée. Un volume de 230 pages avec 56 figures, 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bien que le rapide épuisement de ce volume ait laissé peu de temps s'écouler avant la mise en vente de cette nouvelle édition, l'auteur l'a revisé soigneusement et a tenu compte, notamment, des changements récemment apportés à la direction de l'alimentation du premier âge. Les multiples remaniements des lois et décrets concernant l'assistance médico-sociale de la jeune enfance ont amené à modifier également les derniers chapitres. Enfin l'illustration a été complétée.

Rappelons qu'on trouve dans ce manuel bien connu les règles de l'hygiène des tout-petits, leur justification et l'énumération des moyens pratiques susceptibles d'être employés pour les mettre en œuvre. Tout en se bornant à l'étude de l'enfant normal et sans empiéter sur la pédiatrie

proprement dite qui a pour but les soins de l'enfant malade et sa guérison, ce livre s'appuie sur l'expérience acquise par l'observation des malades du jeune enfant et la recherche de leurs causes.

Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme, par H. VIGNES et M. ROBEY. Un volume de 88 pages (Collection médecine et chirurgie : Recherches et Applications, n° 2), 14 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La question de l'existence de période de fécondité et de périodes de stérilité physiologique est et a été l'objet de multiples controverses depuis les travaux d'Ogino et de Knaus. On sait, en effet que deux théories se partagent la faveur des physiologistes et des gynécologues : l'une affirme la rigueur de la délimitation entre la période de fécondité et les périodes de stérilité physiologique, l'autre admet au contraire la possibilité de la fécondation à chaque jour du mois menstruel et c'est à un exposé impartial et détaillé de leurs arguments respectifs que se sont livrés ces auteurs.

Brièveté extrême de la vie de l'ovule, limitation du pouvoir fécondant du spermatozoïde à un nombre restreint de jours, rapport étroit de la fécondation avec l'ovulation de ce fait, fixité de la date de l'ovulation telles sont ces bases principales de la loi d'Ogino et de Knaus, que viennent étayer des preuves nombreuses. Mais les objections d'ordre clinique, biologique, expérimental et anatomique n'en restent pas moins sérieuses et il devient dès lors difficile de déduire la conduite à tenir vis-à-vis d'un problème dont l'intérêt tant théorique pour la connaissance de la physiologie sexuelle que pratique dans ces cas de fécondation de femmes stériles, ou à l'opposé, de prophylaxie anticonceptionnelle pour cause médicale ou pour tout autre motif n'est pas à rappeler.

MM. Vignes et Robey montrent la façon dont il faut interpréter ces faits, donnent l'exemple de l'esprit critique avec lequel il faut les accueillir et dégagent la conclusion qu'autorisent leur expérience pratique et leurs nombreux travaux sur la physiologie de la femme. La loi, exacte en principe, n'est pas absolue et il est nécessaire d'étudier chaque cas individuel avec méthode et attention. Elle paraît d'une application d'autant plus délicate qu'il n'y a pas de critère permettant de dire qu'une femme est dans la norme ou dans l'exception.

Divers

La radiesthésie devant la physique, par le Docteur M. AMELINE. A. Costes, éditeur à Paris. Prix : 15 francs. In-8° raisin.

L'auteur conclut que les divers Radii, sans existence réelle, ne peuvent être « sentis », et qu'il ne saurait y avoir de sensibilité spéciale (esthésie) à ce qui n'existe point en dehors de la routinière pensée qu'une pédagogie trop traditionnelle et arriérée encourage et impose malheureusement aux jeunes cerveaux en voie de développement. A moins de nier systématiquement les progrès de la science, on doit affirmer finalement que la radiesthésie ne peut subsister devant la physique toute récente déjà riche d'avenir.

Le grand amour de Fouché. *Ernestine de Castellane*, par A.-E. MOULIN. Un volume in-8° illustré, 20 francs. Librairie académique Perrin, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Il y a toujours, chez Fouché, un coin de masque à soulever. Après M. Stefan Zweig qui fait œuvre d'artiste plus que d'historien dans son *Joseph Fouché*, après le magistral ouvrage de M. Louis Madelin, qui a tout dit sur l'homme politique, il restait à pénétrer plus avant dans l'intimité du génial intrigant.

L'étude de M. A.-E. Moulin vient, aujourd'hui, combler cette lacune en nous révélant, à la lueur de curieux documents inédits, un Fouché inattendu, ami délicat, père de famille irréprochable et mari fort amoureux de la belle Ernestine de Castellane.

Il avait épousé, en seconde noces, cette jeune aristocrate provençale, le 1er août 1815, alors que sa fortune politique atteignait son apogée avec la Deuxième Restauration.

Or, deux mois à peine écoulés, sous la poussée de la « Chambre introuvable », c'était la disgrace de Dresde, bientôt suivie de la proscription en Autriche.

C'est une figure peu connue et pourtant bien attachante que cette Ernestine de Castellane qui fut, jusqu'au bout, la grande consolatrice du vieux Jacobin repenti.

Le couple passa de Prague à Carlsbad, à Linz, et enfin à Trieste, où il reprit goût à la vie dans la société d'Elisa et de Jérôme Bonaparte. Fouché s'y éteignit, dans la nuit de Noël 1820.

Sa veuve lui survécut une trentaine d'années qu'elle passa dans une retraite pleine de dignité.

Revue des cours et conférences. Le numéro : 5 francs. Abonnement 70 francs. Paraît le 15 et le 30, du 15 décembre au 31 juillet. Boivin, éditeur, 3 et 5 rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 janvier 1937 : J. PLATTARD : Erasme et l'humanisme moderne. — A. GRENIER : Les siècles heureux et la déchéance de la Gaule romaine (II) : La Gaule sous le Haut-Empire. — O. BLOCH : De quelques caractères du vocabulaire français. — A. FEUGÈRE. Le mouvement religieux dans la littérature du XVIIe siècle (II) : Les disciples de Saint François de Sales. — P. MESSIAEN : Les comédies de Shakespeare (I). — H. GOUHIER : Introduction à une philosophie du beau (III) : Beauté et individualité. — Ch. VERLINDEN : L'Espagne au Xe siècle (II) : L'Espagne musulmane au Xe siècle. — P. JOURDA : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (V) : L'Italie.

H. Huttel (1), dont le rapprochement s'impose avec la cytologie des crachats, la formule leucocytaire des asthmatiques, et la constance de l'éosinophilie bronchique constatée aux autopsies de ceux de ces malades morts en crise ;

b) L'histamine exerce sur les muscles bronchiques comme sur la musculature lisse de l'utérus et de l'intestin *une forte action constrictive* (Bal, Weber) *par excitation parasympathique* : la caféine, l'atropine et l'adrénaline inhibent cette action (Pal, Chance, Oliver et Jackson). Le bronchospasme de l'asthme peut donc résulter très vraisemblablement d'une pathogénie histaminique ;

c) On sait l'importance des écarts de régime et des troubles digestifs dans l'aggravation de l'asthme. Or, le Prof. Loeper (2) a montré, à propos du syndrome « intoxication alimentaire » le rôle capital qui revient dans ce syndrome aux pénétrations massives d'histidine et d'histamine à travers les voies digestives, et à une insuffisance de la fonction « protéopexique » du foie.

Kämmerer (3), Storm van Leeuwen (4), Knott et Oriel (5), Piquet (6), Thiberge (7) se sont efforcés de préciser ce rôle de l'histaminémie dans l'asthme, en recherchant et en démontrant la présence de cette amine, soit dans le sang, soit dans l'urine, soit même dans les crachats des malades qui en sont atteints.

Nous-même, grâce à l'obligeance de M. Ungar, qui a bien voulu se charger de les effectuer, avons pu obtenir quelques dosages d'histamine chez nos asthmatiques (8).

1° *Entre les crises.* Nous avons trouvé *dans le sang des taux normaux d'histamine* (55 à 65 γ par litre de sang en moyenne), *dans les urines*, une absence complète de corps de la série histaminique, et dans les crachats des taux faibles allant de 0 γ 05 à 0 γ 15 et 0 γ 75 par 10 c. c. ;

2° *Au moment d'une crise.* Nous avons relevé chez un malade *dans le sang* le chiffre de 110 γ par litre, et chez deux autres malades, *dans les crachats* rejetés à la fin d'une crise 3 et 4 γ par 10 c. c.

Nous devons notrer que ces crachats étaient particulièrement riches en éosinophiles et que l'éosinophilie sanguine atteignait 13 et 14 %.

Ces dosages sont trop peu nombreux pour que nous en fassions état. Ils semblent néanmoins démontrer que, chez l'asthmatique, l'hyperhistaminurie est toute passagère, coïncide avec l'état de crise, ou plus exactement, avec l'accès paroxystique, et qu'elle peut être générale et locale.

a) Générale. Les notions que nous avons rappelées plus haut permettent de l'expliquer selon les cas :

Ou bien par un choc colloïdoclasique général, donnant lieu à l'asthme, soit pur, soit plus souvent associé à d'autres manifestations : urticaire, surtout, ou migraines.

Ou bien par une intoxication d'origine digestive, l'histamine pénétrant toute formée ou à l'état d'histidine à travers la muqueuse digestive, insuffisamment arrêtée par un foie déficient, et envahissant le sang circulant pour réaliser ces mêmes troubles ;

b) Locale, produite au niveau même des muqueuses aériennes — nasale, trachéale, bronchique — par les substances inhalées (pollens ou poussières diverses), responsables de la sensibilisation directe de ces muqueuses et de l'anaphylaxie locale qui en découle.

Mais cette libération locale d'histamine chez l'asthmatique au niveau de l'appareil broncho-pulmonaire est probablement beaucoup plus complexe, si l'on fait état des très récents travaux de MM. Tinel et G. Ungar et de leurs collaborateurs (1) sur les rapports des appareils périphériques vaso-dilatateurs avec les terminaisons nerveuses sensitives, et sur le phrénique, nerf vaso-moteur histaminergique du poumon. (Cette importante découverte vient opportunément s'intégrer dans la théorie générale de la transmission humorale histaminique de l'influx antidromique vaso-dilatateur.)

Nous ne pouvons développer ici autant qu'elles le mériteraient les données fournies par ces belles recherches. Qu'il nous suffise de rappeler que, à la suite des travaux antérieurs de Bayliss, de Dale, on admet une conception neuro-humorale du fonctionnement du système nerveux neuro-végétatif.

1° Le vague agirait par l'intermédiaire d'une substance cholinique inhibée par l'atropine. Ce serait le *système cholinergique* ;

2° Le sympathique représenterait le système inverse ; *adrénergique*, inhibé par le tartrate d'ergotamine ;

3° Un troisième système représenté par les fibres sensitives donnerait lieu, indépendamment de l'influx centripète classique, à un influx centrifuge, dit « antidromique », dont l'effet vaso-dilatateur, vu déjà par Stricker, serait lié à la production d'histamine au niveau des terminaisons nerveuses sensitives. Pour le poumon, ces fibres passeraient par le phrénique [Ungar (2)].

C'est à ce dernier système *histaminergique* qu'appartiendrait en outre la production périphérique des « réflexes d'axone », producteurs d'une vaso-dilatation locale, sans intervention des voies sensitives longues, responsables, nous venons de le voir, de la vaso-dilatation antidromique (Tinel et Ungar)

Or n'aperçoit-on pas imméditement le lien possible, le lien vraisemblable de l'accès d'asthme et de cette fonction histaminergique que les travaux les plus récents nous révèlent basée sur l'irritation des voies sensitives d'une part, sur les réflexes d'axone d'autre part ?

C'est, précisé et confirmé, le rôle asthmatogène des lésions irritatives broncho-pulmonaires — scléroses pulmonaires, tuberculose fibreuse, bronchite chronique — (Bezançon et de Jong), le jeu des réflexes courts « broncho-bronchiques » invoqués par Danielopolu pour expliquer la persistance de l'état de mal asthmatique.

Ainsi donc, il semble qu'on puisse invoquer à l'histaminémie locale asthmatogène une double origine :

Colloïdoclasique, relativement banale (anaphylaxie locale).

Histaminergique, par irritation mécanique toxique ou infectieuse des voies sensitives du poumon et des ganglions intra-muraux.

Est-il besoin de rappeler que cette libération locale d'histamine sera asthmatogène par deux mécanismes principaux :

Mécanisme de vaso-dilatation capillaire, bronchique et bronchiolique, plus rarement alvéolaire, facteur essentiel (3).

Mécanisme de broncho-constriction, facteur qui nous semble plus accessoire ;

Que, par elle, on comprend aisément l'éosinophilie locale prédominante, et sanguine, contingente ;

Qu'enfin elle rend compte de l'action curatrice de l'adrénaline, substance qui, pharmacologiquement, apparaît comme son antagoniste presque complet.

* * *

Quelles possibilités cette conception histaminémique de l'asthme ouvre-t-elle au point de vue thérapeutique ? Peut-on

(1) E. Flattow et Huttel, *in* Feldberg et Schilf.
(2) M. Loeper. — Thérapeutique des intoxications alimentaires. *Presse Méd.*, n° 88, 31 oct. 1936, p. 1705.
(3) Kammerer. — Allergische Diathesen, Munich 1926, p. 122, 131 et 132.
(4) W. Storm Van Leeuwen et Zeydner. — *Britisch Journ. Exp. Path.*, 1922-23, p. 232.
(5) F.-A. Knott et G.-H. Oriel. — *J. of Phys.*, 1930, 70, 31.
(6) E. Piquet. — Asthme et histamine. Thèse Strasbourg, 1934.
(7) N.-F. Thiberge. — Histamine and proteine compared in control of Asthme. *J. Allergy*, 6 march 1935. pp. 282-287.
(8) Nous ne pouvons détailler ici la technique de ces dosages, basés sur la comparaison entre la contraction de l'intestin isolé du cobaye obtenue par une solution connue d'histamine et la courbe de contraction fournie par le produit examiné.

(1) J. Tinel et G. Ungar. — Vaso-dilatation et libération locale de substances histaminiques. *C. R. Soc. Biol.*, 1935, t. 118, p. 1148.
(2) G. Ungar, A. Grossiord et J. Brincourt. — Le phrénique, nerf vaso-moteur histaminergique du poumon. *Ann. Anat. Path.*, t. 13, n° 2, février 1936.
(3) A. Jacquelin. — Manifestations broncho-pulmonaires des rénaux et des cardio-rénaux. Thèse, Paris, 1922, p. 81. — Asthme et troubles vasomoteurs. Congrès de l'asthme Mont-Dore, 1932, t. II, p. 40.

espérer désensibiliser les asthmatiques à l'égard de l'histamine, et, par cette voie, influencer leur état ?

Divers auteurs l'ont tenté [Ramirez et Georges (1), Stahl et Masson, Dzoinich (2), E. Piquet (3), Israël et Jacob (4)]. Résumons leur technique et leurs résultats.

Deux points essentiels :

1° Utiliser la voie dermo-épidermique, soit en déposant sur des scarification 1/3 d'ampoule de chlorhydrate d'hismine (Piquet), soit en injectant dans l'épaisseur du derme 0,1 à 0,3 mgr. (Stahl et Masson), ou seulement de 0,00001 mgr. à 0,01 (Dzoinich) ;

2° Utiliser des doses extrêmement faibles et progressivement croissantes.

La voie hypodermique, la voie intramusculaire, les doses trop fortes provoquent une aggravation des crises.

Les résultats : Ramirez et Georges, sur 10 cas traités, accusent 8 aggravations pour 2 sédations (sans doute par l'emploi de doses massives). Stahl et Masson dans 19 cas obtiennent 15 fois un résultat favorable sur la crise en cours. Dzoinich, sur 15 cas, note 12 « guérisons » et 3 insuccès. Piquet dans 26 cas obtient souvent une cessation de la crise et une diminution de la dyspnée entre les crises.

Nous n'avons pas, quant à nous, une expérience assez étendue, ni surtout assez ancienne de cette méthode pour porter dès maintenant un jugement précis sur sa valeur. Il nous semble seulement qu'elle convient surtout aux cas comportant une forte éosinophilie sanguine, et intriqués d'urticaire. Elle ne nous paraît guère supérieure à l'auto-hémothérapie et nous semble inférieure à l'auto-sérothérapie intramuqueuse que nous avons proposée (5). Ce fait nous engage à en poursuivre l'essai par la voie intramuqueuse, rationnellement plus efficace pour l'asthme que la voie intradermique, mais non encore utilisée.

Au surplus, nous ne croyons pas que l'on puisse demander à ce traitement autre chose qu'une *désensibilisation momentanée* du malade. C'est sans doute plus une *médication de l'état de crise, qu'une médication de fond de l'asthme* capable de modifier durablement le terrain asthmatique.

Il suffit, pour aboutir à cette conclusion modeste, de comprendre que le processus histaminique n'est qu'une phase de l'état de choc, et que nous avons déjà fait de l'histaminothérapie avant la lettre, quand nous avons mis en œuvre, avec Achard et Flandin l'autosérum, avec Jausion, l'auto-urine, avec Oreil, une « protéose » urinaire.

Cette réserve posée, nous devons tendre à perfectionner les techniques encore embryonnaires de ce traitement histaminique, étudier les voies d'introduction (la voie endo-muqueuse particulièrement), la fréquence des injections, la répétition des cures, les indications de la méthode.

Mais nul doute qu'il ne faille poursuivre plus haut et plus loin la prévention ou l'atténuation de cet état de déséquilibre vaso-moteur foncier, de diathèse auto-toxique et exsudative qui est la base même de l'asthme.

(1) RAMIREZ et A. GEORGES. — Traitement de l'asthme par l'histamine. *Med. J. and Rec.*, 1924, t. 119, p. 71.
(2) DZOINICH. — *Loc. cit.*
(3) E. DIGUET. — *Loc. cit.*
(4) ISRAEL et JACOB. — Arrêt de la crise d'asthme à l'aide d'urticaire provoquée par des scarifications d'histidine. Soc. Thérap., 12 juin 1935.
(5) A. JACQUELIN, TURIAF, DAVOUS et REVEILLAND. — Sur un nouveau mode d'auto-sérothérapie dans les asthmes graves. Soc. méd. Hôp., 12 avril 1932.

« J'éprouve toujours, je l'avoue, un malaise, quand j'entends l'un des nôtres déclarer, au cours d'une communication : « j'emploie systématiquement... », ou : « je fais systématiquement... ». Je veux bien que ce soit une formule pour exprimer avec plus de force le sens de « habituellement » ou « ordinairement ». Mais cette formule est malheureuse et rien ne nous dispense de parler exactement français. »

(J. OKINCZYC. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. Un vol., Masson, édit.).

Peut-on désensibiliser à l'histamine ? (1)

Par Alfred GAJDOS

Les résultats thérapeutiques obtenus par l'administration de petites doses d'histamine dans les maladies allergiques d'une part, le rôle que cette substance semble jouer dans les phénomènes anaphylactiques d'autre part, justifient la question : peut-on désensibiliser à l'histamine ?

Dans l'*asthme*, les premières observations sur l'action thérapeutique de l'histamine ont été faites par Ramirez et Georges (1) en 1924. Le problème a été repris et développé par l'école strasbourgeoise. Stahl et Masson (2) relatent, en 1932, les observations de 19 malades soignés en partie par des injections sous-cutanées d'histamine, mais surtout par la méthode de scarification, préconisée par les auteurs. Chez 15 malades, ils constatent une amélioration satisfaisante. Piquet (3), qui a consacré sa thèse à cette indication de l'histaminothérapie, rapporte 26 observations de différentes catégories d'asthmatiques. Cet auteur a vu disparaître la grande crise dix fois sur 14 cas ; les dyspnées asthmatiformes moins intenses ont été améliorées dans 8 cas sur 12. Israël, Jacob et Meyer (4) ont observé également des résultats remarquables. Dzsinich, (5) pratiquant des injections sous-cutanées de très petites doses d'histamine, a obtenu la disparition des symptômes dans 12 cas sur 15.

Friedlander et Petow (6) emploient l'histamine dans le traitement de la *migraine*. Injectant 0 mgr. 001 à 0 mgr. 01 d'histamine par voie sous-cutanée tous les deux jours, ils ont pu obtenir la guérison dans plusieurs cas, sans récidives pendant trois à neuf mois.

Dans l'*urticaire*, nous avons préconisé, avec notre maître, M. le Professeur N. Fiessinger (7, 8) l'histaminothérapie en 1934. Faisant l'ionisation à l'histamine tous les deux jours, nous avons obtenu des résultats remarquables : guérison dans 11 cas sur 13. Plusieurs parmi ces malades, atteints d'urticaire depuis des années, ont été soignés par les traitements les plus variés sans aucun effet. La guérison, obtenue par l'histaminothérapie, a été le plus souvent très durable ; la plupart de nos malades sont restés sans récidive jusqu'à ces jours. Par contre, nous n'avons obtenu aucun résultat par ce traitement dans le *prurit lymphogranulomateux*, ni dans les *eczémas aigus* ou *chroniques*.

Millet et Brown (9) observent l'amélioration notable d'un cas d'œdème de Quincke à répétition par le traitement à l'histamine. Ernstene et Banks (10) emploient l'histamine dans le traitement du prurit accompagné ou non d'urticaire ; sur six malades, ayant de l'urticaire, trois ont été guéris. Israël, Jacob et Meyer rapportent l'observation de deux malades atteints d'urticaire récidivante, rebelle jusqu'alors à tout traitement et guérie par l'histamine. Dzsinich obtient la guérison dans deux cas d'urticaires sur trois.

Peut-on parler dans le traitement des maladies allergiques par l'histamine d'une véritable désensibilisation ? La réponse de la clinique est entièrement affirmative. En effet, la désensibilisation s'est produite vis-à-vis de différents facteurs de sensibilisation.

L'observation personnelle suivante est un bel exemple de la désensibilisation par l'histamine vis-à-vis de *la lumière riche en rayons ultra-violets*.

Mlle B..., âgée de 24 ans, souffre depuis deux ans d'une urticaire récidivante, survenant tous les deux ou trois jours, localisée surtout au visage, accompagnée d'un gros œdème des paupières et de violents maux de tête. La durée des poussées est variable, de six heures à quarante-huit heures, mais d'une intensité toujours violente, défigurant le visage, et rendant la

(1) Travail du service et du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée : Prof. Noël Fiessinger.

vie très pénible. Les médications les plus variées, prescrites par les meilleurs spécialistes et le régime le plus sévère, suivi dès le début de la maladie, ne sont pas capables d'améliorer l'état de cette jeune fille.

En 1934, M. le Professeur Noël Fiessinger, au cours d'une croisière, a pu établir, d'une façon indiscutable, la cause provocatrice de cette urticaire. En effet, les accidents cutanés se produisent si la malade s'est exposée à la lumière solaire, surtout à la lumière réfléchissant sur la surface d'eau. L'éruption a pu être provoquée ainsi à souhait, tandis qu'elle ne s'est pas produite, si la malade est restée dans sa cabine. Un traitement histaminique est conseillé dès son retour à Paris.

La malade se présente dans le service le 10 mai 1935. L'examen somatique est entièrement négatif. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Les antécédents personnels sont excellents. Par contre, les maladies allergiques ne sont pas rares dans sa famille. Sa mère souffre de migraine, son oncle d'asthme.

L'exposition de la peau à la lampe aux rayons ultra-violets montre l'extrême photo-sensibilité de la peau (M. Jean Meyer).

Nous pratiquons l'ionisation à l'histamine tous les deux jours. Nous autorisons un régime normal. Aucun autre médicament.

L'effet du traitement est des plus heureux.

Les deux premières séances, pratiquées le 10 et le 12 mai, atténuent sensiblement les deux poussées qui suivent l'ionisation. Les maux de tête sont moins violents, l'œdème des paupières est insignifiant.

Après la troisième séance, nous conseillons à la malade de s'exposer pendant une demi-heure aux rayons solaires. *Cette expérience montre nettement la diminution de la photo-sensibilité.* Alors qu'auparavant une pareille insolation a infailliblement déclenché une poussée violente, cette fois elle est suivie d'une poussée ortiée insignifiante, sans œdème et sans mal de tête.

Après la cinquième séance, l'urticaire ne s'étant pas reproduite, nous autorisons la malade à faire du canotage au grand soleil. Elle fait cette expérience sans aucune éruption urticarienne consécutive. *Sa peau s'est montrée désensibilisée.*

Nous pratiquons encore trois séances d'ionisation et arrêtons le traitement le 26 mai 1935. Depuis cette époque, la malade, que nous revoyons à plusieurs reprises, se porte parfaitement bien, son urticaire n'a jamais récidivé, même pas à l'occasion d'un sport d'hiver, quand la malade a été abondamment exposée aux rayons ultra-violets.

L'œdème de Quincke du malade de Millet et Brown a été déterminée par une hypersensibilité *à la chaleur*, vérifiée expérimentalement. Le traitement à l'histamine améliore notablement l'œdème de Quincke avec diminution définitive de l'hypersensibilité thermique.

La belle observation d'Israël, Jacob et Meyer montre la désensibilisation vis-à-vis de *certains aliments* et de *certaines substances médicamenteuses*. Il s'agissait d'une jeune femme ayant subi une première crise d'urticaire à la suite de l'absorption d'un antinévralgique, contenant de la quinine. A partir de ce moment, l'anaphylaxie s'est installée : l'absorption d'un antinévralgique quel qu'il soit (aspirine, pyramidon, asciatine, etc.) réalise de l'urticaire. Bien plus, un régime alimentaire ayant été institué, chaque écart de régime est suivi d'une crise d'urticaire. Le traitement à l'histamine détermine la guérison. « Depuis, la malade mange de tout, et peut absorber tous les antalgiques sans la moindre réaction. Les résultats persistent depuis plus d'un an ».

Deux observations de Dzsinich apportent également les exemples de la désensibilisation vis-à-vis des *substances alimentaires*, par l'histaminothérapie.

La *preuve expérimentale de la désensibilisation par l'histamine* a été apportée par Lehner et Rajka (11). Ces auteurs ont obtenu, chez l'homme, par des injections intradermiques répétées de sérum sanguin additionné d'une petite quantité d'histamine, un état de sensibilisation des plus nettes. Continuant ensuite les injections intradermiques d'histamine seule, ils ont observé une désensibilisation complète vis-à-vis de mélange sérum-histamine.

Quelle est le *mécanisme d'action* de cette désensibilisation à l'histamine ?

Pour expliquer les résultats heureux de l'histaminothérapie, dans les urticaires, nous avons écrit avec M. le Professeur N. Fiessinger :

« L'organisme semble contenir toujours des imidazols et parmi eux l'histamine, soit d'origine exogène, alimentaire, soit endogène, formée par les organes ou au niveau de la peau. Cette histamine, substance essentiellement vaso-dilatatrice et exsudative, est normalement neutralisée et éliminée, en tout cas, elle ne détermine aucune réaction cutanée, peut-être en raison de la non-sensibilité de la peau. L'importance de défaut de ce processus de neutralisation dans les divers états pathologiques est particulirement soutenue par le Professeur Loeper et ses élèves. Mais en fait d'urticaire, il faut certainement, en plus, intervenir une réaction particulièrement anormale de la peau que traite l'ionisation à l'histamine par une espèce de vaccination à distance. Il est vraisemblable que certaines périodes ultérieures des poussées histamino-toxiques puissent se produire, mais la peau ne réagit plus comme elle réagissait antérieurement ».

Cette interprétation, envisageant l'histaminothérapie comme une sorte de vaccination dirigée contre les poussées histaminotoxiques, n'explique la désensibilisation vis-à-vis des différents facteurs énumérés qu'en admettant l'*importance de cette substance dans les phénomènes anaphylactiques.*

En effet, nombreuses observations plaident en faveur d'une pareille hypothèse.

L'étendue limitée de notre article ne nous permet pas d'analyser ce problème à fond. Nous nous bornons à signaler seulement les faits les plus importants.

Nombreux travaux insistent sur la *grande analogie entre le choc histaminique et le choc anaphylactique* (12). Les deux chocs présentent la *même symptomatologie* chez les différentes espèces animales. On constate *les mêmes modifications humorales, les mêmes lésions histologiques.*

Les recherches des dernières années apportent des arguments encore plus probants, mettant en évidence la *libération de l'histamine lors du choc anaphylactique.* Chez le cobaye sensibilisé, on détermine le choc par l'injection déchaînante et on recueillit le sang veineux pulmonaire (le poumon étant l'organe de choc chez cet animal). Ce sang injecté à un cobaye non sensibilisé, déclenche le spasme pulmonaire caractéristique de choc anaphylactique. D'autre part, *dans ce « liquide de choc » on a pu établir, par des moyens chimiques et pharmaco-dynamiques, la présence d'histamine* [Bartosch et ses élèves (13), Dragstedt et Gebauer-Fuelnegg (14), Burgh Daly Peat et Schild (15), etc.]. Selon ces auteurs, *le conflit antigène-anticorps met en liberté l'histamine, substance dont l'action pharmaco dynamique expliquerait les symptômes du choc anaphylactique.*

Ces recherches expérimentales montrent le rôle important que l'histamine peut jouer dans le déterminisme des maladies allergiques. Pour l'urticaire spécialement, ce rôle est soutenu depuis longtemps (8) (Dale, Lewis, Ebbecke, Torok, etc.). Qu'il nous suffise de rappeler l'identité d'aspect de la réaction cutanée à l'histamine et des éruptions urticariennes.

Quoi qu'il en soit, *les observations cliniques d'une part, l'expérimentation d'autre part, apportent les preuves péremptoires de la désensibilisation à l'histamine.* Elle réussit vis-à-vis des facteurs les plus divers et elle est souvent remarquablement durable. Elle constitue la base biologique du traitement des maladies allergiques par l'histamine.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ramirez et Georges : A contribution to the étiology of asthme. *Med. Journ. and Rec*, 1924, p. 71. — (2) Stahl et Masson : Histamine et dyspnée asthmatiforme. *C. R. Soc. Biol. de Strasbourg*, 1932, vol. 3, p. 1003. — (3) Piquet : Asthme et l'histamine. Thèse de doctorat, Strasbourg, 1934. — (4) Israel, Jacob et Meyer : Deux cas d'urticaire rebelle. Traitement par les scarifications épidermiques à l'histamine. *Soc. méd. de Strasbourg et Bas-Rhin*, 1935, p. 35. —

(5) DZSINICH : Die Histaminbehandlung allergischer Zustände. *Klin. Woch.*, 1935, p. 1612. — (6) FRIEDLANDER et PETOW : Migrene und ihre Behandelung mit Histamine. *Med. Klin.*, 1927, p. 1416. — (7) GAJDOS : La réactogénothérapie de l'urticaire récidivante. *Journ. des Prat.*, 1934, p. 517. — (8) FIESSINGER et GJADOS : La réactogénothérapie de l'urticaire récidivante par l'ionisation à l'histamine. *Presse Méd.*, 1935, n° 95. — (9) MILLET et BROWN : Heat sensitivness angioneurotic edema, etc. *Med. Clin. of North America*, 1931, juillet, p. 236. — (10) ERNSTENE et BANKS : Histamin in treament of pruritus *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1933, p. 328. — (11) LEHNER et RAJKA : Kunstliche Sensibilisierung und Desensibilisierung der menschlichen Haut unter Vermittelung von Schleppersubstanzen. *Zeitschrift fur Exp. Med.*, 1930, vol. 71, p. 124. — (12) DERLHERM et GAJDOS : L'histamine, Paris, 1934, édit. Vigot frères. — (13) BARTOSCH : Uber die Herkunft des Histamins bei der Anaphylaxie des Meerschweinchens. *Klin. Woch.*, 1935, n° 9, p. 307. — (14) DRAGSTADT et GEBAUER-FUELNEGG : Appearance of a physiologically active substance during anaphylactic choc. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1932, vol. 32, p. 510. — (15) BURGH DALY PEAT et SCHILD : The release of a histaminelike substance from the lungs of guinea-pigs during anaphylactic choc. *Quarterly Journ. of exp. Physiol.*, 1935, vol. 25, p. 33.

L'emploi des injections intra-dermiques d'histamine dans la thérapeutique des rhumatismes

Par le Dr **Louis PERLÈS**

Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis

Des différents moyens employés pour lutter contre la douleur et la contracture dans les rhumatismes aigüs et chroniques et contre certaines névralgies, les injections intradermiques d'histamine donnent, à notre avis, les résultats les plus intéressants.

Lors de nos premiers travaux (1) avec notre maître R.-J. Weissenbach, nous avons été frappés d'emblée par le pourcentage élevé et la rapidité des bons résultats obtenus.

Depuis plus d'un an nous employons cette méthode ; nous pouvons maintenant la juger avec plus de recul et d'expérience critique : elle confirme en tous points ses promesses et se montre un remarquable procédé de thérapeutique par son activité et la simplicité de son application.

Rappelons brièvement tout d'abord que l'histamine est entrée dans la thérapeutique des rhumatismes il y a quelques années, à la suite des travaux de Deutsch.

L'*ionisation* avait été surtout préconisée (Deutsch, Jacchia, Burckhardt, Delherm et Gajdos) mais la complication relative du procédé, la nécessité d'avoir recours à un électrothérapeute, n'en font pas une méthode de pratique médicale courante.

Les *injections profondes périarticulaires* conseillées par Coste dans la coxarthrie sont douloureuses et déterminent parfois des chocs accentués, avec chute brusque de la tension artérielle qui rendent, à notre sens, cette méthode peu maniable.

L'ionisation n'étant qu'une modalité particulière de la pénétration médicamenteuse percutanée, nous avons utilisé les *injections intradermiques*, délaissées par les différents auteurs, à cause de la douleur qu'elles entraînent, en rendant ce mode d'emploi inodore par l'association au chlorhydrate d'histamine d'un analgésique à l'action locale qui n'en modifie pas les effets pharmacodynamiques.

Nous allons exposer la technique, les indications et les contre-indications de la méthode.

I. Technique

a) SOLUTION. — 1° Nous nous servons d'une solution de bichlorhydrate d'histamine au taux de 1/2 milligramme par centimètre cube.

A la solution d'histamine, nous avons adjoint, après de nombreux essais, un anesthésique local, venant masquer la douleur due à l'histamine, le phénylpropionate de para-amibobenzoïl-amino-téthanol, à la dose de 1/2 centigramme pour 1/2 milligramme d'histamine.

b) INSTRUMENTATION. — Nous nous servons d'une seringue d'un centimètre cube divisée en 1/20e, très étanche et dont le piston joue très facilement dans le corps de la seringue.

Les aiguilles doivent être courtes et très fines (1 cm. de long, 1/10e de mm. de diamètre).

c) DOSES. — Nous utilisons en moyenne, par séance de traitement, de 1/4 à 1/2 milligramme de bichlorhydrate d'histamine ; nous avons rarement eu l'occasion de dépasser 1 milligramme.

d) PRÉPARATION DU MALADE. — Après lavage à l'alcool des téguments de la région à traiter, on pourra compléter la préparation du malade par l'application locale d'une solution de 2,5 % de scuroforme ou d'anesthésine dans l'éther.

On aura soin toutefois de laver, après le traitement, la région à l'alcool, de manière à retirer toute trace de scuroforme ou d'anesthésine qui pourrait gêner l'action de l'histamine.

e) LES INJECTIONS INTRADERMIQUES. — Celles-ci seront pratiquées exactement sur le trajet douloureux indiqué par le malade ou la région contracturée.

Chaque injection sera d'environ 1/80e à 1/50e de centimètre cube ; elles seront séparées les unes des autres de un centimètre environ.

La technique des injections est très importante. Celles-ci doivent être exécutées très rapidement. Elles ne sont ainsi absolument pas douloureuses et ne lassent pas le malade, un grand nombre d'injections étant pratiquées généralement dans une séance.

Nous allons illustrer ces données générales par quelques exemples :

Traitement d'une lombalgie. — Repérer exactement la région douloureuse et contracturée ; pratiquer sur toute sa hauteur une série d'injections de manière à couvrir toute la région contracturée.

Traitement d'une névralgie sciatique. — Rechercher les régions où la douleur est la plus marquée et répartir les injecsions à ces endroits. En cas de syndrome siégeant sur tout le sciatique, relier ces « nids » d'injections par une série d'injections qui suivront le trajet douloureux.

Traitement d'une coxarthrie. — Lieu des injections : moitié externe de la cuisse et de la fesse, région inguino-crurale, partie supérieure et interne de la cuisse.

Traitement d'une périarthrite scapulo-humérale. — Lieu des injections : région deltoïdienne, partie externe des fosses sus et sous-épineuses, partie supérieure du triceps.

f) RYTHME DES SÉANCES D'INJECTIONS. — Les trois ou quatre premières séances d'injections seront quotidiennes, puis on les espacera, suivant la manière dont réagira le malade, de un ou deux jours. On s'efforcera d'intervenir avant la réapparition de la douleur tout en écartant, de plus en plus, les séances de traitement.

g) NOMBRE DES SÉANCES. — Le nombre des séances de traitement est variable suivant les cas.

Dans les névralgies aiguës (lumbagos, torticolis), parfois

---

(1) R. J. WEISSENBACH et Louis PERLÈS :

a) Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture, au cours des rhumatismes aigus et chroniques. (*Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1er mai 1936, n° 15.)

b) Les injections intradermiques d'histamine dant le traitement des rhumatismes aigus et chroniques et de certaines névralgies. (*Journal des Praticiens*, n° 42, 17 oct. 1936.)

c) Les injections intradermiques d'histamine, traitement de choix de la douleur et de la contracture dans les rhumatismes aigus et chroniques et dans certaines névralgies. (*L'Hôpital*, sept. 1936 (B) n° 415.)

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME SYMPATHIQUE

NEUROTENSYL

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS



Chlorhydrate de Papavérine...	0 gr. 005
Sulfate de spartéïne..........	0 gr. 01
Extrait de gui................	0 gr. 05
Extrait de Cratægus...........	0 gr. 05
Anémone pulvérisée............	0 gr. 02

BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - ÉMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITÉ - ANGOISSE
ARYTHMIE-TROUBLES DE L'HYPERTENSION
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES

4 à 6 comprimés par jour dans un peu d'eau avant les principaux repas.

LABORATOIRES DU NEUROTENSYL
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

Toutes anémies et insuffisances hépatiques

HÉPATROL

Deux formes :
AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

Extrait de foie de veau frais

MÉTHODE DE WHIPPLE
Adultes et Enfants
sans contre-indications

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE
LABORATOIRES ALBERT ROLLAND
4, Rue Platon, 4
PARIS (XVe)

HÉMET - JEP - CARRÉ . PARIS

une ou deux séances suffisent pour juguler définitivement la crise.

Dans les cas chroniques, il faut faire des traitements plus prolongés.

S'il n'y a pas eu de résultat après dix séances, il n'y a pas lieu de continuer le traitement.

II. Actions déterminées par le traitement

Celles-ci sont de trois sortes :

— Réactions locales.

— Réactions générales.

— Action sur la douleur.

Réactions locales. — On observe localement une réaction urticarienne ; la plaque blanche répond à l'aire infiltrée dont le volume est considérablement accru par un œdème qui se produit immédiatement ; l'aréole rouge est constituée par une réaction érythémateuse assez étendue mais dont le degré et la diffusion varient suivant les sujets.

Réaction générale. — La réaction générale est minime, une sensation de bouffée de chaleur accompagnée de rougeur de la face et une très légère céphalée se bornant le plus souvent, à une impression de serrement des tempes.

Ces réactions disparaissent très rapidement en deux à vingt minutes.

Action sur la douleur. — L'action sur la douleur est immédiate. Celle-ci disparaît, en général, en deux à trois minutes, en même temps que le malade accuse une impression de chaleur locale et de léger prurit. Parfois il n'y a que diminution.

Tantôt la disparition de la douleur est définitive, tantôt la douleur réapparaît progressivement au bout de six à dix-huit heures.

La répétition des injections paraît produire un effet cumulatif.

En même temps que la douleur, disparaissent l'impotence et la contracture.

III. Avantages de la méthode

Elle est tout d'abord facile et pratique.

Elle est précise et souple. Elle permet, en effet, de localiser ou d'étendre à volonté l'application du traitement et de l'adapter intimement à chaque cas particulier tout en fixant d'avance la dose de médicament que l'on désire utiliser.

En outre, son efficacité (nous avons relevé une moyenne de plus de 85 % de succès), sa rapidité d'action, les malades accusant une amélioration presque immédiate, sont des qualités particulièrement intéressantes qui mettent d'emblée cette méthode thérapeutique au premier plan.

IV. Indications et contre-indications du traitement

1) **Indications**. — Elles sont très étendues.

a) Algies rhumatismales d'origine musculaire.

1° *Rhumatismes musculaires aigus.* — Les algies aiguës, primitives ou secondaires, classées sous le nom de myalgies aiguës, torticolis et lumbagos.

2° *Rhumatismes musculaires chroniques.*

b) Rhumatismes chroniques.

1° *Arthrites sèches.* — Les injections intradermiques d'histamine trouvent plus particulièrement leur indication dans le groupe des arthrites sèches : coxarthrie, lipo-arthrite sèche du genou, du type Weissenbach et F. Françon, lombarthrie, cervicarthrie, nodosités de la main et des orteils, polyarthrite sèche progressive, dans ses différentes formes.

2° *Les sequelles douloureuses des rhumatismes chroniques infectieux,* lorsque toute poussée évolutive a disparu.

c) Périarthrite scapulo-humérale.

d) Algies séquelles de traumatisme.

e) Névralgies :

1° Essentielles. Sciatique, plexite cervico-brachiale.

2° Secondaires. *a*) *Névrites du type causalgique* par névrome secondaire à l'amputation d'un membre, moignons douloureux des amputés.

b) *Névalgies secondaires à un rhumatisme chronique.* — Sciatique consécutive au rhumatisme lombaire, névrites cervico-brachiales consécutives au rhumatisme cervico-dorsal, névralgie circonflexe de la pariathrite scapulo-humérale, etc...

2° Contre-indications. — Il nous paraît imprudent d'appliquer la méthode aux rhumatismes infectieux aigus ou subaigus, les réactions congestives locales déterminées par la méthode pouvant déclencher une poussée inflammatoire.

Il faut s'attendre aussi à un échec ou à une amélioration incomplète et de peu de durée, dans tous les cas où de gros délabrements organiques seront à l'origine de la douleur, et tant que la cause elle-même n'aura pas été traitée.

Le traitement, dans ces cas, pourra être essayé, quitte à l'abandonner en cas d'insuccès.

Conclusions

Telles sont la technique et les indications des injections intradermiques d'histamine dans les syndromes douloureux rhumatismaux et névralgiques.

La simplicité de la méthode et sa remarquable efficacité en font le procédé de choix dans le traitement de la douleur. Elle nous semble devoir être utilisée de préférence à toutes les autres méthodes d'injections locales ou régionales auxquelles on n'aura recours qu'ultérieurement en cas d'échec de celles-ci.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1937

Considérations sur quatre années d'aspiroclyse. — ***MM. J. Frumusan*** et ***F. S. de Mendoza.*** — L'aspiroclyse permet, après introduction d'une sonde spéciale dans le gros intestin, l'injection sous une pression réglable d'une petite quantité de liquide et son évacuation immédiate par une dépression également réglable à volonté.

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus depuis 1934.

Médications gazeuses et brouillards médicamenteux. — ***MM. E.*** et ***H. Biancani*** considèrent l'introduction dans l'organisme, par la voie pulmonaire, non seulement de gaz et de vapeurs, mais aussi de particules liquides ou solides en suspension dans ces gaz, comme une méthode de choix dans le traitement de certaines affections, et dont ils préciseront les indications par la suite.

Introduction des substances médicamenteuses dans l'organisme par la voie pulmonaire. — ***MM. E.*** et ***H. Biancani*** et ***M. G. Delaville*** concluent de leurs expériences qu'il est possible de faire arriver jusque dans les alvéoles pulmonaires des substances médicamenteuses amenées à l'état de brouillard.

A propos de l'origine de l'hypertrophie de la prostate. — ***M. Marion.***

Sels de magnésium et anaphylaxie. — *M. Delbet.* (Réponse à *MM. Kreyberg* et *Nielsen*).

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division. — Classement des candidats : en première ligne : MM. d'ŒLSNITZ, de Nice, et MAURIAC, de Bordeaux. — En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. ABADIE, de Bordeaux ; EUZIÈRE, de Montpellier ; GALLAVARDIN, de Lyon ; PAILLARD, de Clermont-Ferrand ; PEHU, de Lyon.

Adjoints par l'Académie : MM. PAUTRIER, de Strasbourg ; PERRIN, de Nancy, et PIERRET, de la Bourboule.

MM. MAURIAC et d'ŒLSNITZ sont élus.

M. Pierre MAURIAC, né à Bordeaux, le 21 novembre 1882, est professeur de Clinique médicale et doyen de la Faculté de Bordeaux. M. Michel d'ŒLSNITZ, né à Clarens (Suisse), le 2 juin 1887, est médecin de l'hôpital de Nice.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier 1937

L'ictère grave prolongé cirrhogène par atrophie subaiguë du foie. — *MM. M. Chiray, G. Albot* et *Y Bouvrain* rapportent l observation d'une malade âgée de 42 ans, alcoolique, qui présenta en septembre 1932 un ictère avec hépatomégalie énorme et splénomégalie, léger état febrile, concentrations élevées à l'épreuve de la galactosurie provoquée. Au bout de trois mois le foie diminue rapidement de volume, une ascite très abondante avec de volumineux œdèmes, apparut. La mort survint cinq mois après le début. L'examen histologique du foie montra des lésions bigarrées, mélange de plages de dégénérescence et de travées scléreuses à disposition anarchique sans tendance annulaire. Ces lésions, qui tiennent le milieu entre celles des cirrhoses et celles des ictères graves, répondent à la conception de l'atrophie subchronique de Lepehne.

A propos de cette observation les auteurs reprennent l'étude des cirrhoses aiguës et subaiguës, des atrophies subaiguës et subchroniques et proposent d'en grouper l'ensemble dans le cadre de l'ictère grave prolongé cirrhogène.

Des effets de l'anatoxine dans une septicémie staphylococcique de forme prolongée avec réactions méningées et radiculaires. — *M. Etienne Chabrol* rapporte l histoire d'un enfant de 12 ans qui pendant cinq mois, à la suite d'un anthrax de l'épaule, souffrit par intermittence d'une céphalée occipitale et de vomissements bilieux et fut considéré comme un simple migraineux jusqu'au jour où la réaction méningée détermina une double névralgie sciatique avec paroxysmes extrêmement douloureux. Le diagnostic fut alors porté grâce à la ponction lombaire et à l'hémoculture.

En relatant les heureux effets du traitement par l'anatoxine, l'auteur ne manque pas de faire observer qu'il s'agissait ici non pas d'une méningite purulente, mais de réaction méningée aseptique reflétant selon toute vraisemblance une ostéite vertébrale de voisinage. Il rappelle les longues rémissions et les guérisons spontanées qui sont le propre des staphylococcies prolongées, et il souligne qu'avant d'être soumis à l'anatoxine, l enfant avait momentanément bénéficié d'une série d'injections locales de vaccin antistaphylococcique de Pasteur.

Bien qu'à la suite des piqûres d'anatoxine la céphalée et les manifestations radiculaires aient totalement rétrocédé depuis trois mois et que le pouvoir antitoxique du sérum sanguin soit particulièrement élevé : 16,5, le jeune convalescent n'est pas immunisé vis-à-vis de la furonculose.

Anémie hémolytique ictérique avec hémoglobinurie nocturne et hémosidérinurie permanente. — *MM. André Cain, R. Cattan, Y.-V. Harnispe* et *G. Bourvens Van der Boyen* présentent une observation typique d'un syndrome dont il n'existe actuellement dans la littérature que quelques observations. Il s'agit d'une malade de 37 ans qui est atteinte depuis huit ans d'une anémie intense avec ictère hémolytique. L'existence d'une hémoglobinurie quotidienne nocturne et d'une hémosiderinurie permanente permet de rapprocher ce cas de ceux décrits à l'étranger, principalement par Marchiafava et Micheli.

Les cures de foie et la splénectomie furent inefficaces ainsi que cela a d'ailleurs été constaté dans des cas analogues. Les transfusions et les cures de fer déclenchaient des crises massives d'hémoglobinurie.

L'examen histologique de la rate ne décela que des lésions banales de fibro-adénie à l'exclusion de tout précipité pigmentaire. Après avoir étudié les caractéristiques de l'anémie, de l'ictère et des éliminations urinaires et isolé ainsi que ce syndrome obscur des affections qui s'en rapprochent, les auteurs envisagent rapidement, à la lumière des vingt-cinq observations rapportées, la pathogénie de cette maladie.

Ils sont conduits à émettre l'hypothèse d'une sorte de diabète ferrique dans le déterminisme duquel des altérations des glandes endocrines (évidentes dans leur observation) joueraient peut-être un rôle important.

M. Brûlé fait remarquer que ces cas doivent être nettement distingués des ictères hémolytiques par fragilité globulaire d'une part et de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* d'autre part. Il faut éviter de pratiquer la splenectomie qui demeure, dans ces cas, toujours inopérante et peut être dangereuse.

M. Chabrol pense que ces faits sont assez difficiles à classer. Il croit volontiers que la fragilité globulaire n'est pas un témoin absolument fidèle des processus hémolytiques.

Un cas de scorbut de l'adulte. Mort par hémorragie surrénale au cours du traitement. — *MM. Robert Worms, G. Willot* et *A. Rubens-Duval* rapportent un cas de scorbut mortel, à la suite d'une complication dont ils soulignent, dans cette affection, le caractère exceptionnel. Le tableau clinique, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, était tout à fait caractéristique : la coexistence de vastes ecchymoses des membres inférieurs, d'une infiltration profonde des loges musculaires de la jambe, de l'œdème et de la pâleur, d'une gingivite fongueuse imposait le diagnostic, corroboré par la notion d'un régime alimentaire carencé. Le traitement par l'acide ascorbique est aussitôt institué. Mais au troisième jour de la cure, l'aspect du malade se transforme brusquement ; un délire onirique apparaît, accompagné d'une diarrhée incoercible et surtout des signes de collapsus cardio-vasculaire ; dans un effondrement progressif de la tension artérielle, la mort survient au bout de cinq jours. L'autopsie révèle l'existence, déjà soupçonnée cliniquement, d'une hémorragie massive bilatérale de la médullo-surrénale, avec infiltration sanguine plus discrète des couches profondes de la corticale.

Les auteurs n'ont retrouvé, ni dans les comptes rendus anatomo-pathologiques, ni dans les travaux expérimentaux, mention de constatations analogues parmi les lésions scorbutiques. Il était singulier de voir ici cette complication survenir au cours même du traitement. En fait, l hémorragie surrénale s'est produite — par une coïncidence fortuite — alors que la thérapeutique instituée depuis deux jours n'avait encore eu le temps d'agir. En continuant l'administration de l'acide scorbutique on a pu voir au reste dans les jours suivants, en constraste avec la gravité extrême de l'état général, l'infiltration musculaire s'affaisser, la gingivite entrer en régression, l'anémie même rétrocéder. Et c'est le caractère irréparable des lésions endocriniennes qui a entraîné la mort.

Des cas d'hémorragie des centres nerveux, mortels malgré l'amélioration thérapeutique des autres signes de l'avitaminose, avaient déjà été rapportés. De tels hématomes, destructifs ou irrésorbables du fait de leur siège, peuvent ainsi représenter une cause, rare sans doute, d'échec du traitement spécifique du scorbut.

Hippocratisme digital et amibiase intestinale. — *MM. M. Brûlé, P. Hillemand* et *R. Gaube* rapportent deux cas d'hippocratisme digital chez des amibiens anciens presentant des séquelles intestinales importantes, en l'absence de toute atteinte de l'appareil pulmonaire et cardio-vasculaire. Ils rapprochent ces faits des cas d'hippocratisme digital observés au cours de la polypose intestinale. Ils insistent sur la grande rareté de cette déformation chez les amibiens. Un seul cas avait été publié antérieurement par MM. Lemierre et Levesque. Ils n'ont eux-mêmes noté que ces deux cas chez près de 400 amibiens observés jusqu'à ce jour.

M. Milian croit qu'il s'agit là d'un processus infectieux local siégeant au niveau de la matrice unguéale.

M. Armand-Delille a observé un cas de dilatation bronchique traitée par le pneumothorax dans lequel la déformation disparaissait au moment des insufflations pour reparaître quand on cessait celle-ci.

M. Rist a vu l'hippocratisme des doigts disparaître six mois après la guérison d'une ectasie bronchique par la phrénicectomie.

M. Lereboullet relate un fait analogue.

M. Kindberg a souvent noté la disparition de la déformation des doigts au cours des améliorations spontanées survenant dans l'évolution des abcès pulmonaires ou des syndromes dysentériques.

Examen radiologique des poumons en position couchée. — *M. R. Benda* souligne qu'il a recherché par l'étude des « changements de position » beaucoup moins des indications sur les mouvements respiratoires, sur l'aspect des brides ou des cavités pleurales que des précisions sur l'état du parenchyme et surtout une appréciation de la circulation pulmonaire.

La tomographie. — *M. Costedoat*, à propos de la communication de *MM. Etienne Bernard* et *Mc Dougall* (Diagnostic du siège et de l'étendue des cavernes pulmonaires par la tomographie), signale les travaux d'un radiologiste de l'armée, le Docteur Buffé, sur cette méthode. Ces travaux ont été commencés depuis un an ; les premiers résultats ont été exposés à la séance de décembre dernier de la Société d'électro-radiologie du Centre et du Lyonnais et présentés dans la thèse de Naud (Lyon, 1936). Chez un des malades de M. Costedoat, ce procédé a permis à M. Buffé de découvrir et de localiser avec précision, une caverne peu étendue du sommet du poumon ; il s'agissait d'un soldat qui venait d'être brusquement atteint d'un emphysème sous-cutané du cou et de la partie supérieure du thorax.

Adénopathie médiastinale tuberculeuse de l'adulte et complexe ganglio-pulmonaire secondaire. Aspect de lobite moyenne. — *MM. Herscher* et *P. Bourgeois* rapportent l'observation d'une jeune femme tuberculeuse, présentant des hémoptysies au moment des règles et une expectoration bacillifère, chez laquelle l'image radiologique montra une adénopathie médiastinale coïncidant avec une masse ganglionnaire cervicale du même côté. Cette image rappelle celle d'une lobite moyenne. Elle rétrocéda partiellement après radiothérapie. L'évolution fut heureusement influencée par le pneumothorax artificiel.

M. Rist ne croit pas qu'il s'agisse de lésions ganglionnaires, mais plutôt d'une lobite moyenne.

M. Ribadeau-Dumas a observé chez l'enfant des images analogues ; à l'autopsie, il n'existait pas d'adénopathie médiastinale mais une lobite prenant le lobe en totalité ou partiellement.

M. Et. Bernard pense que le cas rapporté trouve sa place dans la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'adulte. Il insiste sur la localisation mono-latérale des atteintes cervicale et pulmonaire.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1937

LE PRÉSIDENT communique l'annonce du décès de SIR JOHN BLAND-SUTTON, associé étranger.

Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col utérin. — *M. Leveuf* proteste contre l'interprétation des anatomopathologistes qui veulent voir dans ces métastases des formations endométriales. Il rappelle les arguments qui s'opposent à cette conception. Parenté de coloration entre le cancer et les métastases (mucicarminophilie), absence de tissu organoïde autour des tubes appelés endométriaux, absence de tissus endométriaux dans le corps utérin ou les ligaments larges à la coupe.

A l'occasion de ces faits *M. Leveuf* a retrouvé cinq des sept malades opérées pour épithéliomas sécrétants du col. Ces malades ont survécu plus de cinq ans après l'intervention. Il s'agirait donc de formes relativement peu malignes, à évolution ralentie.

Péritonites biliaires. — *M. Desplas* rappelle un cas observé par lui, de nécrose œdémateuse de la vésicule avec thrombose des vaisseaux cystiques : énorme vésicule, noire, gangrenée et infarcie, entourée d'un œdème verdâtre, à contenu ressemblant à de la poix. A la coupe des vaisseaux cystiques rien ne saignait. La thrombose était complète.

Rupture hémorragique du corps jaune. — *M. Moulonguet* rapporte une observation de *M. Michel Béchet*. Femme opérée pour un syndrome d'hémorragie interne. On trouve une rupture du corps jaune. L'histologie montre qu'il s'agissait d'un corps jaune gravide, fait exceptionnel, et l'absence de villosités au niveau de la trompe et de l'ovaire doit faire penser qu'il s'agit d'une gravidité utérine.

Pronostic éloigné de certaines fractures du rocher. — *M. Ramadier.* — Après un traumatisme cranien, il est fréquent de constater la lésion de l'oreille interne. Assez souvent cependant cet examen n'est pas fait. Plus tard il est possible que le malade fasse une otite d'aspect banal et meure rapidement de méningite. Les lésions anatomo-pathologiques qu'on peut relever dans ces cas consistent en un trait de fracture ancien mal consolidé par cal fibreux et non osseux. La propagation de l'infection du labyrinthe à la dure-mère s'explique par la persistance de ce trait de fracture.

Le labyrinthe est intéressé dans les fractures transversales et obliques du rocher d'après les notions classiques, mais il existe aussi des fractures isolées du labyrinthe, que l'on dit capsulaires et qui ne sont que microscopiques et radiologiques. Leur siège de prédilection est la région des cryptes labyrinthiques : or elles peuvent s'associer à une fracture longitudinale. Il est donc nécessaire dans tous les cas de fracture du rocher d'examiner systématiquement le labyrinthe.

La méningite est due à la non-consolidation des fragments et au fait que le trait ouvre les cavités de l'oreille interne que l'on peut considérer comme le vestibule de l'espace méningé (on connait la fréquence des méningites au décours des labyrinthites suppurées).

Il est difficile de déceler ces fractures labyrinthiques. L'examen otoscopique est négatif. Il n'y a pas de sang à la ponction lombaire. Le seul signe est donné par la recherche systématique de la paralysie des fonctions vestibulaires. Celle-ci se traduit par une surdité unilatérale. La radiographie dans la plupart des cas peut mettre en évidence ce trait de fracture, à condition de procéder selon de multiples variations d'incidence.

La thérapeutique de ces accidents est-elle possible ? Il faudrait peut-être, comme certains le préconisent, opérer systématiquement les fractures du rocher par évidement pétro-mastoïdien lorsque se dessine une infection des cavités de l'oreille avec surdité. En tout cas les fracturés du rocher doivent être longuement surveillés au point de vue auriculaire. Toute otite même légère nécessite dans ces cas une trépanation labyrinthique, si la ponction lombaire montre une réaction cytologique.

Au point de vue médico-légal le pourcentage d'incapacité des fracturés du rocher doit être augmenté d'un pourcentage pour risque de mort.

Lésions des annexes et erreurs de diagnostic. — *M. Daniel Ferey* (Saint-Malo) a observé dans trois cas des lésions douloureuses de l'articulation coxofémorale ressemblant tantôt à de l'arthrite chronique, tantôt à une coxalgie. Un examen complet des malades élimine radiographiquement ces affections et met en évidence des lésions utéro-annexielles anciennes. L'ablation des annexes du côté malade vérifie ces données et la guérison s'ensuit avec disparition immédiate des signes articulaires.

A propos des endométriomes. — *M. Okinczyc* rappelle que les endométriomes, bien que tumeur benigne, évoluent relativement comme une tumeur maligne. Leur siège habituel est au voisinage de la zone génitale. Il est bon de savoir que leur fréquence est plus grande qu'on ne le pense. Beaucoup d'hémato-salpinx et de kystes hématiques de l'ovaire relèvent d'un endométriome.

L'endométriome, utérus en miniature, subit les mêmes influences et a la même évolution physiologique que la muqueuse utérine. La clinique peut parfois en faire le diagnostic : accidents douloureux à type périodique, cataménial, écoulements sanglants à type ménorragique. Coïncidence répétée avec les périodes menstruelles, tel est le caractère majeur. L'endométriome ovarien ressemble à la salpingite mais est apyrétique et plus souvent unilatéral au début. Certains endométriomes de la cloison recto-vaginale ou du Douglas simulent une tumeur maligne du pelvis. D'autres enfin constituent des tumeurs liquidiennes progressivement croissantes ou peuvent se rompre en péritoine libre créant le tableau d'une hématocèle, ou encore fuser dans le tissu cellulaire en hématome disséquant. Enfin le gros caractère des endométriomes est la récidive qui pèse lourdement sur les indications opératoires. Si l'on avait l'impression avant l'acte opératoire qu'il

s'agit d'un endométriome il y aurait certainement intérêt à pratiquer un examen histologique pré-opératoire.

L'intervention risque souvent d'être mutilante. Il y a souvent intérêt à utiliser la radiothérapie qui réalise avec moindre danger la castration totale. J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1937

Au cours de la séance inaugurale du nouveau siège de la Société de médecine de Paris, fut distribué aux membres titulaires le nouveau jeton de présence, frappé par la Monnaie et représentant à l'envers Esculape, au revers les armes de la Société fondée en 1796.

M. Bécart rappela l'histoire plus que centenaire de la Société qui a compté parmi ses membres les noms les plus illustres de la médecine française. Il exprime le souhait que la Société, repartant sur des bases nouvelles, retrouve l'essor qu'elle a connu, jadis. Il rappelle, à nouveau, qu'elle est la plus ancienne Société médicale parisienne.

Electro-cardiogramme avec block de branche disparaissant pendant la compression des globes oculaires. — ***M. A. Pruche*** projette un électro-cardiogramme du type dit block de branche enregistré d'abord dans les conditions habituelles puis au cours de la compression des globes oculaires. Alors que cette compression permet, dans maints cas, de mettre en évidence des blocks latents, la particularité très remarquable de l'electro-cardiogramme projeté est, au contraire, la disparition du block de branche pendant toute la durée du rythme ventriculaire autonome provoqué par la compression des yeux. Dès que cesse cette compression, le rythme normal de capture se rétablit et en même temps que lui le block de branche reparaît et reste permanent. L'auteur montre que de telles variations, inattendues, de l'électro-cardiogramme, sont peu explicables par la théorie classique. Seule la théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque de Géraudel permet d'en donner une interprétation satisfaisante.

De la gastrectomie dans les ulcères gastriques et duodénaux. — ***M. Pierre Le Gac*** présente six observations recueillies dans ces trois derniers mois, qui tendent à montrer que pour obtenir au prix d'un risque minime, une guérison rapide, durable, certaine, il ne faut pas hésiter à conseiller la gastrectomie large. Il ne nie pas l'efficacité des traitements médicaux et de la gastro-entérostomie, mais la qualité de la guérison obtenue par ces moyens, de saurait être comparée aux beaux résultats de la gastrectomie qui seule peut rendre le malade à une vie normale.

Cancer du sein ulcéré chez l'homme. — ***M. Pierre Le Gac*** présente un cas de cancer ulcéré, opéré largement mais tardivement. Il insiste à ce propos sur l'influence du traumatisme sur la gravité de ce cancer (histologiquement du type cylindrique ou pavimenteux, rarement du type glandulaire), grave par ses métastases ganglionnaires ou à distance. Il rapporte ses statistiques tendant à prouver que le cancer du sein est plus grave chez l'homme que chez la femme, et il pose la question de la radiothérapie. Y a-t-il intérêt à faire un traitement radiothérapique préopératoire.

Grossesse gémellaire après irradiation pour fibrome utérin. — ***M. M. Joly*** rapporte une observation qui est un argument de poids en faveur de l'opinion qu'une femme jeune irradiée à doses dites stérilisantes, pour traitement d'un fibrome utérin, et ainsi guérie de cette affection, peut être fécondée au bout d'un certain délai et procréer de façon normale des enfants bien constitués et ne présentant par la suite aucune tare. G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 janvier 1937

Séance solennelle annuelle

Allocution du président pour 1937, M. V. PLANSON.
Eloge d'Eugène DELAUNAY, pour M. Cl. ROCHE.
Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1936, par M. Etienne BERNARD.

La fausse fracture du cotyle chez l'enfant et l'ischium varum. — ***MM. J. Lamy*** et ***J. Vincent***. — Les auteurs signalent une curieuse erreur d'interprétation de radiographie qu'il leur a été donné de rencontrer plusieurs fois. Un enfant présente des signes d'arthrite de la hanche et boite de plus en plus. Le médecin fait faire une radiographie. Il est effrayé par l'aspect de la radiographie : le cotyle est enfoncé dans le bassin et l'ischion paraît fortement dévié en dedans, ce qui renforce les appréhensions. Les auteurs, convaincus qu'il s'agissait là d'une simple apparence et d'une erreur d'interprétation de la radiographie ont entrepris cette étude sur l'enfant sain, sur l'enfant atteint d'arthrites diverses, et, à l'aide d'un bassin provenant d'un squelette de quatre ans. De cette étude, il ressort que l'ischium varum et l'enfoncement acitabulaire ne sont dus qu'à une position vicieuse du bassin tant que le cartilage en Y n'a pas régressé, c'est-à-dire jusqu'à l âge de huit ans environ. Pour obtenir cette image de fausse fracture il suffit de mettre le bassin en flexion et de le faire pivoter à droite ou à gauche. En prenant un enfant atteint d'arthrite de la hanche et dont la radiographie montre cette image caractéristique, il suffit pour la faire disparaître, de ramener le bassin et le fémur en rectitude. Bien plus, sur le même enfant, en fléchissant de nouveau le bassin et en le faisant pivoter dans l'autre sens, on obtient l'image de la fausse fracture du côté opposé. Beaucoup de cas publiés, surtout dans la littérature anglaise, sous le nom de « protusion intrapelvienne », ne sont que des erreurs d'interprétation radiographique.

Guérison par la phagothérapie d'une ostéomyélite aiguë continuant à évoluer malgré trois opérations successives. — ***M. Raiga*** rapporte un cas d'ostéomyélite aiguë intéressant la totalité du tibia, les articulations tibio-tarsienne et medio-tarsienne, ainsi que la totalité du calcanéum. Cette infection continuait à évoluer malgré trois opérations successives assurant un drainage parfait des foyers suppurés. L'auteur a réussi, grâce à la phagothérapie, à éviter l'amputation de cuisse, seule solution qui avait été jugée possible d'après les règles chirurgicales classiques, et à provoquer la stérilisation de l'infection. La réossification de segments osseux frappés d'ostéite fut complète. De nombreux examens biologiques, une courbe de température et des radiographies rendent particulièrement évidentes, d'une part, les causes humorales de la prolongation de l'infection, d'autre part, l'intensité des lésions osseuses primitives et enfin la qualité du résultat obtenu.

Echos et Glanures

Les souvenirs du Docteur Henri de Rothschild : *Un examen à la Faculté vers 1890. — Poirier et l'affaire Pranzini. — Le plat d'épinards de Dieulafoy.*

Le Docteur Henri de Rothschild publie (Hachette) le second volume de sa CROISIÈRE AUTOUR DE MES SOUVENIRS, *volume uniquement consacré aux choses de la médecine, plein d'anecdotes, dont voici quelques-unes.*

Pour préparer son premier examen, le Docteur Henri de Rothschild avait pris quelques répétitions avec un certain Docteur Pupin, alors secrétaire de la Faculté.

« La veille de l'examen, raconte le Docteur de Rothschild, quand le Docteur Pupin m'eut posé une dernière question, il se leva de la chaise sur laquelle il était assis, et, le visage éclairé d'un sourire, me fit ce petit discours : « Vous en savez bien assez pour être reçu, mon cher monsieur Henri... ça ira très bien... Demain, vous viendrez ici un peu avant midi, nous repasserons encore quelques formules de chimie ! »...

« Le lendemain, bien entendu, je fus exact au rendez-vous. Je trouvai le Docteur Pupin en conversation avec un garçon de laboratoire que, jusqu'alors, je n'avais jamais rencontré. Mon « répétiteur » m'invita à le suivre, et tous les trois, nous passâmes dans la salle d'examen.

« Il y avait là, rangés sur une table, une dizaine de bocaux

et de fioles, qui contenaient des drogues pharmaceutiques, et, sur une desserte voisine, une brassée de feuillages et de plantes, que le garçon de laboratoire déclara avoir cueillis le matin meme, au bois de Boulogne. « Tenez », fit le Docteur Pupin, en me montrant du doigt des bocaux et les herbes, « voici les produits chimiques et les plantes que vous aurez à reconnaître et à déterminer tout à l'heure à l'examen. Ce bon « Jules », et M. Pupin désigna le garçon de laboratoire, « va vous fournir toutes les indications nécessaires ». Puis à l'oreille, il poursuivit : « Vous lui remettrez une piécette en guise de cadeau ». J'examinai alors avec ce « bon Jules » le contenu des fioles et les plantes.

« Il y avait là de l'acide borique, de la poudre de charbon, de la fleur de soufre, de la quinine, etc., comme plantes, des orties, du sureau, du pissenlit, des épinards, du cresson, etc... Nous répétâmes deux ou trois fois de suite la « reconnaissance » des produits chimiques et celle des herbes. Le Docteur Pupin me posa alors quelques colles. « Qu'est-ce ceci ? qu'est-ce cela ? Je répondis sans commettre d'erreur. « Ça ira très bien, très bien », fit, de nouveau, le pédagogue d'occasion, « je n'ai plus aucune crainte en ce qui concerne le résultat de votre examen ». Quand il eut prononcé ces paroles rassurantes, le secrétaire de la Faculté s'éclipsa discrètement et regagna son cabinet.

* * *

« Le garçon de laboratoire, à qui j'avais glissé dans la main une pièce de vingt francs, me désigna une salle basse et obscure où je devais attendre jusqu'à l'arrivée de « ces messieurs du jury d'examen ». Il était une heure moins dix...

« Six ou huit candidats vinrent bientôt me rejoindre. A une heure précise, un huissier se présenta et nous invita à passer dans la salle voisine. Les trois juges étaient déjà à leur place. Revêtus de leur robe, ils se prélassaient dans des fauteuils derrière une table recouverte d'un tapis vert, où s'alignaient les bocaux, qu'une demi-heure auparavant, j'avais étudiés de près, avec la complicité du Docteur Pupin et celle du garçon de laboratoire. Le professeur Baillon, l'illustre botaniste, présidait le jury. Dans le fond de la petite salle, une vingtaine de curieux... « le public », comme à la Cour d'Assises, traditionnel et de rigueur : parents ou amis des candidats, étudiants ou oisifs de passage. Je fus appelé le troisième.

« M. l'agrégé de physique me demanda de parler du « thermomètre, de sa construction et de sa graduation ». Comme je connaissais bien « la question », je répondis avec assurance et sans commettre d'erreur. Le juge m interrogea ensuite sur la « dilatation ds corps par la chaleur ». De nouveau, je répondis de façon satisfaisante. Ce fut alors le tour de l'agrégé de chimie. Il me demanda la formule atomique du « bicarbonate de soude » et celle du « chlorure de sodium ». Dominé par ma timidité, il me fut impossible de prononcer le CO^3HNa et le Na Cl, que j'avais, en quelque sorte, sur les lèvres. Afin de me tirer d'affaire, le juge me posa une seconde question : « Parlez-moi » fit-il, « des principales applications du chlore ». Je m'étais ressaisi, et d'une voix forte, je me mis à discourir avec aisance. Cependant, du fait de l'émotion qui me bouleversait, je confondis le chlore avec le soufre, et m'étendis longuement sur l'emploi du chlore dans la « fabrication des allumettes chimiques, de l'acide sulfurique et du sulfure de carbone ». J'allais poursuivre mes explications, quand le juge, se penchant vers moi, me glissa à l'oreille cette phrase à laquelle, de prime abord, je ne compris rien : « Je veux bien vous recevoir », me dit-il, « mais, bon Dieu, ne parlez pas aussi fort ». Je rougis et m'arrêtai net. Je me rendis compte sur-le-champ que mes savants développements n'avaient aucun rapport avec la question que le juge m'avait posée. L'agrégé de chimie me présenta alors un bocal, et me demanda de déterminer son contenu. « Vous pouvez déboucher le flacon », me dit-il, « sentir et goûter la poudre qu'il contient. « J'obéis à l'injonction, puis je répondis avec assurance que le sel que j'avais examiné était du « sulfate de quinine ». « C'est très bien », répliqua le juge, et il interpella le candidat suivant.

« Ce fut alors le tour du Professeur Baillon de m'interroger. L'éminant botaniste était connu des étudiants pour sa mauvaise humeur et la difficulté des questions qu'il posait aux examens. Quand je me trouvai en face de lui, je me sentis plus mort que vif. « Citez-moi des plantes qui poussent dans les eaux sulfureuses », fit le maître sur le ton bourru qui lui était familier. Je demeurai stupéfié, incapable de répondre. Une minute s'écoula, puis le maître reprit sans lever les yeux d'un dossier bourré de notes : « Qu'est-ce que le latex ? » Je réfléchis un instant, puis je répondis : « C'est un arbre ». De nouveau, une minute s'écoula dans un silence interminable. Le Professeur Baillon me tendit alors quelques feuilles d'une plante que j'avais bien étudiée avec l'aide du garçon de laboratoire. « Qu'est-ce ceci ? » interrogea le botaniste dans une sorte de grognement. Je m'appliquai à examiner la plante avec attention et je répondis : « Monsieur le professeur, ce sont des feuilles de sureau ». « Non, monsieur », répliqua le président du jury, « ce sont des feuilles d'épinards ! »... Et le Professeur Baillon poursuivit en maugréant : « Monsieur, si j'ai un conseil à vous donner, achetez donc « La Botanique » du Professeur Baillon. Ce livre vous coûtera seulement cinq francs, mais il vous permettra d'apprendre une science que vous ignorez complètement ».

« L'examen est terminé. Sans le moindre doute, j'allais être ajournée ; aussi, quelque peu déconfit, j'allai, en compagnie de mes camarades, attendre dans une salle voisine le résultat de la dilébération du jury. Un quart d'heure plus tard, j'étais fixé sur mon sort. Comme l'avait si bien « prévu » l'excellent Docteur Pupin, j'étais reçu avec la mention « assez bien », ainsi que cinq autres candidats. Trois pauvres diables... moins « heureux », étaient ajournés !...

* * *

« Ce fut, je dois l'avouer, le seul examen que je passai dans des conditions aussi... particulières. Plus tard, j'appris que l'habile Docteur Pupin s'était organisé une existence matérielle des plus confortables en se livrant, comme il est dit aujourd'hui, « au petit trafic des influences ». Avec infiniment d'adresse il ordonnançait les affaires de la Faculté au mieux des intérêts de chacun et, bien entendu, sans jamais s'oublier dans les combinaisons heureuses qu'il manigançait. Le secrétaire de la Faculté n'hésitait pas à se nourrir à deux râteliers. Afin d'aug-

menter ses revenus, il donnait volontiers, au prix de vingt ou trente francs la leçon, des répétitions aux étudiants de première et de seconde année, qu'il savait plus favorisés de la fortune que leurs camarades. En échange des « cachets » qu'il touchait, il s'arrangeait pour faire recevoir ses élèves à leurs examens. Il composait leur jury à sa guise, s'entendait avec les agrégés et les professeurs, et leur rendait toujours quelque service en échange de leur complaisance. « Si vous recevez mon candidat », disait-il à tel juge, « je vous dispenserai d'examen pendant quinze jours ». A tel professeur, il tenait un autre langage : « Si vous recevez mon candidat... je m'arrangerai pour faire recevoir le vôtre ». C'étaient à tout propos des marchandages de ce genre, et l'excellent Pupin organisait ces petites «combinazioni » avec un cynisme déconcertant. Quant aux agrégés et aux professeurs, ils n'hésitaient pas à lui demander des faveurs. « J'ai un de mes élèves qui passe tel examen la semaine prochaine, mettez-moi de son jury », lui disaient couramment agrégés et professeurs. Pupin acquiesçait, décidé qu'il était à entretenir avec les solliciteurs les plus cordiales relations. En échange des « petits services » qu'il rendait, le Docteur Pupin voyait arriver à son domicile particulier des présents en nature de toutes sortes. Pendant la saison de chasse, c'étaient des avalanches de bourriches de gibier ; au Jour de l'An, des boîtes de cigares, des caisses de vins, des paniers de champagne que lui adressaient ses élèves, les membres du corps enseignant, même les fonctionnaires de son Administration. A la Faculté de médecine, seul M. le Doyen Brouardel ignorait tout des agissements, peu avouables, de son dévoué collaborateur. Ce fut seulement à la mort de l'illustre médecin légiste que le pot aux roses fut découvert. Pupin fut relevé des fonctions après plus de vingt-cinq ans de « loyaux et fidèles services ». Son départ provoqua la consternation parmi les étudiants et chagrina plus d'un éminent maître de la Faculté de médecine. »

Le Docteur Henri de Rothschild fut l'élève et l'ami de Poirier, ce qui lui permet d'évoquer de nombreux souvenirs .

« Le Docteur Paul Poirier avait été mêlé à « l'épilogue » de « l'affaire Pranzini », un procès criminel célèbre qui, au début de juillet 1887, était venu devant la Cour d'Assises de la Seine. Voici les faits : l'assassin présumé de trois malheureuses femmes, un nommé Pranzini, sur un rapport médico-légal du Professeur Brouardel, avait été condamné à mort, puis exécuté un mois plus tard. L'éminent médecin légiste avait été appelé à examiner le célèbre Pranzini, au point de vue purement « anatomique ». Le rapport du doyen de la Faculté avait été longuement développé et commenté par son auteur à la barre des témoins. Un public féminin fort élégant, admis à assister aux audiences de la Cour d'Assises, s'était montré particulièrement intéressé par certains « détails circonstanciés » que le Professeur Brouardel avait signalés à MM. les Jurés. Dans Paris, ces précisions sur l'anatomie du criminel firent les frais de toutes les conversations mondaines et demi-mondaines.

« Après l'exécution de Pranzini, son corps fut dirigé sur l'Ecole pratique de la Faculté de médecine et délivré au laboratoire du chef des travaux, aux fins « d'expériences ». Quelque temps après, un journal bien renseigné affirmait dans ses colonnes, « qu'une partie de la peau de Pranzini avait été prélevée par le Docteur Poirier, puis tannée et transformée en portefeuilles ». Par l'intermédiaire de l'inspecteur de la sûreté Rossignol, ces « bibelots de maroquinerie » avaient été offerts à MM. Taylor et Goron, chef et sous-chef de la Sûreté. Le journal ajoutait que le Docteur Poirier s'était réservé un portefeuille, et qu'à l'occasion, le chef des travaux pratiques d'anatomie, lors de ses visites dans le monde, faisait admirer, à toutes les belles dames de ses amies, la « finesse du grain » de ce maroquin humain. Le journal *La Lanterne*, qui s'était fait l'écho de cette sensationnelle aventure, se livra pendant plus de huit jours à une campagne des plus violentes contre la Faculté de médecine et le chef des travaux pratiques d'anatomie. Après « l'affaire Pranzini », il y eut « l'affaire de la peau de Pranzini ».

« Le ministre de l'Intérieur s'émut grandement des révélations de *La Lanterne*. Afin de donner satisfaction à l'opinion publique, il ordonna une enquête. Celle-ci fut confiée au Professeur P. Brouardel. MM. Taylor et Goron durent « rendre leurs portefeuilles » et furent, pendant un instant, menacés de révocation. Le Docteur Poirier dut venir s'expliquer devant M. le Doyen. L'affaire fit grand bruit dans Paris, quand, en fait, le « détournement » d'un fragment de peau d'un supplicié livré à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, ne pouvait être considéré comme « un délit ». Plus d'une fois, de substantiels lambeaux de peau humaine avaient été prélevés dans des salles de dissection, cédés à des bibliophiles de marque, et ceux-ci les avaient transformés aussitôt en « maroquins », à l'usage des reliures.

« La campagne malencontreuse d'un journal ultra-démocratique avait donné de l'importance à une simple plaisanterie de carabin, et mis en fâcheuse posture l'Administration de la police et la Faculté de médecine. Le Doyen, saisi de l'affaire par son ministre, dut intervenir à son corps défendant. Fort désireux « d'arranger les choses », et de donner une fin « honorable » à une méchante affaire de chantage, le Professeur Brouardel parvint à démontrer de façon irréfutable la « non-culpabilité » du chef des travaux pratiques. Paul Poirier invoqua un « alibi » qui mit fin à toute discussion. Après le concours qui l'avait désigné comme chef des travaux pratiques, « le jeune maître s'était accordé une semaine de congé, et, pendant huit jours, était allé s'installer chez sa mère à Granville ». Ainsi, c'était en son absence, que Pranzini avait été exécuté et transporté à l'Ecole pratique. L'auteur du « détournement anatomique » n'était autre que le garçon de laboratoire du chef des travaux pratiques. Celui-ci fut congédié, et, en guise de compensation, nommé inspecteur de la Sûreté, à la Préfecture de police.

« L'alibi » du brillant anatomiste ne fut point contesté. Toutefois, les intimes de Paul Poirier reçurent de sa bouche des confidences qui ne laissèrent aucun doute sur « le fond » de l'affaire. Le maître conserva pendant plusieurs années son portefeuille en peau humaine, ainsi qu'une blague à tabac, confectionnée avec le même matériel. Plus d'une fois, au cours de nos quinze années d'intimité, mon regretté maître me rappela les « ennuis » que Pranzini lui avait valus, et les démêlés qu'il avait eus avec le Doyen de la Faculté.

« Ce sont ces incidents macabres qui avaient déchaîné un « chahut » monstre, quand Paul Poirier était entré au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, pour y faire sa leçon inaugurale. Il fut reçu ce jour-là, aux cris, cent fois répétés sur l'air des lampions : « Pranzini !... Pranzini !... rends-lui sa peau !... rends-lui sa peau !... »

On trouve aussi dans le livre de M. de Rothschild, d'amusantes anecdotes sur Dieulafoy, quelquefois un peu rosses. Celle-ci est anodine :

Un matin, lors de la visite, l'interne de service, mon ami le Docteur Léon Zadoc-Kahn, présenta à M. Dieulafoy un malade qu'il avait admis d'urgence la veille au soir. C'était un homme d'une quarantaine d'années ; il se plaignait de sécheresse de la bouche et de la gorge, et souffrait cruellement d'une soif ardente et de maux de tête intolérables. De plus, il avait le pouls accéléré, le visage rouge, les yeux brillants, et sa vue était trouble. A n'en point douter, le malheureux avait absorbé quelque poison. « Les symptômes que j'ai observés », fit au patron Léon Zadoc-Kahn, « me font croire à une intoxication par la belladone. Cependant, au cours d'un interrogatoire très sévère que je lui ait fait subir, le malade m'a affirmé qu'il n'avait pris aucun médicament, aucun aliment, suspect ou avarié, qui fussent capables de provoquer les signes objectifs et subjectifs qu'il présente ».

Pressé de questions, « l'intoxiqué » avait ajouté que, se sentant indisposé, dès le matin du jour de son admission à l'hôpital, il n'avait pas déjeuné, Sur cette affirmation, Léon Zadoc-Kahn, qui l'avait examiné de près, sitôt après son entrée, n'avait pas jugé à propos de lui administrer un vomitif, ni de lui faire subir un lavage de l'estomac.

Quand Zadoc-Kahn eut fini d'exposer l'observation du malade, il n'hésita pas à formuler le diagnostic d'intoxication, sans préciser toutefois, la nature de l'empoisonnement.

« Il me semble », fit-il, « que ce sont là des symptômes d'une intoxication par la belladone ; le malade affirme cependant qu'il n'a pris aucun médicament, aucune drogue suspecte ». A son tour, M. Dieulafoy examina le brave homme. Sur-le-champ, il constata une dilatation très marquée des pupilles. « Le diagnostic est indiscutable », fit le maître, « c'est bel et bien un empoisonnement par la belladone, ou par l'atropine ». Puis il poursuivit : « Comment expliquer cette intoxication ? Le malade déclare, en effet, qu'il n'a absorbé aucun médicament, aucune drogue, dans laquelle un pharmacien maladroit aurait ajouté, sans s'en douter, une solution de belladone ou d'atropine ».

A son tour, le « patron » interrogea le malade. Du fait de ses déclarations formelles et répétées, il fallut écarter l'empoisonnement médicamenteux, volontaire ou accidentel, par la belladone, malgré les symptômes classiques, qui demeuraient indiscutables.

Sûr de son diagnostic, cependant, et fort intrigué par cette énigme, qu'il ne parvenait pas à démêler, M. Dieulafoy poursuivit son innterrogatoire. « Qu'avez-vous mangé à votre dernier repas ? », fit-il au malade. — Du bœuf bouilli et des épinards que ma femme a préparés elle-même, répliqua le malade. — « Des épinards !... cela me paraît suspect... D'où provenaient ces épinards ? Où les avez-vous achetés» ?, poursuivit le maître. L'interpellé répondit : « Je les avais cueillis la veille dans mon petit jardin». Le dialogue se poursuivit : « Ainsi vous avez un jardin, un jardin potager ? » fit M. Dieulafoy. — « Oui », répliqua le malade. — « Eh bien ! je parie », fit l'éminent clinicien, « qu'il pousse quelque part dans votre jardin, de la belladone ». Le malade déclara que jamais il n'avait acheté, ni planté une seule graine de belladone. « Je veux en avoir le cœur net », fit le patron, et M. Dieulafoy chargea l'un de ses externes de se rendre au domicile du malade, de cueillir dans son potager une belle brassée d'épinards, et de la lui apporter. Il comptait, en effet, faire examiner les feuilles par un expert.

L'externe se mit aussitôt en route.

***

Le lendemain matin, l'externe présentait au patron, dès son arrivée à l'hôpital, sa cueillette de feuilles vertes. M. Dieulafoy montra les épinards au malade : « C'est bien cela que vous avez mangé ? », s'écria-t-il. Le malade acquiesça. « Comme je ne suis pas botaniste », reprit M. Dieulafoy, « je vais faire examiner ces feuilles d'épinards par M. le pharmacien en chef de l'hôpital ». L'homme de l'art fut aussitôt prié de venir rendre visite au maître dans son service.

Quelques minutes après, M. Dieulafoy montrait à l'expert les épinards qu'il avait fait cueillir dans le jardin de son intoxiqué. « Voulez-vous, je vous prie, monsieur le pharmacien en chef, examiner ces feuilles et les déterminer », et le patron poursuivit : « Pour moi ce sont des feuilles d'épinards ». Le pharmacien enfourcha son binocle, étudia d'un rapide coup d'œil la « verdure » qui lui était présentée, puis, sans hésiter, il répondit : « Des épinards... ça ? Monsieur le professeur, jamais !... Sans le moindre doute, ce sont là des feuilles de belladone ! » M. Dieulafoy poussa un gros soupir de satisfaction, puis, se retournant vers nous, nous apostropha : « Eh bien ! vous voyez..., j'avais raison ! ». Nous fûmes tous émerveillés. Et le maître reprit : « Quand vous aurez constaté chez un malade les symptômes indiscutables d'une intoxication, vous commencerez par formuler le diagnostic et vous appliquerez le traitement. Ce n'est qu'après que vous rechercherez la cause de l'empoisonnement, quitte à cambrioler un potager, puis d'y cueillir un bon plat d'épinards !... ».

Le malade intoxiqué fut l'objet de soins attentifs ; il mit cependant plusieurs semaines à se remettre de son « indigestion » d'épinards.

De puis cette aventure, à plus d'une reprise, j'ai eu à m'occuper d'intoxiqués par la belladone ; chaque fois, je me suis souvenu de l'histoire du plat d'épinards de mon maître Dieulafoy, et de la belle leçon d'observation clinique qu'il nous fit en cette circonstance mémorable.

Les Livres de la semaine

CADE (A), SANTY (P.), HERTZ (J.). — **Tuberculose du tube digestif.** Bibl. de la Tuberculose. 410 p. Cart. : 80 fr. (*G. Doin*).

LYON (Gaston). — **Traité de thérapeutique biologique..** 650 p. Br. : 80 fr. (*G. Doin*).

PAUCHET (Victor). — **Pratique chirurgicale illustrée.** F^le^ IX. 2e édition. Br. : 80 fr. (*G. Doin*).

(Extr. de la *Bibliographie de la France*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 6 — 6 FÉVRIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 10 février. — M. JOSEFOVICI : Présentations de l'épaule négligées à la maternité de l'hôpital Lariboisière. — M. RAS : Etude clinique de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales. — M. GROULIER : Etude de la prévention du tétanos par la vaccination. — M. CACAULT : La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Mlle COMBES : Fièvres de croissance chez le tout jeune enfant. — M. DENIS : Hygiène de la lactation.

11 février. — M. HANAUT : Etude de l'acrodynie infantile. — M. LEBRUN : Dilatations bronchiques et tuberculose pulmonaire. — M. BOULLE : Les stomatites auriques. — M. BOUMIOL : Etude anatomo-clinique de six sarcomes de l'utérus. — M. BLAS : Les luxations du genou. — M. SCHATZ : Contribution au diagnostic des tumeurs malignes primitives du cavum. — M. TREPSAT : Kyste congénital du cou à symptomatologie de laryngocèle. — M. SOFERMAN : L'insufflation utéro-tubaire.

— *Congés des jours gras* 1937. — A l'occasion des jours gras, la Faculté sera fermée les lundi 8 et mardi 9 février (cours, travaux pratiques, examens et bibliothèques).

Le secrétariat sera ouvert ces deux jours de midi à 15 heures.

— Les épreuves de thérapeutique commenceront le vendredi 26 février.

Ecrit : 26 et 27 février. Oral : à partir du lundi 1er mars. Affichage : le 18 février.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot. Professeur Emile SERGENT.) — Un cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du lundi 15 mars au samedi 20 mars 1937.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes en 1937. — 1º à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) ; 2º à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache ; 3º à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées) ; 4º à l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (Seine-et-Oise).

Ce concours sera ouvert le vendredi 5 mars 1937, à 9 heures, dans la salle des concours, rue des Saints-Pères, nº 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), à partir du vendredi 5 jusqu'au mercredi 17 février 1937 inclusivement, de 14 à 17 heures.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en huit leçons, par MMM. les Docteurs P. ABOULKER et J.-G. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 15 février 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

PROGRAMME DU COURS. — I. *Voies d'abord du rein* : décapsulation du rein, néphropexie. — II. *Pyélotomie et pyélostomie ; néphrotomie et néphrostomie.* Les assistants répéteront : la pyélotomie, la néphrostomie. — III. *Chirurgie de l'uretère* : uretérotomie, uretérostomie. Les assistants répéteront : les voies d'abord de l'uretère, l'uretérotomie. — IV. *Les néphrectomies* : techniques et indications ; néphrectomies simple, sous-capsulaire, partielle, secondaire ; néphrectomies pour tuberculose ou cancer. Les assistants répéteront : un des procédés de néphrectomie. — V. *Chirurgie vésicale et prostatique* : cystostomie ; prostatectomie hypogastrique ; cystectomies. Les assistants répéteront : la cystostomie, la prostatectomie hypogastrique, les cystectomies partielle et totale. — VI. *Chirurgie de la prostate par voie périnéale* : ouverture des abcès de la prostate, vésiculectomie, prostatectomie périnéale, opération de Young pour cancer. Les assistants répéteront : la périnéotomie, la vésiculectomie, la prostatectomie pour cancer. — VII. *Chirurgie de l'urèthre* : traitement des ruptures traumatiques de l'urèthre. Circoncision. Les assistants répéteront : le traitement opératoire des ruptures de l'urèthre, la circoncision. — VIII. *Chirurgie du testicule et de ses annexes* : traitement de l'hydrocèle ; ligature des déférents ; opération de Steinach, orchidopexie ; épidymectomie ; orchidotomie ; castration. Les assistants répéteront : l'orchidopexie, l'orchidotomie, l'épididymectomie, la castration, la ligature du déférent, l'opération de Steinach.

Académie de chirurgie. — *Prix décernés* : Le prix Duval-Marjolin est décerné à M. Boudreaux.

Le prix Laborie, à MM. Oscar Gilson (de Bruxelles) et André Gratia (de Liège).

Le prix Dubreuil, à M. Tchen-Siang-Tsiuen (de Shanghaï).

Le prix de la fondation Le Dentu, à M. Olivier.

Enfin, la médaille Lannelongue est décernée à M. Lambotte (d'Anvers), pour l'ensemble de ses travaux.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés chefs de travaux temporaires pour 1936-1937 : M. Desjacques, médecine opératoire ; R. Latarjet, physique biologique ; Radinand, chimie organique.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Poursines, agrégé à Nancy, est délégué dans les fonctions d'agrégé d'anatomie pathologique, remplaçant de M. Mosinger et chargé à ce titre de la direction des travaux pratiques.

— M. le Docteur Paul Vigne, chargé de cours de clinique dermatologique, a été pérennisé dans ses fonctions.

MM. G. Jayle, Malméjac, Mosinger, agrégés, ont été pérennisés dans leurs fonctions.

Ont été nommés chefs de clinique :

Clinique médicale infantile : chef de clinique, M. Legrand ; adjoint : M. Capus.

Clinique dermatologique : chef de clinique, M. J. Dusan ; adjoints : MM. J. Bourret et Lombard.

Clinique médicale (Professeur Olmer) : chef de clinique, M. Audier, ; adjoint : M. Jouve.

Clinique de pathologie exotique : chef de clinique, M. Sardou ; adjoint : M. Flori.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Pierre Rimbaud, agrégé, est chargé de la suppléance de M. Boulet, agrégé pérennisé, en congé.

Faculté de Strasbourg. — M. Thivolle est nommé agrégé pour une période de neuf années, à dater du 1er novembre 1936.

Agrégation du Val-de Grâce. — Un concours s'ouvrira, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce :

Le 3 novembre 1937 : pour deux emplois de professeur agrégé de médecine.

Le 15 novembre 1937 : pour un emploi de professeur agrégé de chirurgie.

Sont seuls admis à ce concours les médecins commandants et les médecins capitaines ayant accompli, depuis leur sortie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au moins deux ans de service dans un corps de troupe.

Les demandes formulées par les candidats en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé des chefs hiérarchiques de chaque candidat et adressées au ministre avant le 1er septembre 1937.

Concours des hôpitaux militaires. — En 1937, les concours institués pour l'obtention des titres de :

Médecin des hôpitaux militaires ;
Chirurgien des hôpitaux militaires ;
Pharmacien chimiste du Service de santé militaire,

auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce aux dates ci-après :

Le 7 octobre 1937 : pour les titres de médecin des hôpitaux militaires et de pharmacien chimiste du Service de santé militaire.

Le 14 octobre 1937 : pour le titre de chirurgien des hôpitaux militaires.

Sont seuls admis à prendre part à ces concours :

1° Pour médecin et chirurgien des hôpitaux militaires. —Les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier 1937 (nom du dernier médecin capitaine de la première moitié : M. Delmas (J.-A.-J.-M.-R.), rang du 25 mars 1931, n° 334) et les médecins commandants ;

2° Pour pharmacien chimiste du Service de santé militaire. — Les pharmaciens capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier 1937 (nom du dernier pharmacien capitaine de la première moitié : M. Durand (P.-M.), rang du 25 mars 1931, n° 24).

Les demandes d'inscription des candidats devront parvenir au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de santé, 1er bureau, personnel), le 1er août 1937, au plus tard.

Semaine oto-rhino-laryngologique (24-29 *mai* 1937). Par MM. Aubin, Aubry, Baldenweck, André Bloch, Bouchet, Bourgeois, H.-P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huet Lallemant, Professeur Lemaitre, Lemariey, Le Mée, Louis-Leroux, Maduro, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris.

PROGRAMME. — Lundi 24 mai, 10 heures, hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, Docteur LALLEMANT : Traitement des fistules et cicatrices rétro-auriculaires ; 15 heures, amphithéâtre de Clamart, 17, rue du Fer-à-Moulin, Docteur Louis LEROUX : Evidement par le conduit.

Mardi 25 mai, 10 heures, hôpital Tenon (Pelleport), Docteur HAUTANT : Indications et résultats du traitement par les radiations des cancers en rhino-laryngologie ; 15 heures, amphithéâtre de Clamart, Docteur AUBRY : Les éléments de diagnostic des cancers du larynx et de l'hypopharynx.

Mercredi 26 mai, 10 heures, hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine, Docteur HALPHEN : La chirurgie de la douleur en O. R. L. ; 15 heures, amphithéâtre de Clamart, Docteur HUET : Laryngectomie totale.

Jeudi 27 mai, 10 heures, hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Docteur MOULONGUET : Chirurgie de l'ozène ; 15 heures, amphithéâtre de Clamart : Docteur RAMADIER : Evidement élargi. Traitement des pétrosites.

Vendredi 28 mai, 10 heures, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, Professeur LEMAITRE : Les greffes en O. R. L. ; 15 heures, amphithéâtre de Clamart, Docteurs AUBIN, MADURO : Opérations des sinusites frontales.

Samedi 29 mai, 10 heures, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : Docteurs LE MÉE, BOUCHET : Les sinusites de l'enfance ; 15 heures, hôpital Laënnec, Docteur André BLOCH : Laryngite sous glottique ; 15 heures, hôpital Laënnec, réunion de clôture.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 16 mai 1937. Droit d'inscription : 200 francs.

(Des conditions spéciales seront accordées aux internes et externes des hôpitaux de Paris).

Les auditeurs étrangers auront la faculté de régler les droits d'inscription avant l'ouverture des cours, le lundi 24 mai, à l'hôpital Laënnec, service O. R. L., à 9 h. 30.

S'inscrire auprès du Docteur Louis-Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Médaille d'honneur des épidémies.— La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. le Docteur Jourdin (de Pouancé).

Médaille de vermeil : M. le Docteur Montant (de Paris).

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Bachy (de Phalempin) ; Pellier (du sanatorium de Labruyère).

Médaille de bronze : MM. les Docteurs Klein (de Paris) ; Soulayrol (de Marseille).

Asiles d'aliénés. — Le Conseil général de la Lozère, vient de voter la création d'un deuxième poste de médecin-chef à l'Asile d'aliénés de Saint-Alban.

Société médico psychologique. — Le Bureau de la Société pour 1937, est constitué comme il suit : président : M. René Charpentier ; vice-président : M. A. Fillassier ; secrétaire général : M. Courbon ; trésorier archiviste : M. Collet ; secrétaire des séances : MM. Paul Abély et P. Carrette.

Société médicale des Asiles de la Seine. — *Composition du bureau de la Société pour* 1937. — Président : M. Xavier Abély ; vice-président : M. Génil-Perrin ; secrétaire : M. H. Beaudoix ; trésorier : M. Sengès.

Comité France-Italie. — *Section médicale.* — La section médicale du Comité France-Italie vient d'organiser pour les médecins français un cours collectif d'enseignement en douze leçons (nombre d'auditeurs limité).

Une première série de cours aura lieu chaque mardi de 18 heures 30 à 19 h. 30 et sera faite par le Professeur A. Fiorentino, vice-président de l'Association Dante Alighieri, Docteur ès-lettres, docteur en droit. Le droit d'inscription est de 50 francs par mois ou de 150 francs pour les douze cours.

Adresser toutes demandes au Docteur Marcel Martiny, secrétaire général de la section médicale du Comité France-Italie, 10, rue Alfred-Roll, Paris (XVIIe).

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle aura lieu le samedi 6 février 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des Professeurs).

ORDRE DU JOUR : *Communications.* — Docteur VANNIER : L'œuvre du Docteur Peczely et le diagnostic des maladies par l'examen de l'iris. — Docteur R. NEVEU : Les observations médicales de Regnard en Laponie (1643). — Docteur L. BRODIER : La maladie et la mort de Bossuet. — J. HÉRISSAY : Un traitement médical par correspondance sous la Terreur.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale. — La première séance de 1937 de la Société aura lieu le jeudi 11 février, à 15 heures, à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), sous la présidence de M. le Prof. C. Levaditi.

Ceux qui désirent faire des communications, ou présenter des mémoires, sont priés de bien vouloir en faire part à M. le Docteur Peyre, secrétaire de la Société, à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Ligue française contre le rhumatisme. (Secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris.) — La prochaine Assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le mardi 23 février 1937.

Séance du matin, hôpital Cochin, amphithéâtre de la Clinique médicale (Professeur Marcel Labbé).

Après-midi, à 16 heures, Faculté de médecine, amphithéâtre des thèses, n° 2 : *a*) Séance administrative ; *b*) Séance scientifique, à 17 heures. Ordre du jour : Les manifestations rhumatismales de la colonne cervicale.

Premier rapport : Les manifestations vertébrales (avec projections). (M. Jacques FORESTIER). — Deuxième rapport : Les manifestations extra-vertébrales (MM. CROUZON et GAUCHER). — Discussion des rapports et communications sur le sujet.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie célébrera son Cinquantième Congrès les lundi 28, mardi 29 et mercredi 30 juin dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le rapport annuel sera présenté par le Docteur Bollack (de Paris) sur les rachnoïdites opto-chiasmatiques.

Le Congrès est retardé cette année en raison de l'Exposition universelle. Pour cette même raison, il ne durera que trois jours et ne comportera pas d'excursion aux environs de Paris. Un banquet sera offert à l'occasion de ce Cinquantième Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général de la S. F. O., Docteur René Onfray, 6, avenue de La Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Le Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne (2e session, 21-28 mars 1937). — Voici la liste des questions inscrites à l'ordre du jour du Congrès :

1re série : *Influence du climat sur la nutrition.* — Influence de la cure hélio-marine sur le métabolisme de l'enfant. — Importance de l'examen du sang chez les enfants soumis à la cure marine. — Les influences climatiques sur l'adolescence normale et pathologique. — L'enfant et l'adolescent sur les hauts plateaux. — L'enfant et l'adolescent dans les climats tropicaux.

2e série : *Modification des climats selon les lieux.* — Les variations des radiations solaires et cosmiques selon les climats. — Les variations de l'ionisation et de l'électricité atmosphérique selon les lieux et les moments. — Les micro-climats. — Les maisons de cure climatique pour les enfants et les adolescents.

3e série : *Education et installation.* — L'éducation physique des enfants et des adolescents à la mer et à la montagne. — Les installations dans les divers climats. — Les collèges climatiques et les écoles de plein air. — L'organisation des séjours de vacances. — Les camps thermaux et climatiques. — L'assainissement des plages. — Les bains de rivière.

D'autres questions peuvent être présentées, qui seront soumises à l'approbation du Comité de direction.

Le programme des réceptions, fixé par ce Comité régional, comporte des séances à Hyères le 21 mars, à Saint-Raphaël le 22, à Cannes le 23, à Grasse et à Vence le 24, à Nice le 25, à Menton le 26, à Monaco le 27. La séance de clôture aura lieu à Nice le dimanche matin 28. Le Congrès sera reçu par le Centre

universitaire de Nice les 25 et 28 mars et par l'Académie méditerranéenne à Monaco le 27 mars. Des réceptions du Gouvernement de Monaco et des municipalités des stations du littoral sont également prévues.

Ce Congrès est organisé sur l'initiative de la Société médicale de climatologie et d'hygiène du Littoral méditerranéen, et de l'Association international pour l'étude des radiations solaires terrestres et cosmiques et de leurs effets physiologiques et pathologiques. Le secrétaire général du Congrès est le Docteur M. Faure.

L'Office de renseignements climatiques de la Société médicale du Littoral prévoit les parcours et le séjour à un prix forfaitaire. Des excursions facultatives seront proposées à la suite du Congrès, dans les Alpes et en Corse. Le programme et les renseignements complémentaires sont donnés au secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

Institut Pasteur. — La Fondation Roux offre, cette année, pour contribuer au recrutement de l'Institut Pasteur, 10 bourses de 15.000 francs qui seront attribuées, par une Commission, à des jeunes gens en fin d'études désireux de se consacrer à la recherche appliquée aux sciences pastoriennes.

Ces bourses partent du 1er novembre 1937.

Elles sont données pour un an, mais, après avis du Conseil scientifique, elles peuvent être renouvelées deux fois et, suivant la valeur des travaux produits, être portées à 18.000 francs la 2e année, à 20.000 francs la troisième.

Les demandes doivent être adressées à l'administrateur de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, avant le 1er mai 1937.

Cours internationaux de perfectionnement médical à Berlin. — L'Académie berlinoise de perfectionnement médical, qui a recueilli la succession de l'Association des maîtres du perfectionnement médical, de Berlin (Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung in Berlin) organise, au printemps 1937, les cours de perfectionnement médical suivants :

1° Médecine interne avec observation spéciale du point de vue clinique (du 22 février au 6 mars 1937). Droits d'inscription : RM 75 ;

2° Cours de perfectionnement pour chirurgiens (du 5 au 10 avril 1937). Droits d'inscription : RM 70 ;

3° Quatrième cours de perfectionnement pour les maladies professionnelles (du 5 au 10 avril 1937). Droits d'inscription : RM 50 ;

4° Cours spécial d'urologie (du 12 au 17 avril 1937). Droits d'inscription : RM 60 ;

5° Alimentation de l'homme sain et du malade (du 12 au 17 avril 1937). Droits d'inscription : RM 50 ;

6° Les progrès les plus importants dans le domaine du radiodiagnostic et de la radiothérapie (du 16 au 23 avril 1937). Droits d'inscription : RM 60 ;

7° Cours de perfectionnement dans le domaine de l'orthopédie (du 19 au 24 avril 1937). Droits d'inscription : RM 60 ;

8° Cours sur la tuberculose dans le sanatorium de la ville de Berlin « Waldhaus Charlottenburg » (du 3 au 8 mai 1937). Droits d'inscription : RM 50 ;

9° Cours préparatoire et de perfectionnement sur l'homéopathie (du 5 au 30 avril 1937). Les cours sont divisés en deux parties : les huit premiers jours seront réservés à l'introduction d'un point de vue général à la pensée médicale, les trois autres semaines au perfectionnement. Droits d'inscription à la première partie : RM 25 ; aux deux parties : RM 75. Pour médecins assistants : RM 15 et RM 40.

10° Des cours spéciaux embrassant tous les domaines de la médecine, accompagnés d'observations cliniques et de travaux de laboratoire, ont lieu tous les mois. Dans ces cours, on accordera une place prépondérante à l'activité pratique du médecin ; le perfectionnement théorique n'y tiendra qu'une place secondaire, sans être, évidemment, négligé.

Les cours cités sous les numéros 1 à 9 sont professés en langue allemande, les cours spéciaux le sont aussi en langues étrangères.

Demandez programmes et renseignements plus précis au Secrétariat de la Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Les médecins étrangers et les médecins allemands habitant à l'étranger bénéficieront d'une réduction de 60 % sur les tarifs des chemins de fer allemands (Deutsche Reichsbahn). En utilisant les marks dits enregistrés (Registermark), les médecins étrangers peuvent réduire considérablement leurs frais de séjour en Allemagne. Ils feront bien de se mettre en relation, à ce sujet, dès avant leur départ, avec une banque de leur pays.

IVe Congrès national des médecins Amis des vins de France. — Il aura lieu du 19 au 26 mars 1937, à Alger, sous la présidence de M. le Professeur Portmann.

Ce Congrès est consacré à l'étude du vin et du jus de raisin, dans la diététique et le traitement des affections gastro-intestinales, dont sont rapporteurs : MM. les Docteurs Weissembach et Faroy.

Des conditions de séjour exceptionnelles sont accordées aux congressistes :

Le programme détaillé comprenant tous les frais (voyage, séjour, excursions), pour la somme forfaitaire de 1.200 francs est envoyé sur demande adressée au : Commissariat du Congrès, 57, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux. Téléphone 833.22.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 15 février à 17 heures, salle des Centraux, 8, rue Jean-Goujon (VIIIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIIIe).

IL Y A CENT ANS

Orfila candidat à l'Académie des sciences. — De la GAZETTE DES HÔPITAUX du 16 février 1837 :

M. Orfila se présente, dit-on, à l'Académie des sciences pour recueillir la succession de M. Desgenettes, qui était associé libre. On nous assure que dès le lendemain de la mort de ce médecin, et peut-être avant, de nombreuses démarches ont été faites, et que l'on déploie, pour la réussite de cette candidature à une nouvelle place, toute l'activité dont on est depuis longtemps reconnu capable.

Il est des gens que rien ne contente ; plus ils occupent de places, plus ils se croient dignes d'en occuper, dussent-ils n'en remplir aucune, et n'assister aux séances académiques que pour y toucher des jetons !

Nous espérons que l'Académie sera bien conseillée en cette circonstance, et qu'elle ne cédera à aucune sollicitation, à aucune injonction administrative.

M. Orfila est assez pourvu, Dieu merci ; il devrait sentir lui-même que les véritables souches indigènes doivent avoir le pas sur des plantes exotiques dont l'importation et la culture en France coûtent si cher.

TRAVAUX ORIGINAUX

Précisions nosographiques et évolutives sur les recto-colites ulcéro-hémorragiques

Par Jean RACHET, André BUSSON, Jean ARNOUS

Le premier Congrès international de gastro-entérologie a placé au premier rang de l'actualité les recto-colites ulcéro-hémorragiques. De nombreux rapports et communications furent présentés à cette occasion. Depuis lors plusieurs travaux intéressants ont été publiés sur ce sujet.

Malgré l'abondance de ces études et malgré la qualité de leurs auteurs, il règne encore, aujourd'hui, beaucoup de confusion dans ce grand chapitre des colites graves.

En revoyant durant ces derniers mois nos observations, dont le nombre s'élève actuellement à plus de cinquante, en examinant à nouveau la plupart des malades suivis par nous, nous avons recherché les causes de cette confusion et nous avons essayé d'apporter, à l'éclaircissement de quelques points, notre modeste contribution.

Parmi les remarques qu'il nous a été donné de faire sur ce sujet, deux nous paraissent actuellement très importantes :

— la nécessité de préciser la définition ;
— la connaissance du mode évolutif de cette affection.

Ce sont, en effet, là deux faits de base pour l'étude critique de la recto-colite ulcéro-hémorragique et des divers traitements proposés.

La précision de la définition

De nombreux termes ont été employés pour dénommer cette affection : colites ulcéreuses, colites ulcéreuses chroniques (Bonorino Udaondo), colites chroniques suppurantes (Schmidt), recto-colites hémorragiques (Mathieu). Toutes ces appellations ont une part d'exactitude ; mais aucune ne peut englober dans son titre toutes les variétés symptomatiques.

Actuellement le terme le plus généralement employé est celui de recto-colites ulcéro-hémorragiques. En pratique, il sous-entend le mot cryptogénétique. Mais ceci n'est pas absolument admis par tous les auteurs. Ils nous suffira de prendre l'exemple récent du Congrès de Bruxelles de 1935.

Le sujet proposé était : « les colites graves non amibiennes ».

Dans l'esprit des organisateurs, il s'agissait d'étudier la recto-colite ulcéro-hémorragique de cause inconnue. Nous n'en voulons pour preuve que celle-ci : les rapporteurs ont traité ce sujet à l'exclusion de toute autre recto-colite. Or il est curieux de constater que les communications qui font suite aux rapports concernent les cas les plus variés : dysenterie bacillaire, colite tuberculeuse, maladie rectale de Nicolas-Favre, voire même colite post-amibienne.

Depuis lors, à la suite de nos premiers travaux sur le traitement par la vitamine A, plusieurs de nos confrères, nous communiquaient fort obligeamment un certain nombre de cas traités par eux avec ce produit. Mais, quel ne fut pas notre étonnement de voir que voisinaient, à côté de recto-colites ulcéro-hémorragiques, plusieurs cas de rétrécissements du rectum avec réaction de Frei positive, de rectites gonococciques, etc...

Récemment encore, l'un des spécialistes qui connaît le mieux la question des colites graves, l'anglais Hurst, publiait des cas de guérison de ces recto-colites par le sérum antidysentérique. Or, à la lecture de ses observations, on s'aperçoit qu'il s'agit, non pas de l'affection cryptogénétique, mais bien de dysenterie bacillaire, confirmée par des examens de laboratoires. Telle l'observation, rapportée par lui, d'un jeune homme de 16 ans, présentant depuis quelques jours un syndrome dysentérique, et chez lequel l'examen des selles montra la présence de bacilles de Flexner. Après traitement par le sérum anti-dysentérique, la guérison survint en quelques jours. C'est là un exemple des plus typiques d'une dysenterie bacillaire guérie. Mais quel rapport y a-t-il entre cette affection et la recto-colite ulcéro-hémorragique ?

Peut-on conclure de l'étude de Hurst, et l'imprécision de son travail sur ce point permet d'en envisager l'hypothèse, que cet auteur considérerait la dysenterie bacillaire comme la cause première d'une recto-colite ulcéro-hémorragique, dont la persistance et la tendance à la chronicité seraient favorisées par l'infection secondaire ? C'est une éventualité peu probable, les auteurs les plus qualifiés admettent comme exceptionnel le passage à la chronicité de la dysenterie bacillaire.

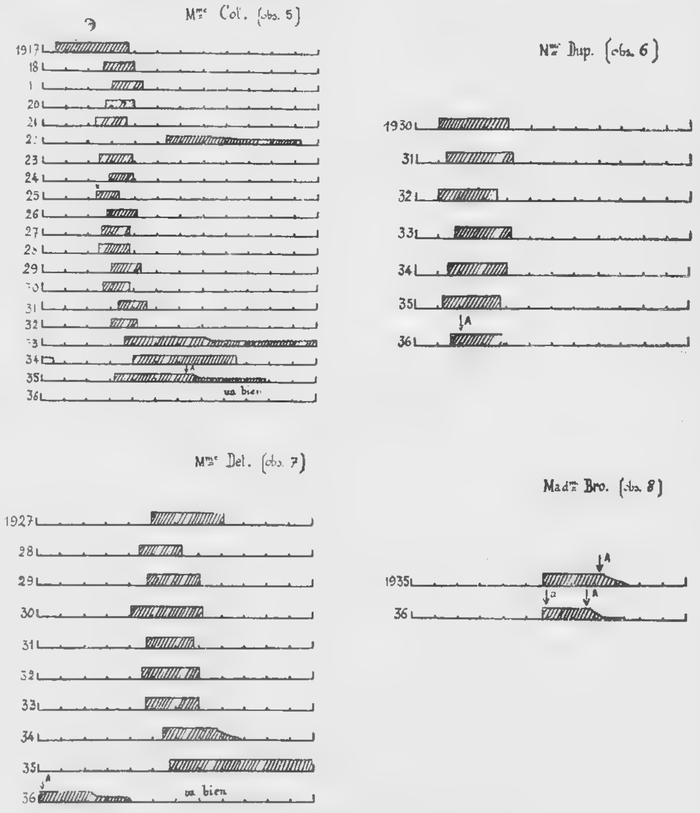


Figure I
Périodicité annuelle des crises.

On voit donc quelle confusion règne dans tout ce domaine. Au Congrès de Plombières, l'un de nous avec M. Bensaude donnait de cette affection la définition suivante : « Maladie grave atteignant le côlon, en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, se traduisant par un syndrome dysentérique d'allure aiguë ou chronique, d'étiologie probablement infectieuse, mais non encore identifiée ».

De cette définition, un point nous paraît actuellement discutable : l'origine infectieuse probable. Le terrain, dans cette affection, nous semble de plus en plus prédominant. Et c'est dans ce sens que nous poursuivons actuellement

des expériences dont nous espérons pouvoir prochainement donner les résultats.

Un autre point mérite, à cause de son importance, de figurer dans la définition, c'est l'évolution par poussées séparées par des périodes de rémission plus ou moins complètes. C'est sur ce deuxième point que nous nous proposons maintenant d'insister.

Les précisions évolutives

Tous les auteurs semblent actuellement d'accord pour reconnaître l'existence d'une forme suraiguë tuant en quelques semaines, et que traduisent des signes généraux graves et un syndrome dysentérique impressionnant, qu'aucun traitement n'arrive à juguler. C'est là une forme très rare, que, pour notre part, nous n'avons rencontrée que deux fois. Pour la plupart des auteurs elle semble différente de la forme classique ; et nous l'écartons de cette étude.

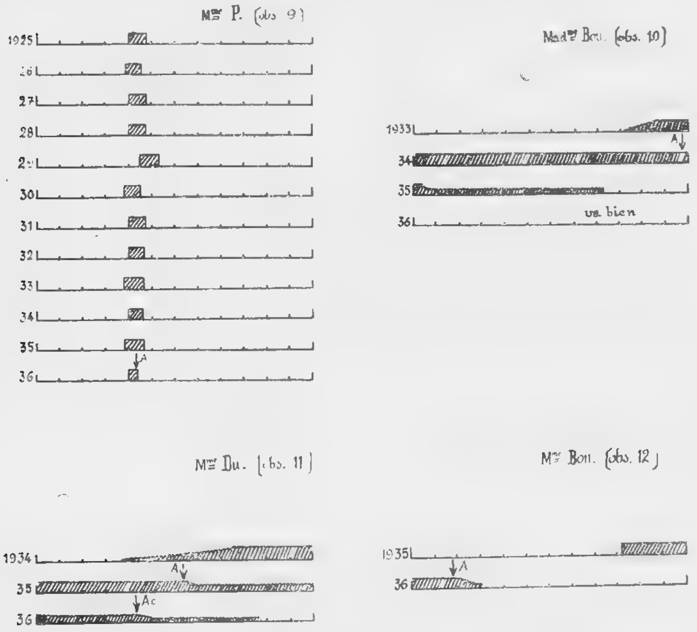


FIGURE II

Obs. 9. Périodicité annuelle.

Obs. 10-11. Formes continues (mais le recul est insuffisant pour juger de leur périodicité).

Obs. 12. Première poussée de la maladie.

La forme chronique nous intéresse seule, et c'est sur l'évolution de celle-ci que nous désirons apporter quelques précisions.

Lorsque l'on parcourt les travaux publiés jusqu'ici, même les plus récents, on peut constater que, trop souvent, l'évolution n'est pas suffisamment précisée.

La plupart des auteurs signalent l'évolution irrégulière, capricieuse. Certains insistent sur la ténacité de l'affection, d'autres sur la tendance récidivante. Beaucoup terminent la présentation d'un malade par cette phrase : « le cas de ce malade est guéri ». Mais l'est-il complètement ? Et depuis combien de temps ? D'autres auteurs se donnent l'apparence de la précision en affirmant : « la guérison de ce malade est durable ». Mais il en est de ce mot « durable » comme de nombreux autres termes qui ne sont précis qu'en surface. Rien n'est plus relatif que la durée. S'agit-il de semaines, de mois, d'années ? De telles guérisons se sont-elles déjà produites chez ces malades ?

Seuls, ou à peu près seuls, J.-C. Roux et Alban Girault, dans leur communication au Congrès de Bruxelles, apparaissent plus précis et comparent l'évolution de la recto-colite ulcéro-hémorragique à celle de l'ulcère gastrique.

Plus récemment de Jong (Hollande) apporte également cette précision : « Maladie ayant une tendance à l'amélioration *spontanée*, mais en même temps une tendance à des rechutes ».

Nous-mêmes n'avons pas échappé à la règle. Et lorsque nous relisons les observations prises par nous durant ces dernières années, nous sommes maintenant frappés de constater leur manque de netteté sur bien des points. Un seul exemple nous permettra de faire saisir l'importance d'une observation bien ou mal prise.

Une de nos anciennes observations est ainsi libellée :

« Mme P... présente, depuis des années, des troubles à type dysentériforme avec période d'amélioration. Au mois de mai 1936 elle a une nouvelle crise aiguë. Mise au traitement X, la guérison a été obtenue en quelques jours et persiste depuis six mois ».

En réalité, en reprenant l'observation, nous avons pu, par un interrogatoire minutieux, établir que, depuis 1925, elle avait, chaque année, une période dysentérique de quinze à vingt jours survenant au printemps et guérissant chaque fois avec ou sans traitement. La période de cette année a été identique, et il faudra pour juger de l'efficacité du traitement X, attendre le printemps prochain, et voir si une nouvelle poussée se produit alors, comme les années précédentes.

Tel est le défaut commun à la plupart des observations. Nous avons, pour remédier à ce point faible, réinterrogé en détail les malades qui ont bien voulu répondre à nos convocations. Et nous avons gardé seulement de ces observations, celles où le recul du temps nous permettait de juger de l'évolution. Nous avons écarté les observations de malades dont la mémoire était trop imprécise pour permettre d'établir avec une suffisante exactitude la chronologie de leur affection. Ainsi notre étude se limite volontairement à une trentaine de cas.

Il nous a semblé, d'autre part, très utile et très pratique de schématiser l'évolution de cette affection en des graphiques dont nous publions plusieurs types. Cette idée nous est venue à la suite des intéressants travaux de R.-A. Gutmann et Taxis Dascalakis qui ont par, cette méthode, schématisé l'évolution si particulière des ulcères gastro-duodénaux ; grâce à l'étude de ces graphiques, il nous a semblé qu'on pouvait distinguer quatre grandes formes évolutives de recto-colites ulcéro-hémorragiques :

1° *Les formes à rechutes annuelles*, que figurent nos schémas n° 5, 6, 7, 8, 9, semblent les plus fréquentes. La poussée survient chaque année, à une date à peu près fixe, volontiers au printemps, et dure un temps souvent identique pour un même malade ; il convient de remarquer aussi que la poussée se termine après des thérapeutiques variées et, parfois, sans aucun traitement.

2° *Les formes à rechutes rapprochées*, que représentent les graphiques n° 1, 2, 3, où les poussées sont séparées les unes des autres par un intervalle court de quelques semaines ou mois (rechutes bis-annuelles).

3° *Les formes à rechutes éloignées*, que schématise le graphique n° 4. Dans ces formes, plusieurs années peuvent s'écouler entre chaque poussée. On voit mieux encore dans ces cas, avec quelle circonspection il faut employer le terme de guérison.

4° *Les formes chroniques continues* (chémas n° 10 et 11), qui d'ailleurs évoluent rarement d'une seule tenue, mais où l'on peut, dans bien des cas, mettre en évidence sur un fond chronique des poussées paroxystiques aiguës survenant à un rythme assez régulier.

Enfin, il faut également faire une place aux formes qui se présentent comme une première poussée de recto-colite ulcéro-hémorragique (graphique n° 12). Dans ces cas, il faut se garder d'affirmer que la régression des troubles est due à la thérapeutique employée, alors qu'il peut s'agir d'une sédation normale dont l'apparition se serait peut-être manifestée sans aucun traitement.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS



les 2 médicaments cardiaques essentiels

Ces graphiques ont un défaut important ; ils expriment l'évolution des seuls symptômes fonctionnels et généraux de l'affection. Pour la plupart des malades, il n'est pas possible de schématiser ainsi l'évolution anatomique des lésions, soit parce qu'ils ont été suivis depuis des années sans contrôle endoscopique, soit parce qu'ils ont consulté lors de chaque poussée des médecins différents, dont il est impossible de réunir les observations. Chez les malades que nous avons pu suivre à la rectoscopie pendant plusieurs années, nous avons pu constater deux formes évolutives :

a) Dans un premier groupe, il y a concordance des améliorations cliniques et anatomiques. La muqueuse, entre les rechutes, présente un aspect quasi-normal. Ces cas ne sont pas les plus fréquents.

b) Dans un deuxième groupe, les évolutions cliniques et anatomiques ne sont pas superposables. A une guérison clinique correspond souvent une amélioration anatomique, mais pas une disparition totale des lésions.

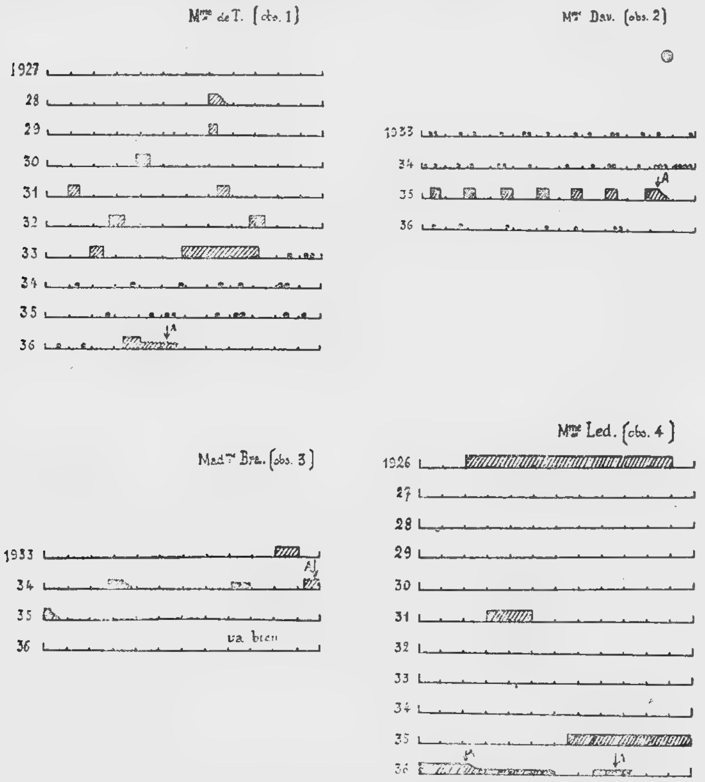


FIGURE III

Obs. 1-2-3. Périodicité à étapes rapprochées.
Obs. 4. Périodicité à étapes éloignées.

L'étude minutieuse de l'évolution, rendue plus facile par l'établissement des graphiques, entraîne tout d'abord une conclusion : *la recto-colite ulcéro-hémorragique est dans la majorité des cas, essentiellement une affection évoluant par poussées, séparées par des périodes de rémission plus ou moins complète.* De ce fait extrêmement important vont découler des conclusions cliniques, thérapeutiques, et peut-être même pathogéniques (notion de terrain, de sensibilisation...).

Il appelle aussi d'autres constatations que nous voulons maintenant résumer :

1° *Les périodes de poussées.*

a) Le *début* des poussées est généralement assez brusque, sans qu'on puisse trouver de cause déclenchante appréciable. Certains auteurs ont invoqué les intoxications alimentaires, les amygdalites aiguës... Nous n'avons jamais retrouvé ces diverses causes chez nos malades.

b) La *durée* de la poussée est variable, mais, fait intéressant, assez souvent la même chez un même malade. Il semble d'autre part que certaines thérapeutiques puissent en abréger la durée.

2° *Les périodes intercalaires* peuvent être soit des périodes de guérison clinique et anatomique absolue, soit seulement des périodes de rémission incomplète pendant lesquelles persistent, à certains moments, quelques symptômes tels que sang, glaires ou pus.

3° *Le rythme des poussées* est intéressant à observer. Il s'agit souvent du rythme annuel ou bis-annuel (printemps, automne) ; en tout cas, presque toujours c'est un rythme régulier. Fait important, les récidives surviennent aussi bien chez les malades traités que non traités, et ceci que le traitement ait été appliqué seulement au moment des poussées ou poursuivi dans les périodes intercalaires. Le graphique n° 5 est à ce point de vue fort suggestif, puisqu'il correspond à un cas traité depuis près de vingt ans par les méthodes thérapeutiques les plus variées, et certaines années non traité.

4° *Que faut-il entendre par guérison anatomique ?*

La plupart des auteurs restent très laconiques sur ce point. Pour notre part, nous devons signaler que *jamais* nous n'avons retrouvé, même chez les malades soi-disant guéris, une muqueuse parfaitement normale. Dans les meilleurs cas, la rectoscopie montre toujours un aspect légèrement granité de la muqueuse, aspect vraiment très spécial auquel s'ajoute une fragilité particulière : la muqueuse au moindre contact saigne en nappe.

Mais très souvent, même chez des malades fonctionnellement guéris, on découvre en outre à l'endoscopie, sur le plancher du canal anal ou plus haut sur une valvule à la terminaison du sigmoïde, une petite bande transversale large de quelques centimètres, au niveau de laquelle la muqueuse présente de petites ulcérations qui saignent.

5° *L'appréciation de l'efficacité des traitements.*

Enfin l'étude des graphiques doit rendre prudent sur l'affirmation de la guérison. On peut en effet constater combien fréquentes sont les sédations de plusieurs mois, voire de plusieurs années. C'est faute d'avoir connu cette notion, que certains auteurs publient des guérisons extraordinaires, mais trop récentes pour que l'on puisse leur accorder de la valeur. Il en est de cette affection comme de l'ulcère gastro-duodénal : de multiples thérapeutiques ont été proposées ayant à leur actif des guérisons magnifiques, dont les récidives ultérieures venaient chaque fois démentir la valeur.

Avant d'affirmer l'efficacité d'un traitement, il conviendra donc de procéder à l'établissement soigneux de la courbe évolutive de l'affection, de préciser la durée et l'intensité des périodes de crises, la durée et la qualité des périodes intercalaires, le rythme des poussées. Et ceci, avant et après la mise en œuvre du traitement préconisé.

C'est avec cet esprit critique que nous montrerons, dans un prochain article, ce qu'on peut raisonnablement attendre d'un traitement que nous avons proposé il y a bientôt deux ans, et qui, sans être le traitement spécifique de la recto-colite ulcéro-hémorragique, nous a semblé donner des résultats intéressants.

« Il est de règle pour un médecin de conserver, autant que sa nature le lui permet, le teint frais et de l'embonpoint ; car le vulgaire s'imagine qu'un médecin qui n'a pas ainsi une bonne apparence ne doit pas bien soigner les autres. Il faut qu'il soit propre sur sa personne, qu'il ait un vêtement décent et des parfums suaves dont l'odeur ne soit désagréable pour personne ; car cela plait beaucoup aux malades ; il doit rechercher cet esprit de modération qui ne consiste pas seulement dans le silence, mais encore dans une vie parfaitement réglée ; en effet, rien ne contribue autant a la bonne réputation. Il doit joindre de belles manières à des mœurs douces ; et s'il se montre tel, il passera aux yeux de tous pour un homme respectable, pour un philanthrope et pour un observateur des convenances. » (*Hippocrate*).

Epilepsie et manifestations intracraniennes dans la maladie de Hodgkin

Par Mlle S. ROUSSET

Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Les formes nerveuses de la maladie de Hodgkin sont bien connues. Parmi elles, les complications médullaires ont été les plus étudiées par suite de leur fréquence ; les localisations intracrâniennes se montrent beaucoup plus rares, et notamment l'épilepsie. L'occasion nous a été donnée d'observer à la Clinique Médicale A de l'Hôpital Civil de Strasbourg, dans le service du Professeur Merklen, un cas de maladie de Hodgkin compliqué de crises épileptiques. Il nous a incité à rechercher les observations analogues. Nous n'en avons trouvé que sept, ce qui nous est une raison de donner en détail l'histoire de notre malade.

Observation. — Homme de 30 ans, sapeur-pompier. Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux rien à signaler. Pas d'épilepsie notamment. Lui-même n'a jamais été malade.

Octobre 1934 : Amaigrissement de 38 kgr. depuis cinq mois. Son médecin n'en a pas trouvé la cause. Séjour de sept semaines à la campagne où son état ne s'améliore pas.

Février 1935 : Apparition d'un ganglion dans le creux axillaire droit. La biopsie y montre des cellules de Sternberg et impose le diagnostic de lymphogranulomatose.

Radiothérapie. Amélioration.

Mars 1935 : Reprend son travail.

Décembre 1935 : Rechute avec amaigrissement de 14 kgr. En outre anorexie, vomissements. Absence de fièvre. Pas d'adénopathies nouvelles.

Deuxième série de rayons X. Amélioration.

Février 1936 : Première admission à la clinique pour asthénie et amaigrissement qui se dessinent à nouveau. Par notre examen nous notons l'absence de fièvre, de prurit, d'adénopathie. Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. Rate ni palpable, ni percutable. Pas de troubles cardiaques.

Sang : G. R. : 4.800.000. Hb. : 85 %. V. G. : 0,88. G. bl. : 13.000. Radiothérapie. Amélioration. G. blancs : 5.000.

Reprend son travail.

12 mars 1936 : Deuxième admission à la Clinique pour des phénomènes d'hyposystolie survenus en quelques jours : œdème, albuminurie, cyanose, grosse dyspnée d'effort.

De plus fièvre entre 37°8 et 38°5. Prurit.

Spléno-hépatomégalie modérée. Pas d'adénopathie, si ce n'est une adénopathie trachéo-bronchique banale constatée par la radioscopie.

Cœur : auscultation normale. Pouls autour de 80. Electrocardiogramme normal.

Etat dépressif avec irritabilité.

Sang : G. R. : 3.600.000. Hb. : 38 %. V. G. : 0,53. G. Bl. : 9.300. Formules : Polynucléaires, 88 %. Eosinophiles, 5 %. Lymphocytes, 6 %. Monocytes, 1 %.

16 mars : Pour la première fois, survient brusquement, au cours d'un repas, une absence, avec contracture des muscles masticateurs, suivie de quelques mouvements cloniques des membres supérieurs, le tout durant deux minutes.

Les jours suivants des absences analogues se reproduisent à plusieurs reprises, avec contracture des masticateurs, sans convulsion. En même temps, le malade se plaint d'irritabilité, de subanxiété, de fourmillements dans les extrémités, d'insomnie.

Une thérapeutique calmante (gardénal et valériane) apaise pour un temps cet état.

18 mars : Formule : Polynucléaires : 94 %. Eosinophiles 1 %. Lymphocytes : 4 %. Monocytes : 1 %.

Du 30 mars au 9 avril pas de crise.

26 mars : Sang : G. Bl. : 10.300.

Formule : Polynucléaires : 73 %. Eosinophiles : 1 %. Lymphocytes : 18 %. Monocytes : 8 %.

7 avril : Sang : G. R. : 2.960.000. Hb. : 35 %. V. G. : 0,59. G. Bl. : 8.500.

Formule : Polynucléaires : 90 %. Eosinophiles : 2 %. Lymphocytes : 5 %. Monocytes : 3 %.

9 avril : Quitte la Clinique en meilleur état à tous points de vue ; l'anémie seule ne change pas. La fièvre a disparu. Le prurit a cessé.

Nous avions prescrit de la digitaline et de la théobromine contre l'hyposystolie, ainsi que des injections de solution de Ziemssen contre l'anémie.

Avril : La fin du mois est assez bonne.

Mai : Fatigabilité. Irritabilité. Insomnie. Dyspnée d'effort.

25 mai : Première crise d'épilepsie convulsive dans la rue, typique d'après le récit des observateurs.

29 mai : Deuxième crise convulsive, au moment même de la troisième admission dans le service : cri, perte de connaissance, convulsions cloniques, puis toniques, durant quelques minutes, torpeur consécutive. Pas de miction involontaire ni de morsure de la langue.

L'examen montre un syndrome d'hyposystolie plus accentué qu'à l'admission précédente : œdème, cyanose, dyspnée d'effort, rythme cardiaque tendant au rythme fœtal.

Pas d'adénopathie. La spléno-hépatomégalie modérée persiste. Pas de fièvre. Pas de prurit.

Sang : G. R. : 2.800.000. Hb. : 43 %. V. G. : 0,76. G. Bl. : 7.000. Formule : Polynucléaires : 84 %. Eosinophiles : 2 %. Lymphocytes : 12 %. Monocytes : 2 %.

Réserve alcaline : 53.

L'examen neurologique complet répété ne décèle aucun signe de localisation. Fond d'œil normal.

Ponction lombaire : Tension : 48 au Claude, assis. Queckenstedt positif. L. C. R. eau de roche. Deux cellules /mm³, 0,20 ‰ d'albumine. Glycorachie : 0,96.

5 mai : Le malade de plus en plus irritable, quitte la Clinique brusquement. On apprend que peut après sa sortie il aurait fait deux crises d'épilepsie typique. Plus d'absences analogues à celles de sa deuxième admission.

On perd le malade de vue. On apprend qu'il meurt en août 1936.

Résumé :

Il s'agit là d'un cas de maladie de Hodgkin certain puisque confirmé par la biopsie, et dans une certaine mesure, par l'évolution, avec des rémissions consécutives à la radiothérapie. Il est intéressant par plusieurs particularités, souvent signalées d'ailleurs :

1° L'absence d'adénopathie : un seul ganglion axillaire, avec, à la fin de la maladie, une hépato-splénomégalie très modérée.

2° Absence d'éosinophilie : 1 ou 2 % sauf à un examen 5 % par contre polynucléose marquée : 73 à 94 %.

3° Apparition de plusieurs crises d'épilepsie convulsive, et d'absences avec contracture des masticateurs, le sujet n'ayant jamais rien présenté d'analogue. Pas de symptômes d'hypertension intracrânienne ni de lésions neurologiques en foyer concomitantes.

4° Existence d'une défaillance cardiaque au cours des six derniers mois, survenue très rapidement. Ce sont les manifestations hyposystoliques qui ont amené le malade à la clinique les deux dernières fois (dyspnée, œdème, cyanose).

Avant d'aborder notre sujet, nous ne pouvons pas ne pas nous arrêter à cette *défaillance cardiaque* qu'il est très difficile d'expliquer. Nous sommes certain de l'absence de toute cardiopathie antérieure. L'adénopathie trachéo-bronchique est de bien trop minime importance pour avoir pu exercer une compression sur le cœur ou le plexus cardiaque. Une hypothèse plausible serait d'admettre une localisation du tissu granulomateux dans le myocarde. Encore faudrait-il être certain qu'il y a bien corrélation entre le Hodgkin et l'état cardiaque.

Si, sans nous en tenir aux seuls faits d'*épilepsie*, nous envisageons dans leur ensemble les manifestations intracrâniennes survenues au cours du Hodgkin dont les observations ont été publiées, nous sommes en état de grouper vingt cas (le nôtre y compris), réserve faite pour ceux qui nous auraient échappé. Eugénis, en 1929, dans sa thèse très complète, en a rassemblé douze contre quarante-deux à localisation médullaire. Schaeffer, en 1930, n'en cite pas de nouveaux. Rufnagel et Jonesco en avaient publié un cas en 1926, Colrat deux cas (dont un cité par Eugénis). Puis, Jordan en a donné deux cas en 1931 ; Barker, un en 1934 ; Desbuquois, un en 1935, et Roger un en 1936.

Nous classerons ces observations en *trois groupes* :

Ceux qui n'ont présenté pendant la vie aucun symptôme neurologique et dans lesquels l'autopsie permit de découvrir des métastases intracrâniennes (deux cas) ;

Ceux qui ont présenté des signes d'hypertension intracrâniennes (six cas) ;

Ceux enfin qui ont offert des symptômes de localisation, onze cas, dont sept fois de l'épilepsie (et un cas sur lequel nous n'avons aucune donnée clinique).

I. Groupe avec *métastases intracrâniennes non soupçonnées cliniquement* :

1° Murchinson et Sanderson, 1870, rapporté par Eugénis sous toute réserve à cause de son ancienneté. Tumeur du trou déchiré postérieur.

2° Welch, 1910. Paraplégie. Tumeur médullaire. En outre tumeur de la dure-mère intracrânienne.

II. Groupe avec *syndrome d'hypertension intracrânienne.*

1° Suckling, 1885. Céphalées. Diplopie par paralysie de la 6e paire. Plusieurs nodules extra-duremériens intracrâniens.

2° Rufnagel et Jonesco, 1926. Observation d'interprétation délicate, car syphilis coexistante.

Femme : 53 ans : asthénie, prurit, polyadénopathie ; puis nervosisme, états coléreux, céphalées intenses, vomissements, éosinophilie et polynucléose. L. C. R. avec légère réaction cellulaire :5, et B. W. positif. Sang ; B. W. négatif. Biopsie : cellules de Sternberg. Pas d'autopsie. Les auteurs concluent à l'étiologie syphilitique probable du Hodgkin.

3° Askanazy, 1927. Hodgkin typique avec localisations médullaires. Excitation psychique, torpeur, somnolence. Autopsie : méninges œdémaciées, hyperhémie cérébrale.

4° et 5° Jordan, Schamschim et Staroff, 1931. Deux cas. Céphalées tenaces. Œdème des pôles frontaux à l'autopsie de l'un des cas. Dans ces deux observations, le diagnostic a été porté sur les modifications de la formule sanguine. Ils ne sont donc à retenir qu'avec beaucoup de réserve.

6° Roger, 1936. Hodgkin typique. Syndrome d'hypertension marqué, avec amaurose progressive.

Autopsie : nodules disséminés au niveau du crâne.

III. Groupe avec *signes de localisation.*

a) *Sans épilepsie* :

1° Sternberg, 1925. Hodgkin. Diabète insipide Paralysie des oculo-moteurs ; métastase dans la pars posterior de l'hypophyse.

2° Barker et Zewellys, 1934. Hodgkin. Syndrome pyramidal, hémianopsie. Puis, aphasie et apraxie. Métastases de l'hémisphère gauche et des méninges.

3° Desbuquois, 1935. Hodgkin. Diabète insipide avec hypertension intracrânienne. Radiothérapie sur la région hypophysaire. Amélioration. Quatre mois après nouvelle poussée de diabète insipide (32 l.) et d'hypertension intracrânienne; hémianopsie bitemporale. Image radiologique de la selle turique normale. Déséquilibre thermique. Tachyarythmie. Radiothérapie. Aggravation. Mort. Pas d'autopsie.

b) *Avec épilepsie* :

1° Hecker et Fischer, 1922. Hodgkin d'évolution rapide. Crises convulsives qui deviennent rapidement subintrantes et entraînent la mort. Deux métastases de la taille d'une cerise dans le centre ovale de chaque côté, près de la tète du noyau caudé, constituées par des lymphoblastes, fibroblastes, plasmazellen, cellules de Sternberg, et très nettement périvasculaires.

2° et 3° Holwes (de Boston) cité par Béclère, 1924. Deux cas de crises épileptiques. Métastases intracrâniennes.

4° Ginsburg, 1927. Hodgkin. Spasmes des masticateurs par accès de courte durée. Troubles aphasiques. Puis crises d'épilepsie convulsive. Radiothérapie. Amélioration. Evolution ultérieure inconnue.

5° Ginsburg, 1927. Hodgkin. Paraplégie. Crises d'épilepsie. Radiothérapie. Amélioration. Rechute avec crise d'épilepsie subintrantes et mort. Pas d'autopsie.

6° Colrat, 1929. Premier cas de métastases intracrâniennes décrit et bien étudié en France. Hodgkin d'évolution rapide Crises jacksoniennes droites avec rotation de la tête vers la droite. Les crises deviennent subintrantes, et amènent la mort. Petite tumeur de l'extrémité droite du cervelet faisant corps avec la dure-mère. Une autre tumeur à la pointe du lobe occipital droit, avec cellules de Sternberg. Congestion vasculaire de l'encéphale.

7° Colrat, 1929. Crises jacksoniennes. Pas d'envahissement cérébral. Infiltration de la dure-mère.

Ajoutons pour être complet le cas de Ziegle cité par Hecker et Fischer sur l'étude clinique duquel aucun renseignement n'est donné, mais où l'on sait qu'existait une métastase dans un lobe frontal.

Retenant les huit cas d'épilepsie que nous connaissons, les sept trouvés dans la littérature et le nôtre, nous pouvons conclure que l'épilepsie s'est toujours manifestée tardivement. Elle fut trois fois la cause de la mort, qui succéda en particulier à des crises subintrantes chez les malades de Hecker et Fischer, de Ginsburg et Colrat.

En ce qui concerne le type de la crise, nous notons des crises jacksoniennes dans deux cas, et dans deux autres cas des crises constituées par des spasmes des masticateurs. Ailleurs, les crises ont été des crises convulsives généralisées. Notre observation seule a présenté, outre les crises convulsives, des absences indubitablement épileptiques.

Dans les trois cas dont l'*étude anatomo-pathologique* a pu être pratiquée, deux ordres de lésions ont été observées.

Dans un cas de Colrat il ne s'agissait que d'infiltration de la dure-mère, sans envahissement de l'encéphale.

Dans le cas de Hecker et Fischer, et dans l'autre cas de Colrat, il y avait des métastases de tissu granulomateux. La situation périvasculaire des tumeurs du centre ovale du cas de Hecker et Fischer est une preuve qu'il s'agit bien de métastases et non de tumeurs développées sur place.

Ce sont encore des métastases que l'on rencontre dans les observations sans épilepsie : deux fois dans la pars posterior de l'hypophyse, une fois dans l'hémisphère gauche. Dans les autres cas, il s'est agi, comme au niveau de la moelle, de tumeurs méningées ou osseuses.

Compare-t-on les lésions cérébrales aux médullaires, on constate que les métastases intracérébrales sont plus fréquentes que les métastases intramédullaires, tout à fait exceptionnelles.

Sur l'anatomie pathologique de cette question, nous ne pouvons mieux faire que citer Favre, Decheaume et Croizat : « Comment le névraxe peut-il être atteint par le granulome ? Encéphale et moelle sont entourées d'un système d'enveloppes de nature mésenchymateuse : canal osseux et méninge dure. Protégés par la texture solide de ces enveloppes, ils sont menacées par la structure conjonctive de ces dernières qui favorisera le développement du granulome. Le système nerveux souffrira des néoformations développées en dehors de lui, à son voisinage, ce sont là des lésions non-spécifiques. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. » Il s'agit d'envahissement du tissu osseux, de la dure-mère, de lésions de compression du névraxe, ou encore de lésions toxiques du névraxe.

« Dans des cas exceptionnels, continuent les auteurs, le granulome franchit la défense de la méninge dure, infiltre les méninges molles et le tissu nerveux lui-même : ce sont alors les lésions nerveuses spécifiques de la granulomatose maligne ». L'étude des rares cas observés, en particulier celle de l'observation de Colrat, ont amené ces auteurs à conclure à l'existence d'éléments néoformés, de cellules de Sternberg, étalées en nappe dans les travées conjonctives qui limitent les espaces sous-arachnoïdiens ; puis, à un épaississement de la couche névroglique superficielle, au contact du granulome méningé. Au point de pénétration des vaisseaux les éléments mésenchymateux se modifient ; une gangue granulomateuse sertit la partie externe des tuniques musculaires des vaisseaux. Le reste se trouve dans les formations conjonctives périvasculaires. Il infiltre ainsi par continuité les couches nerveuses superficielles, partant des méninges molles.

Dans l'observation de Hecker et Fischer, la continuité ne

joue plus. Les méninges, les ventricules sont intacts. Il s'agit de « foyers vraiment métastatiques, centrés par un vaisseau ».

Un problème se pose au sujet de la provenance sur place du granulome à partir des éléments locaux du système nerveux. S'il ne peut se développer aux dépens des cellules ganglionnaires ou des cellules névrogliques, qui sont d'origine neuro-ectodermique, il pourrait naître à partir de la mésoglie, dont l'origine mésenchymateuse est admise par la plupart des auteurs. Aucun document anatomo-clinique ne permet de conclure que le granulome puisse se développer primitivement dans le névraxe. « Il est toujours secondaire à une autre localisation granulomateuse . »

Si les granulomes situés dans le névraxe (hors ceux par continuité) sont vraiment métastatiques, on comprend qu'ils soient plus fréquents dans l'encéphale richement vascularisé que dans la moelle.

Rappelons pour terminer cette étude que l'action favorable de la *radiothérapie* sur le tissu granulomateux se retrouve pour les métastases intracrâniennes, comme pour les localisations médullaires. Dans les trois cas où elle a été faite, les deux malades de Ginsburg et celui de Desbuquois, elle a déterminé une amélioration passagère, un arrêt momentané des symptômes existants. La neuro-chirurgie est dans ces cas sans aucune valeur.

De ce qui précède, retenons que l'épilepsie n'offre au cours de la maladie de Hodgkin qu'un intérêt d'arrière-plan ou de curiosité.

Les crises sont en effet tardives ; elles ne se manifestent qu'une fois la maladie reconnue cliniquement ou biologiquement, et ne font qu'ajouter une note de plus à un syndrome déjà diagnostiqué. Elles comportent les réactions cliniques propres à toutes les épilepsies et leur éventuelle gravité. Elles ne présentent pas de caractéristiques personnelles.

Elles ont par ailleurs l'avantage de poser la question des déterminations cranio-cérébrales de la maladie de Hodgkin. A s'en tenir aux observations connues, elles ont été notées 7 fois sur 20 cas de complications granulomateuses de cet ordre. Elles contribuent à mettre en relief la rareté relative de ces dernières et à montrer qu'elles consistent en manifestations métastatiques.

BIBLIOGRAPHIE

Askanazy. — Knochenmark. *Handbuch d. Path. Anat.*, p. 506, 1927.

Barker Lewellys. — Severe acute meningo-encéphalopathy of lymphogranulomatose origin occuring in the course of Hodgkin's disease. *Arch. of Neuro*, 32, 1038, 1934.

Béclère. — Notes sur la participation du squelette aux localisations de la granulomatose maligne. Soc. méd. hôp. Paris, juin 1924.

Champenois. — Les accidents nerveux au cours de la maladie de Hodgkin. *Th. Paris*, 1929.

Chevallier et Bernard. — La lymphogranulomatose maligne Paris, 1931.

Colrat. — L'adénie éosinophilique prurigène. *Th. Lyon*, 1929.

Desbuquois. — Sur un cas de lymphogranulomatose maligne compliquée de diabète insipide. Soc. méd. hôp., 18 octobre 1935.

Eugenis. — Les manifestations cérébro-médullaires de l'adénie éosinophilique prurigène. *Th. Lyon*, 1929, no 288.

Favre, Dechaume et Croizat. — Les formes nerveuses de la granulomatose maligne. *Journ. méd. Lyon*, 20 décembre 1931.

Ginsburg Salomon. — Hodgkin's disease with predominant localization in the nervous system ; early diagnostis and radiotherapy. *Arch. of intern. med.*, 39, 571, 1927.

Hecker et Fischer. — Zur Kenntnis der Lymphogranulomatose. *Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 48, 482, 1922.

Jordan, Schamschim et Staroff. — Schwierigkeiten bei der diagnose des Hodgkinschen Krankheit. *Dermat. Wochr.*, 1931, 1361.

Murchinson et Sanderson : Case of lymphadenoma of the lymphatic system, spleen, liver, burgs, heart, diaphragm, dura mater, etc. *Transact of the Path. soc. London*, 1870, 372.

Roger et Olmer. — Les syndromes neuro-hématiques. Paris, 1936.

Rufnagel et Jonesco. — *Bull. Soc. dermato et syphiligraphie*, 11 mars 1926.

Schaeffer et Horowitz. — Les accidents nerveux de la maladie de Sternberg. *Presse Méd.*, 22 mars 1930.

Sternberg. — Die Lymphogranulomatose. *Klinische Wochensch*, IV, 529, 1925.

Suckling. — Lymphadenosis with multiple grow from the dura mater. *The Lancet*, 1885, I, 246.

Welch. — A tumor of the neck, schouring unusual histological Features. *Proceed New-York Path. Soc.*, 1910.

(*Clinique médicale* **A**, *Strasbourg*).

CLINIQUE MÉDICALE

Complications pulmonaires du diabète sucré[1]

Par **R. BOULIN**
Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux

Le temps n'est plus où le coma acido-cétosique revendiquait à lui seul près de 60 % de la mortalité globale du diabète sucré. Depuis que nous savons mieux équilibrer, dans les régimes que nous prescrivons, les aliments cétogènes et les aliments anticétogènes, depuis surtout la découverte de l'insuline, la mortalité due au coma est tombée à 20 %.

Néanmoins quand on confronte la longévité moyenne d'un diabétique avant et après la découverte de l'insuline on est surpris de constater que, malgré une augmentation indubitable, elle est encore bien réduite : elle n'est passée, en effet, que de cinq à dix ans (Joslin).

Si les diabétiques meurent ainsi précocement, dans un nombre important de cas, malgré la raréfaction du coma acido-cétosique, c'est que des complications qui n'avaient pas autrefois le temps de se développer prennent maintenant peu à peu une place prépondérante.

Parmi ces complications, il faut placer au premier plan les complications pulmonaires et surtout la tuberculose pulmonaire.

***

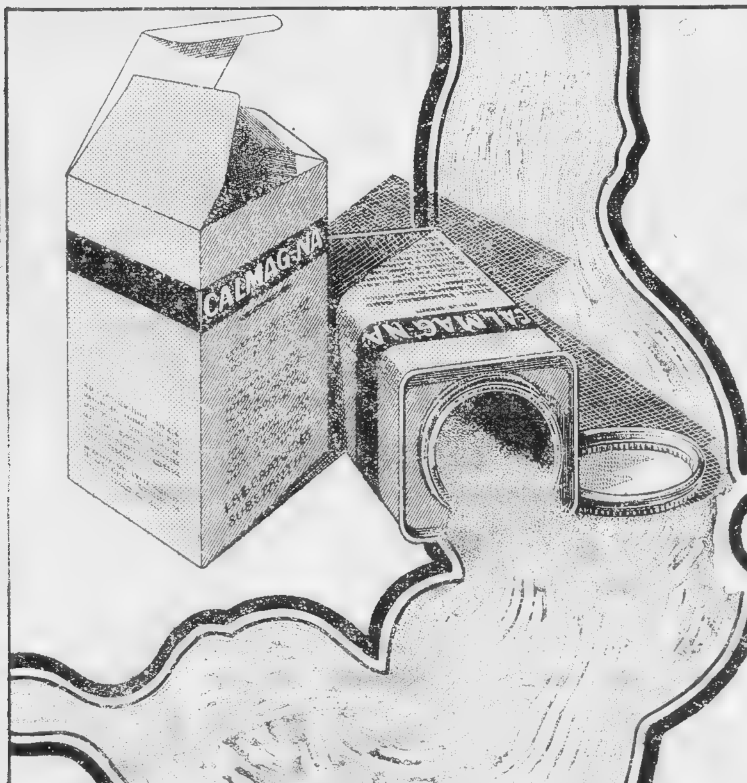
La tuberculose pulmonaire est sans aucun doute dans notre pays la complication capitale du diabète sucré. Depuis 1923, en collaboration avec M. Labbé et Justin-Besançon nous avons étudié cette question dans de multiples publications ; l'un de nos élèves et amis, Thiéry, y a consacré une thèse excellente dont nous utiliserons les statistiques.

La fréquence de la tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré est véritablement impressionnante. Lépine signalait déjà qu'elle était responsable de la mort de 50 % des diabétiques ; Thiéry accepte le chiffre très voisin de 40 %.

Fait regrettable, la France a le privilège de venir à ce point de vue en tête de toutes les statistiques : au Japon en effet la mortalité n'est que de 15 %, en Allemagne de 10 % et en Amérique elle tombe à 6 %.

Il est probable que la fréquence particulière de la tuberculose chez les diabétiques dans notre pays tient sur-

(1) Leçon du 19 décembre, service du Professeur Clerc.



CALMAG-NA
CALMAG-NA

tout à l'insuffisance de la prophylaxie antituberculeuse : il n'y a pas tellement longtemps que dans les salles d'hôpital voisinaient les diabétiques et les tuberculeux. Il est vraisemblable également qu'il faut tenir compte de l'indiscipline du Français, de la répugnance qu'il éprouve à se soumettre à des régimes stricts, et par suite à se désucrer ; or il n'est pas douteux que l'hyperglycémie habituelle est un facteur capital de tuberculisation.

Il est à noter que les chiffres que nous venons de donner représentent des statistiques globales. Diverses modalités méritent qu'on y apporte des corrections.

C'est ainsi tout d'abord, que la plupart de ces chiffres ont trait à des malades d'hôpitaux où la contagion est plus fréquente. Chez les malades de ville, Lépine indiquait déjà que la mortalité due à la tuberculose était moitié moindre.

Elle est de la même façon et pour des raisons analogues, plus fréquente chez les malades pauvres que chez les malades riches, plus rare à la campagne qu'à la ville.

L'âge où on la rencontre de préférence est celui où, d'une manière générale, la tuberculose pulmonaire sévit plus particulièrement, c'est-à-dire entre 20 et 30 ans ; elle est beaucoup plus rare dans l'enfance et dans la vieillesse ; néanmoins nous avons rencontré plusieurs cas de tuberculose développée chez des diabétiques qui avaient largement dépassé la soixantaine.

Le type de diabète intervient indiscutablement ; c'est ainsi que dans le diabète avec acido-cétose la tuberculose revendique 60 % de la mortalité. Cette proportion tombe à 30 % dans le diabète sans acido-cétose.

On peut se demander pourquoi la tuberculose pulmonaire apparaît tellement fréquente chez les diabétiques. Bien des hypothèses ont été formulées.

On a incriminé la présence de sucre dans les tissus comme favorisant la culture du bacille de Koch.

On s'est demandé si le pancréas ne jouerait pas un rôle dans l'élaboration des anticorps antituberculeux (Auclair), et si sa diminution fonctionnelle ne réduirait pas, par cela même, la défense de l'organisme contre la tuberculose.

On a incriminé aussi la déminéralisation, la dénutrition azotée observée au cours des diabètes avec acido-cétose.

Toutes ces hypothèses et bien d'autres n'échappent pas à la critique.

Notre impression personnelle est qu'en réalité la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques est due à une fragilité locale, tissulaire des poumons. Ceux-ci se défendent mal à l'égard du bacille de Koch, de la même façon que tous les tissus de l'organisme du diabétique se défendent mal à l'égard de tous les microbes quels qu'ils soient. La fréquence de la tuberculose pulmonaire n'a pas d'autre raison que la fréquence chez ces mêmes malades des furoncles, des anthrax. Le poumon se défend mal contre les bacilles de Koch qui végètent depuis l'enfance dans les ganglions trachéo-bronchiques comme les téguments se défendent mal contre les staphylocoques qui végètent à la surface de la peau et dans la terminaison des canalicules glandulaires. La cause de cette fragilité tissulaire est mal connue, mais il est probable qu'elle doit résider dans l'hyperglycémie.

Indépendamment de cette fragilité tissulaire, il faut faire jouer un rôle à l'hypo-allergie qui est la règle chez les diabétiques. Si, comme nous l'avons fait, l'on pratique en effet chez ces malades la cuti-réaction, on ne trouve de réaction positive que dans un cinquième des cas seulement. Chez les autres la réaction n'est que très faiblement positive.

Cette hypo-allergie des diabétiques est très comparable à celle que Noël Fiessinger a décrit chez les cirrhotiques.

***

Dans l'immense majorité des cas, c'est le diabète qui devance la tuberculose, et la tuberculose apparaît de toute évidence comme une complication du diabète.

Dans quelques cas exceptionnels cependant, c'est la tuberculose qui est la première en date : tantôt il s'agit d'une tuberculose ancienne, parfois déjà cicatrisée lorsque le diabète fait son apparition, tantôt c'est dans une tuberculose récente, en pleine évolution, que la glycosurie diabétique s'installe. L'éventualité de tels faits a pu faire discuter l'origine tuberculeuse du diabète, à la faveur peut-être d'une pancréatite tuberculeuse

En réalité cette hypothèse ne paraît guère soutenable, car si tant est que la tuberculose puisse être génératrice de diabète, l'apparition du diabète chez les tuberculeux devrait être fréquente ; or, tout au contraire, elle est rarissime. Il est très probable que tantôt il s'agit d'une simple coïncidence, tantôt le diabète a été déclenché par une suralimentation excessive que l'on croyait favorable à la tuberculose, tantôt enfin le diabète au début a passé inaperçu.

Le laps de temps de diabète au bout duquel s'installe la tuberculose est extrêmement variable.

Comme l'a bien montré Thiéry, il varie, suivant qu'il s'agit d'un diabète avec ou sans acido-cétose.

Dans les diabètes sans acido-cétose, il faut en règle générale de longues années de glycosurie pour que la tuberculose survienne et le danger croît d'autant plus que le malade avance en âge.

Dans les diabètes avec acido-cétose au contraire, il est très fréquent de voir la tuberculose pulmonaire survenir très vite, au bout de quelques mois de glycosurie par exemple.

***

L'aspect clinique de la tuberculose pulmonaire des diabétiques a pendant longtemps été résumé dans la formule de Pidoux : tuberculose froide, sèche et sans réaction. Cet auteur voulait dire par là qu'elle ne s'accompagnait pas de fièvre ni d'expectoration, que son allure était insidieuse et que souvent elle demeurait latente.

D'autres auteurs, poussant plus loin la chose, ont imaginé l'existence chez les diabétiques d'une tuberculose floride.

Il est vraiment regrettable qu'une conception aussi contraire à la réalité des faits, ait cours dans beaucoup d'articles consacrés au diabète.

Il est absolument faux que la tuberculose ait, chez les diabétiques une allure insidieuse, et moins vrai encore qu'elle soit latente ; elle ne passe inaperçue que si le malade est insuffisamment observé.

Elle se traduit en effet tout d'abord par un signe capital et toujours présent qui est un amaigrissement énorme. Quand on voit un diabétique perdre en quelques mois 10 à 15 kilogrammes il y a bien des chances qu'il soit tuberculeux. Il est rare que le diabète seul, non compliqué de tuberculose, entraîne une fonte aussi massive et aussi rapide. Aussi bien dans le cas de diabète isolé, l'amaigrissement cesse-t-il immédiatement, dès que la glycosurie et l'acétonurie ont disparu et qu'un régime suffisant a été prescrit. Par contre, dans le cas de diabète compliqué de tuberculose pulmonaire, malgré l'abolition de la glycosurie et de l'acétonurie, malgré la prescription d'un régime suffisamment riche en calories, le malade continue à maigrir.

L'amaigrissement est le signe capital de la tuberculose des diabétiques, aussi tout diabétique doit-il être pesé tous les huit jours.

Un autre signe de premier ordre, c'est la fièvre : contrairement en effet, à l'affirmation de Pidoux, la fièvre est la règle dans la tuberculose pulmonaire des diabétiques : Thiéry la signale dans 88 % des cas, ce qui n'est pas, peut-être, très différent du pourcentage observé chez les tuberculeux non diabétiques. Sa valeur séméiologique est d'autant plus grande que les diabétiques ont en général une température plutôt basse. Cette fièvre est très irrégulière :

tantôt la température ne dépasse guère 38° ; tantôt elle atteint 39° ; 40°, avec des oscillations très importantes d'un jour à l'autre.

La toux, l'expectoration, offrent les mêmes caractères que chez les autres tuberculeux.

Les hémoptysies sont assez rares ; on ne les observe en effet que dans 17 % des cas (Thiéry). D'après Leyden cette rareté serait due à l'existence d'artérite pulmonaire oblitérante.

En réalité aucun de ces caractères n'individualise bien nettement la tuberculose pulmonaire des diabétiques. Beaucoup plus remarquable est la séméiologie physique de cette complication. Comme nous y avons insisté en effet depuis longtemps, le caractère clinique capital dans la pratique de la tuberculose des diabétiques, c'est dans la majorité des cas et pendant longtemps de ne s'accompagner d'aucun signe physique : ni à la palpation, ni à la percussion, ni à l'auscultation, aucun signe anormal n'apparaît, malgré qu'il y ait des lésions importantes.

Ce caractère négatif n'est pas particulier à la tuberculose pulmonaire des diabétiques, mais il n'est pas douteux que chez eux il est particulièrement fréquent.

Cette latence physique de la tuberculose pulmonaire des diabétiques est due très certainement au siège de développement initial des lésions. A l'origine, en effet, les lésions se développent très profondément, au voisinage du hile ; ce n'est que secondairement que, s'étendant excentriquement, elles gagnent l'écorce et deviennent ainsi accessibles à l'oreille.

Cette notion a pour conséquence la nécessité absolue dans la pratique, de radiographier les diabétiques au moindre soupçon, et mieux, de les radiographier systématiquement.

La radiographie démontre l'existence de lésions développées presque toujours entre le hile et la clavicule, plus près du hile que de la clavicule et dans près de la moitié des cas excavées et déjà bilatérales.

Ces deux derniers caractères ont, on le conçoit, une importance capitale du point de vue thérapeutique.

L'expectoration a été considérée pendant longtemps comme ne renfermant que rarement des bacilles de Koch. A l'époque où nous n'avions pas encore vérifié les choses nous-même, nous avions cru pouvoir expliquer ce phénomène en invoquant une fragilité particulière du tissu pulmonaire qu'une minime quantité de bacilles suffisaient à caséifier largement. Déjà Péronne s'élevait dans sa thèse contre cette notion. Depuis que nous avons fait pratiquer un grand nombre de bacilloscopie chez les diabétiques tuberculeux, nous ne pensons plus qu'il y ait, à ce point de vue, de différence entre eux et les autres tuberculeux, et leur expectoration nous a paru très habituellement bacillifère : Thiéry note 80 % de résultats positifs.

Quant à la fréquence particulière chez eux de l'albuminurie, c'est certainement une erreur d'interprétation : l'albumine est extrêmement banale chez les diabétiques, qu'ils soient ou non tuberculeux.

Ce n'est pas en tout cas la présence d'albumine dans les urines d'un diabétique qui doit inciter à redouter la tuberculose.

Très particulière est l'évolution de cette tuberculose pulmonaire. Si dans quelques cas infiniment exceptionnels, elle est susceptible, même en l'absence de tout traitement, d'évoluer vers une guérison définitive, dans la règle, lorsqu'une thérapeutique adéquate n'est pas d'emblée instaurée, elle progresse avec une inéluctable rapidité et aboutit à la mort en moins d'un an. La mort survient par cachexie tuberculeuse, ou coma diabétique.

Fait très curieux, il est tout à fait exceptionnel de voir survenir des localisations extra-pulmonaires de l'infection. La méningite tuberculeuse est rarissime, et nous n'en connaissons qu'un exemple ; de même l'atteinte du tube digestif, du squelette, des épididymes, du larynx. La plèvre elle-même n'est que rarement intéressée.

Tel est l'aspect ordinaire de la forme banale de la tuberculose du diabétique. Les autres formes sont beaucoup plus rares :

la granulie,
la broncho-pneumonie et la pneumonie caséeuse rapidement mortelles,
les cortico-pleurites, les pleurésies plus bénignes,
le pneumothorax spontané, très redoutable,
la tuberculose fibreuse, beaucoup moins sévère, mais qui présente une tendance plus marquée que chez les autres sujets à se caséifier.

***

Un des caractères curieux de la tuberculose pulmonaire des diabétiques c'est l'influence qu'elle exerce sur le diabète.

Jadis cette influence était bizarrement appréciée ; on croyait en effet que la tuberculose améliorait le diabète, et on se basait pour soutenir cette opinion sur la disparition possible du sucre et des corps acétoniques chez les diabétiques qui devenaient tuberculeux.

Pour expliquer ce fait paradoxal, Erik Lundberg avait envisagé le développement dans les tissus tuberculeux d'une substance hypoglycémiante, la para-insuline, dont il avait cru démontrer l'existence par l'injection à l'animal d'extrait de poumons.

Cette opinion est en contradiction absolue avec tous les faits que nous avons observés : dans la règle, en effet, la survenue de tuberculose pulmonaire aggrave le diabète sucré, diminue la tolérance hydrocarbonée, accroît la glycosurie, fait apparaître ou exagère l'acidocétose, et augmente les besoins d'insuline.

Si certains auteurs ont pu penser que la tuberculose pulmonaire améliorait le diabète en réduisant la glycosurie et en accroissant la tolérance hydrocarbonée, c'est tout simplement qu'ils se sont trouvés en présence de malades qui du fait de la tuberculose perdaient leur bel appétit et s'alimentaient moins copieusement ou vomissaient ce qu'ils ingéraient. Or il n'est plus à démontrer que la restriction alimentaire améliore la tolérance hydrocarbonée.

La même explication vaut pour la réduction de l'acidocétose provoquée par la tuberculisation.

En réalité, quand ces malades sont maintenus à leur régime alimentaire antérieur, il n'est pas difficile de constater que le diabète s'est aggravé.

Cette aggravation est telle que dans la majorité des cas, comme nous l'avons montré, elle provoque une poussée d'acidose, et même il n'est pas rare qu'à la faveur de cette poussée d'acidose, s'installe un état précomateux (40 % des cas d'après Thiéry). Nous considérons la tuberculose comme une des grandes causes du coma diabétique et à moins d'un facteur occasionnel évident (sevrage insulinique, etc.), nous faisons radiographier systématiquement tout diabétique tombé dans le coma une fois dissipés les accidents menaçants de l'acidocétose.

Il est probable que les auteurs qui ont publié jadis des observations de tuberculose pulmonaire consécutive au coma diabétique ont eu affaire en réalité à des cas de coma diabétique provoqué par une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire.

Il n'est en aucune façon étonnant que la tuberculose pulmonaire aggrave le diabète puisque toutes les infections retentissent fâcheusement sur la fonction glycorégulatrice et c'est l'inverse qui serait paradoxal.

***

La gravité de la tuberculose pulmonaire des diabétiques abandonnée à elle-même explique l'intérêt qui s'attache à la thérapeutique. Il faut avouer que cette thérapeutique ne donne encore que de bien médiocres satisfactions. Voici néanmoins ce que les recherches que nous avons entreprises avec Marcel Labbé et Justin-Besançon nous ont permis de conclure.

Tout d'abord il y a indiscutablement un intérêt majeur à traiter énergiquement l'état diabétique de ces malades : s'ils sont devenus tuberculeux, c'est parce qu'ils étaient diabétiques ; il faut donc modifier le terrain et l'on peut dire que la tuberculose des diabétiques est une des rares tuberculoses où nous ayons cette faculté.

Le traitement de l'état diabétique est en pareil cas assez délicat. Il faut réduire la glycosurie, supprimer l'acidocétose, ramener le malade à un poids normal pour sa taille et l'y maintenir.

Ceci comporte tout d'abord la prescription d'un régime bien équilibré plus riche que celui que l'on ordonne à des diabétiques non tuberculeux (car il faut tenir compte du facteur d'amaigrissement que constitue la tuberculose) mais non surabondant : si la suralimentation n'est pas en effet une bonne méthode thérapeutique chez les tuberculeux non diabétiques, elle s'avère tout à fait désastreuse chez les diabétiques tuberculeux en provoquant une aggravation rapide de l'état diabétique.

Le régime comporte nécessairement l'association d'insuline. L'insuline doit être systématiquement administrée à tout diabétique tuberculeux. Nous avons vu en effet que du fait de l'association tuberculeuse la ration doit être plus forte que chez un diabétique non tuberculeux ; comme d'autre part l'association tuberculeuse réduit la tolérance hydrocarbonée du malade, il est nécessaire pour le désucrer de l'aider avec l'insuline.

Cette hormone est malheureusement chez ces malades d'un maniement assez délicat ; on est obligé en effet assez souvent, d'atteindre des taux assez élevés, de l'ordre de 80 unités, 100 unités par jour ; comme d'autre part il est fréquent que chez les tuberculeux les surrénales ne soient pas intactes, les accidents d'hyperinsulinisme sont fréquents.

Parfois, mais rarement, l'insulinothérapie coïncide avec la production d'hémoptysies.

Certains auteurs sont allés plus loin et, à la suite de Blum et Schwab, ont admis que l'insuline pouvait être néfaste chez les diabétiques tuberculeux et favoriser l'apparition de poussées évolutives de la maladie. Avec Marcel Labbé et Bith nous nous sommes élevés contre cette manière de voir et nous avons soutenu tout au contraire que l'insuline avait en pareil cas une action très favorable. Cette opinion est admise à l'heure actuelle par tout le monde.

En outre du traitement du diabète, il convient d'agir sur le foyer tuberculeux lui-même.

Dans cette ordre d'idée, les cures sanatoriales, climatothérapiques, sont indiscutablement d'un bon appoint, mais leur efficacité n'est pas suffisante pour qu'elles puissent former la base de la thérapeutique.

L'aurothérapie ne donne que de mauvais résultats chez des sujets dont, par ailleurs, le foie et les reins n'ont pas une intégrité suffisante pour qu'il soit permis de les astreindre à une intoxication médicamenteuse de cet ordre (Villaret et Justin-Besançon).

En réalité, le seul traitement qui nous ait paru donner de bons résultats, c'est la collapsothérapie, sous la forme surtout de pneumothorax artificiel.

Forlanini lui-même avait tracé la route en le tentant chez un tuberculeux diabétique, mais cet exemple n'avait guère été suivi, pour la raison que la tuberculose des diabétiques étant le plus souvent bilatérale d'emblée, le pneumothorax unilatéral s'avérait insuffisant.

D'autre part, quand fut mis en pratique le pneumothorax bilatéral les auteurs n'osèrent guère l'entreprendre chez les diabétiques, dont le cœur ne paraissait pas permettre pareille initiative.

La gravité extrême et l'évolution rapide de la tuberculose des diabétiques abandonnée à elle-même nous a paru au contraire justifier toutes les audaces, et nous avons pratiqué chez ces malades des pneumothorax bilatéraux simultanés ou alternés. Nous n'avons eu aucun accident à déplorer ; les incidents (épanchements, etc.) sont ceux que l'on observe dans les tuberculoses des sujets non diabétiques. Le cœur de ces malades, en particulier, n'a pas paru s'en mal accommoder. Les résultats ont été assez favorables ; alors, en effet, qu'abandonnée à elle-même, la tuberculose des diabétiques aboutit à la mort en moins d'un an, le pneumothorax artificiel réalise une survie dépassant ce délai dans un tiers des cas environ, et pouvant atteindre cinq ou six ans. Si la collapsothérapie ne donne pas des résultats aussi remarquables que dans la tuberculose des autres sujets, elle constitue néanmoins un indiscutable progrès sur l'abstention.

Nous n'avons utilisé la phrénicectomie que dans un nombre de cas trop restreint pour qu'il nous soit permis de nous faire une opinion. Quant à la thoracoplastie, nous ne connaissons qu'un seul cas où elle ait été mise en pratique, d'ailleurs avec un plein succès, et qui est dû à Marcel Labbé.

Nous sommes donc mieux armés que nous ne l'étions jadis contre la tuberculose des diabétiques. Elle demeure néanmoins la complication la plus grave, la plus meurtrière du diabète ; aussi est-il nécessaire de mettre en action toutes les mesures prophylactiques possibles. On enseignera au malade à se préserver de la contagion, à s'écarter des tousseurs. On veillera à ne pas placer à proximité l'un de l'autre, dans les salles d'hôpital, le diabétique et le tuberculeux. On pratiquera systématiquement et fréquemment des radiographies pulmonaires chez tous les diabétiques. Peut être ainsi arrivera-t-on à dépister les lésions assez tôt pour que la guérison devienne plus fréquente.

***

A côté de la tuberculose, les autres complications pulmonaires du diabète n'occupent qu'une place de second plan.

Certaines, telles que l'asthme, l'emphysème, les scléroses pulmonaires ne constituent que des coïncidences.

D'autres, telles que les trachéo-bronchites chroniques, constituent de véritables complications du diabète car elles représentent des infections chroniques installées à la faveur de l'hyperglycémie et obéissent d'ailleurs aux mêmes variations que cette dernière. Leur pronostic est très bénin.

Les broncho-pneumonies et les pneumonies des diabétiques ont une réputation plus sévère et tout le monde connaît la description de la pneumonie foudroyante de Bouchardat, avec sa température peu élevée, sa dyspnée intense et l'évolution rapide vers la mort par asphyxie, acidose ou insuffisance cardiaque. En réalité cette description ne s'applique guère qu'à la pneumonie qui survient chez des diabétiques mal soignés, abondamment glycosuriques. On ne la rencontre plus guère de nos jours. Pour notre compte personnel, si nous n'avons pas observé beaucoup de pneumonies chez les diabétiques (car cette affection est rare chez eux) nous n'avons pas enregistré un seul décès. Il faut avoir soin seulement de pratiquer quotidiennement chez eux la réaction de Gehrardt et de leur administrer les doses d'insuline nécessaires à l'abolir, car l'acidose est habituelle chez eux ainsi que l'insulino-résistance. Il semble qu'en Amérique le pronostic de cette complication soit plus sévère qu'en France, car Joslin lui attribue 10 % de la mortalité totale du diabète.

La gangrène pulmonaire enfin est exceptionnelle malgré que Windle déclare la rencontrer une fois sur cent autopsies, ce qui nous paraît exagéré. Sur quelques 4.000 cas de diabète, nous ne l'avons en effet observé que deux fois.

Elle peut être primitive. D'autres fois et plus souvent elle serait secondaire. Ces gangrènes secondaires pourraient être consécutives à une gangrène des membres ; cette éventualité, pour classique qu'elle soit, doit être bien rare car nous n'en connaissons pas une seule observation ; aussi bien la gangrène diabétique des membres

n'est-elle aucunement en relation avec le développement d'anaérobies, puisqu'elle relève ordinairement d'un processus d'ischémie artéritique associé à une infection par des pyogènes banaux. D'autres fois ces gangrènes secondaires succèdent à des pneumopathies antérieures : pneumonie, broncho-pneumonie et surtout tuberculose pulmonaire ; il est effectif que les deux cas de gangrène pulmonaire que nous avons observés s'étaient développés chez des diabétiques tuberculeux.

Le tableau clinique réalisé peut être celui de la gangrène aiguë, avec évolution rapide vers la mort, par infection, acidose, insuffisance cardiaque. On a beaucoup insisté sur l'abondance des hémoptysies, et sur l'absence ou la discrétion ou le caractère éphémère de la fétidité de l'haleine ; on a attribué ce caractère négatif à la présence de sucre dans les tissus pulmonaires, soit que cette substance gêne la pullulation des anaérobies (Ramond), soit que les anaérobies s'attaquent au sucre de préférence aux albumines (Kuhn).

Nous devons reconnaître que dans les deux cas que nous avons observés, la fétidité était extrême et ne s'est démentie à aucun moment.

D'autres fois la gangrène évolue suivant le mode subaigu et serait alors susceptible de guérison.

Citons pour terminer l'abcès du poumon dont Etienne et Lonyot ont rapporté un cas, guéri après intervention chirurgicale, et les exceptionnelles mycoses pulmonaires.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine [1]

Par Pr. MERKLEN

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

V. L'enseignement secondaire

La question du grec

Force est de consacrer quelques pages à l'enseignement secondaire.

Nombreux sont les médecins de ma génération pour sentir qu'il n'est plus ce qu'il fut. D'une schématique simplicité il y a quelque quarante ans, lettres ou sciences, il était très convenable dans ses résultats. Depuis lors, on l'a trituré au point de le rendre méconnaissable. Nous avons tous entendu des doléances trop motivées, hélas ! Un Universitaire en vue, justement apprécié, me disait que l'enseignement secondaire, après avoir été l'honneur de nos programmes d'instruction, est en train de sombrer.

Où donc blesse le bât ? Toujours au même endroit. On se comporte comme si on croyait ne rien devoir épargner aux élèves de tous les progrès de ces dernières années. Aussi leur met-on les bouchées doubles, bonne manière de les plonger en pleine indigestion.

(1) Voir *Progrès médical*, 2, 16 et 23 janvier 1937.

Il n'est jusqu'aux fondations, celles sans lesquelles l'édifice de demain ne sera que façade, que je ne vois plus enseignées avec le rigorisme d'antan Car, paraît-il, il faut surtout développer l'esprit d'observation et de jugement. Mille fois oui. Mais auparavant fournissez les matériaux ; et ceux-ci, l'enfant ne les emmagasine sérieusement que par l'automatisme de la mémoire. Il n'y a pas d'autre base à cet âge. Dans le temps passé l'enfant apprenait les départements avec préfectures et sous-préfectures, qu'il enregistrait malgré tout ; cela fait sourire aujourd'hui. Au moins, plus tard, mis devant une carte il localisait en bonne place les noms bien fixés dans sa mémoire, et l'harmonie s'établissait dans son esprit. Mais pourquoi parler d'harmonie lorsque le but est l'entassement ?

Toutes les questions de cet ordre ont leur reflet dans les modalités du baccalauréat. Ce dernier est actuellement dominé par l'expansion scientifique considérable de ces cinquante dernières années. Il était impossible d'y rester insensible. Le début des réformes fut marqué par la fameuse enquête de 1902 : après certaines tergiversations on a abouti au régime du décret Herriot de 1928, divisant la première partie du baccalauréat en trois séries. Celles-ci comportent chacune des épreuves assez poussées de mathémathiques et de physique, soit écrites soit orales. En outre dans la série A ces épreuves s'ajoutent à des compositions françaises, latines et grecques, ce qui signifie en réalité que cette série A associe des deux anciens bachots lettres et sciences ; dans la série A' même surcharge avec remplacement du grec par une langue vivante ; dans la série B encore même excès avec, au lieu du grec et du latin, deux langues vivantes. Les deux sections de la deuxième partie concernent la philosophie et les mathémathiques.

Les médecins ont quelque droit à demander que les étudiants entrent dans les Facultés armés de notions littéraires et scientifiques à la fois sûres et bien classées. Qu'elles soient plus ou moins riches et fournies, c'est d'un intérêt qui ne dépasse pas le second plan.

Qu'est-ce en fait que l'enseignement secondaire ? Il consiste en un ensemble d'acquisitions, échelonnées sur quelques années, tendant à façonner le cerveau en vue de ce tournant de la vie qu'est l'entrée dans l'âge adulte. A-t-il été bien manœuvré, le débutant en médecine choisit une route nette et lissée par un bon goudronnage, avec bas-côtés d'herbages fleuris à bords bien dessinés, avec fossés perceptibles d'emblée, arbres en lignes régulières, tableaux indicateurs faciles à lire et compréhensibles ; il témoigne de son aptitude à voir clair.

Mais c'est aussi là une tendance individuelle. On rencontre des jeunes cerveaux si naturellement lucides qu'ils n'ont qu'un besoin relatif des règles de la scolarité et se régissent eux-mêmes : ils sont rares. A l'opposé d'autres élèves sont d'incurables brouillons : ils sont moins rares. La masse siège entre les deux ; c'est sur elle que le lycée exerce le plus directement son influence. Comme toujours, se conjuguent la personnalité et l'éducation.

On distingue d'emblée parmi les bénévoles ceux qui ont de la méthode : aidés par une propension congénitale, ils offrent l'avantage sur leurs camarades d'avoir appris à travailler durant leurs études secondaires. Ils sont déjà arrivés à une certaine maturité et font montre d'une heureuse culture. Ce seront les meilleurs étudiants.

Pour avoir noté que plusieurs, parmi eux, n'avaient été soumis qu'aux humanités latines, je me suis un jour permis d'avancer qu'on peut devenir un excellent médecin sans avoir passé par le grec. Je ne cesse d'en avoir des exemples sous les yeux. A l'inverse il est des étudiants qui, quoique munis du baccalauréat latin-grec, demeurent dans une faible moyenne.

Certains auteurs m'ont fait l'honneur de me répondre en rappelant les arguments que réclame justement le grec et auxquels je souscris d'autant plus que, voilà près de quarante ans, j'écrivai un article basé sur ces mêmes argu-


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

ments (*Anjou Médical*, janvier 1997, n° 27). Ils prêchaient un convaincu qui n'a pas changé d'opinion et croit toujours à la suprême vertu des humanités intégrales. Celle ci est si forte qu'elle imprègne à leur insu certaines gens, qui ne reconnaissent que plus tard son action. O Dieux, vous avez permis que ma pensée fût façonnée à la lueur de la pensée antique. Sans doute ma jeunesse n'a-t elle pas mesuré l'étendue de votre bienfait ; mais la portion du nectar que vous lui avez consentie a suffi à la marquer de l'empreinte sacrée, comme le lait maternel des premières semaines ménage et affermit l'avenir des nourrissons qui ouvrent leurs bras à la vie.

Sans rien renier de ce qui précède, j'ai dû constater que l'âge et les événement m'ont appris le danger de l'absolu. Il m'est apparu que, pour éclaircir la question du grec, ce n'est pas une tactique suffisante de reprendre les raisons multiples qui militent en faveur de l'affirmative ; car leur valeur est en général reconnue et ne soulève guère d'objections. Je m'en voudrais cependant de ne pas citer entre autres les plaidoiries du Professeur Marfan (Paris, Masson et Cie, 1932), de R. Sabouraud (*Presse Médicale*, 5 et 16 mai 1934), de F. Boulenger (L'Association médicale, février 1935, d'après le *Bulletin* de l'Association Guillaume Budé, octobre 1934), les diverses interventions du Professeur Sergent, le tout présenté avec beaucoup de talent.

A mes yeux le nœud de la discussion est tout autre. Il s'agit de savoir si, depuis que le grec n'est plus obligatoire, on voit les jeunes gens dépourvus de grec se montrer inférieurs à leurs camarades au cours de leurs études médicales et se placer à un étiage cérébral moins élevé. Mes constatations m'obligent à reconnaître qu'il n'en est rien. C'est là le fait en soi, dont je me garderai bien de tirer la moindre règle, convaincu que nous sommes dans l'individuel ; il y a des bons et des mauvais dans les avec et les sans grecs.

Et c'est pourquoi je ne me reconnais pas le courage d'interdire l'accès des Facultés à un garçon sérieux qui lors de son baccalauréat, au lieu du grec, aura choisi une langue vivante pour laquelle il aura senti goût ou facilité.

Quelles seraient en effet les conséquences ? Une injustice tout d'abord. Une brimade ensuite envers les langues vivantes, dont la nécessité se fait fortement sentir. Une faute enfin vis à-vis de la science médicale, qui a tout intérêt à se cultiver par des esprits de formations différentes.

Le parvis du temple s'ouvrirait par contre devant tous les bacheliers de la section latin-grec, même à cérébration inférieure à celle de l'exclus précité. C'est ce que veulent les partisans du grec absolu. Ils le veulent parce qu'ils regardent pour acquis que tout bachelier de grec a nécessairement emmagasiné quelque chose de la grandeur de l'Hellade. Ils jugent en cela avec trop de bienveillance, souvent enclins à apprécier sans s'en rendre compte les autres à leur propre mesure.

« Le grec, écrit le Docteur Bocage dans la *Revue médicale universelle* de juillet-août 1927, tel qu'on l'enseigne pour le baccalauréat ne me paraît pas dépasser le niveau de la majeure partie des connaissances superficielles encyclopédiques dont on donne une teinture à nos lycéens d'aujourd'hui ». Bon nombre de ceux-ci en effet ont digéré le grec, comme autre chose d'ailleurs, sans rien en assimiler ; ils se sont mis au courant de sa grammaire, de sa syntaxe, de ses principaux auteurs ainsi qu'ils l'eussent fait pour toute autre langue. Seuls parmi eux se sont réchauffés à ses rayons ceux dont il a éveillé ou développé le sens littéraire.

Ce sens, on le sait, dépend plus d'une disposition naturelle de notre âme que d'une culture acquise, même étendue. Aussi est-il complexe et subit-il des modifications en fonction de notre vie intérieure. Il atteint l'idée par la forme ; à travers l'harmonie des mots il en perçoit la forme ou la finesse et en devine les incidences. Puisqu'il appartient à notre sensibilité, la souffrance et l'émotion l'élargissent et multiplient son acuité. La médecine se doit de lui rendre hommage ; c'est une garantie solide entre toutes. Elle n'aurait par contre le droit d'accorder le même crédit aux élèves munis d'un grec incompris qu'à condition de ne pas le refuser à ceux dont les études se sont poursuivies sur un mode parallèle.

Il y a certes loin de cet état de choses à l'ancienne orthodoxie, et je suis le premier à souligner l'effort nécessaire aux hommes de ma génération pour s'adapter. La seule façon est de songer que tout évolue autour de nous plus vite que nous-mêmes ; il est vain de résister, et mieux vaut essayer de comprendre, même sans approuver. Le pessimisme n'a pas manqué. Léon Blum, dans un remarquable article du *Bulletin* de l'Association Guillaume Budé de 1926, a même prédit la mort prochaine des humanités en France. Je ne crois pas. Le latin garde toujours toute son autorité et les latinistes constituent le gros du bataillon des bacheliers ; il est déjà fort capable à lui seul de sauver l'humanisme. Et puis où est le mal que cet humanisme soit moins diffusé, s'il reste ancré au cœur de ceux qui savent le sentir pour le transmettre aux générations désireuses à leur tour de savourer le suc fécond de la race ? Par eux il demeurera toujours enraciné au sol de France. A quoi sert qu'il passe par les autres, hors d'état de l'éprouver, évoquant l'eau qui passe sur le marbre ? Ceux-ci réclament des breuvages différents ; pour eux et pour les besoins si complexes de la société ce serait une erreur de les leur marchander. Je ne suis nullement choqué, bien au contraire, de lire sous la plume de P. Vigne (*L'Avenir médical*, septembre-octobre 1932) qu'un médecin de formation moderne puisse faire utilement, sinon brillamment, son métier de guérisseur, ou sous celle de B. Ginsbourg *Le Concours médical*, 19-7-v-33) que l'art de guérir doit mobiliser toutes les énergies, toutes les cultures.

Ce terme de culture est un des plus employés dès qu'on parle d'enseignement ; encore convient-il de préciser la culture en cause. On estime d'ordinaire être assez explicite en ajoutant à culture le qualificatif de générale. Il est plus aisé de prononcer le mot de culture générale que de l'expliquer, bien qu'on ait l'air de s'entendre sur son compte. Est-ce esprit de finesse ? Est-ce faculté de mettre les choses à leurs places ? De pénétrer les rapports des causes et des effets ? De connaître assez de l'essentiel de ce qui est à connaître ? De dominer les problèmes, d'en dresser analyse et synthèse, d'en saisir les relations avec les autres ? Est-ce quelque chose de tout cela ou est-ce tout cela réuni ? Certains diront que l'homme à culture générale a acquis l'aptitude à regarder de plus haut et à voir plus loin, celle de résumer en une juste conception d'ensemble les éléments ressortissant d'une question, celle de dégager des conclusions exemptes d'erreurs et dictées par la pensée d'un cerveau qui sait observer, jauger et déduire. Et ce disant, ils n'ont pas non plus tort. En fait le problème est si large qu'on ne saurait l'envisager qu'en le limitant, et il se limite tout naturellement ici à notre médecine.

Affirmer que le médecin a besoin de culture générale est-ce affirmer aussi que cette culture se montre telle que seule l'étude du grec soit susceptible de l'élaborer ? Sur quels points diffèrent les autres cultures auxquelles le grec n'a pas apporté sa part ? Que représenterait pour la culture grecque le privilège d'une compatibilité exclusive avec l'exercice de la profession médicale et la poursuite de recherches scientifiques ? En quoi consiste l'infériorité des médecins arrivés à leur thèse sans avoir passé par le baccalauréat pourvu de grec ?

A méditer sur ces problèmes qu'on ne saurait traiter à la légère et qui veulent des réponses précises, j'ai acquis la conviction qu'une culture est bonne dès qu'elle façonne le jugement, dès qu'elle s'oppose au raisonnement faux, factice ou forcé, dès qu'elle concourt au développement de cette suprême faculté intellectuelle qu'est

le bon sens. Hors de là le salut est douteux. Mais, pensera-t-on, ce sont là questions d'ordre bien personnel. Naturellement. Et, qu'elle soit avec ou sans grec, une culture ne marque son action qu'à condition d'éveiller des qualités latentes ou de fortifier des qualités reconnues. Comme nous l'avons rappelé plus haut, la primauté est dans l'individuel.

Sur un autre plan soulignons que l'exclusivité du grec obligerait à une véritable volte-face administrative. Les trois séries de baccalauréat sont en effet reconnues de valeur identique. Dans l'exposé des motifs du décret de 1928 précité il est spécifié qu'elles représentent trois types équivalents de culture générale. Si bien que les décrets des 6 et 9 mars 1934 sur la réorganisation des études en vue du doctorat en médecine disent dans l'article 1 de leur titre I que les aspirants doivent produire *le* diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, sans commentaires ni limitations.

Des médecins m'ont expliqué que le grec obligatoire constituerait une arme contre la pléthore. Fort bien ; mais alors la question change de face et ne s'élève pas. Elle ne mérite qu'une seule réponse : « Et pourquoi pas l'hébreu » ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1937

Quelques notions sur le mécanisme de l'hypertrophie prostatique. — ***M. Champy.***

M. Champy montre que l'hypertrophie prostatique dépend, au moins en partie, d'une altération des secrétions internes de la glande génitale ; les divers produits élaborés cessant, avec l'âge, d'être dans la proportion convenable pour maintenir la prostate en état normal. Ceux qui peuvent en provoquer la croissance prennent volontiers la prépondérance. D'où l'idée de traiter l'hypertrophie prostatique par des extraits opothérapiques convenablement choisis.

Cette thérapeutique, essayée par l'auteur en collaboration avec le Docteur Heitz-Boyer, a donné d'excellents résultats cliniques.

Intoxication saturnine par l'eau d'alimentation. — Influence de la désacidification et de la minéralisation sur la dissolution du plomb des canalisations. — ***MM. A. Pelle et Artus*** (de Rennes) insistant à nouveau sur la fréquence de l'intoxication saturnine par les eaux pures d'origine granitique. Ils montrent la variété de ses manifestations (méningites saturnines, anémies pernicieuses) et leur gravité quand elles sont méconnues.

Ils signalent de nombreux accidents saturnins, non seulement en ville mais à la campagne où ils sont insoupçonnés. Ils proviennent de l'utilisation, qui tend à se généraliser, de pompes avec tuyaux de plomb. Ces intoxications menacent de s'étendre encore du fait de la multiplication des adductions et des distributions de l'eau dans de nombreuses agglomérations. Il s'agit d'installations qui font partie des projets de l'équipement national.

Une longue expérimentation leur a permis de se rendre compte que l'action aggressive de l'eau sur le plomb provient : 1° de leur acidité, 2° de leur faible minéralisation.

Les tuyaux de plomb étamés sont attaqués dans les mêmes conditions et ne constituent nullement un moyen de protection.

Ils ont pû vérifier par une observation qui a duré plus de deux ans que la désacidification et la reminéralisation par addition de chaux rendaient ces eaux inoffensives.

Ils ont mis au point une méthode, adoptée par la ville de Rennes d'application facile, peu onéreuse, efficace qui paraît s'imposer pour préserver la population contre des accidents dont la fréquence et la gravité constituent une menace pour la santé publique.

Etude cataphorétique du sérum (points isoélectriques) dans les états hypertensifs chroniques. — ***MM. Gabriel Florence, Antoine Dumas et Daniel Vincent.***

Ultrafiltration du sérum sur bougies imbibées d'acide oléique. — ***M. Delbet.***

Election d'un membre libre. — *Classement des Candidats* : En première ligne : M. TRILLAT.

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique :

MM. ARMAND-DELILLE, GODLEWSKI, JAYLE, KLING, Mme PHISALIX.

Adjoint par l'Académie : M. VALENTINO.

M. TRILLAT est élu par 52 voix, contre 16 à Mme PHISALIX, 14 à M. JAYLE, 4 à M. GODLEWSKI, 3 à M. VALENTINO, 2 à M. ARMAND-DELILLE.

Né à Pont-de-Beauvoisin (Isère) le 14 février 1861, M. Trillat est docteur ès sciences et chef de service des recherches appliquées à l'hygiène à l'Institut Pasteur. C'est à lui qu'on doit la découverte du procédé de fabrication du formol, la mise en évidence des propriétés antiseptiques de l'héxamethylène-tétranine et l'utilisation de la fluoresceine pour l'étude des eaux.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1937

L'Académie de chirurgie tient sa séance publique annuelle dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

Monsieur le président ROUVILLOIS qui a exercé la présidence pour l'année 1936, prononce son discours de départ, la présidence passant pour 1937 à M. A. BAUMGARTNER. Le président sortant se félicite des travaux de la nouvelle Académie et tout particulièrement de l'extension de son recrutement qui lui a permis de s'associer cette année des savants, d'autres disciplines, biologistes, physiologistes, anatomo-pathologistes, etc.

M. A. MARTIN, secrétaire annuel pour 1936, fait selon l'usage, l'exposé des principaux travaux de la compagnie pour l'année 1936.

M. Louis BAZY, secrétaire général, prononce l'éloge du Professeur Robert PROUST, disparu récemment.

L'Académie procède à la distribution de ses prix et remet au Professeur LAMBOTTE, Belge, la médaille Lannelongue, qui n'est attribuée que tous les cinq ans. J. CALVET.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les aortites chroniques

L'aortite chronique semble conditionner un grand nombre d'algies cardiaques, allant des oppressions dyspnéiques douloureuses aux crises typiques de l'angine de poitrine.

En dehors du traitement éventuel de la syphilis causale, M. Saillant (*Gaz. des hôpit.*, 10 novembre 1936) est arrivé peu à peu à délaisser les médications classiques : nitrite d'amyle, trinitrine, porphine, et à donner sa préférence, outre une hygiène stricte, au traitement continu par Caréna (aminopylline pure), médicament vaso-dilatateur électif des artères coronaires.

Il a pu ainsi réaliser une véritable prophylaxie des crises angineuses et oppressives des aortites, ramenant ces malades à une vie presque normale. La vaso-dilatation coronaire, l'effet tonique secondaire de l'aminophylline sur le myocarde expliquant que cette sensation de poids de barre thoracique, si pénible aux cardiaques, s'efface rapidement ; l'aminophylline enlève cette oppression résiduelle chez bien des aortiques qui restent inhélants, même après un traitement tonicardiaque (digitale ou ouabaïne) suffisamment précoce et intensif.

L'auteur prescrit Caréna à la dose de 4 à 8 comprimés par jour.

L'accoutumance est exceptionnelle et cède alors à une interruption de 4 à 5 jours.

Il a essayé aussi l'administration en gouttes par la bouche ou en petits lavements à garder. Par toutes les voies, l'effet a été rapide en raison de l'extrême solubilité de l'aminophylline.

En résumé, crises angineuses, crises oppressives des aortiques chroniques relèvent de la thérapeutique par l'aminophylline, associée, s'il est nécessaire, aux tonicardiaques usuels qu'elle potentialise.

VARIÉTÉS

L'élection de Pasteur à l'Académie de médecine

La mort de Payen survenue le 14 mai 1871 avait laissé, à l'Académie, une place vacante dans la section des associés libres.

Six candidats se présentèrent pour remplir cette vacance : Bertillon, Brochin, Chereau, Leroy de Méricourt, Lhéritier, Pasteur.

Bertillon, déjà candidat antérieurement dans la section d'hygiène, avait à son actif un nombre imposant de travaux sur la statistique, la démographie et l'hygiène ; mais il ne redoutait point la polémique et n'avait pas hésité à en soutenir avec Pidoux, Poggiale sur des questions toujours dangereuses de l'esprit et de l'âme !

Brochin, candidat pour la troisième fois dans cette section des membres libres, avait pour lui les amitiés et les inimitiés que de tout temps s'acquiert un journaliste.

Chéreau, après avoir exercé la médecine, en avait étudié l'histoire, titre qui lui paraissait suffisant pour briguer les suffrages d'une compagnie qui avait compté Daremberg parmi ses membres.

Le Roy de Méricourt, chirurgien de la Marine, après avoir parcouru le monde et publié de nombreux travaux sur l'hygiène et la pathologie navales, sollicitait pour la troisième fois le suffrage de l'Académie.

Quant à Lhéritier, qui figure aujourd'hui au Panthéon des inconnus, il avait publié, quelque quarante ans auparavant, de volumineux ouvrages de chimie médicale et de gynécologie, avant de devenir médecin inspecteur des thermes de Plombières.

Tels étaient les candidats qui se présentaient en même temps que Pasteur, déjà célèbre mais non encore intronisé dans les milieux médicaux.

Amédée Latour, rapporteur d'une commission composée de Bussy, Gosselin, Jolly, Ricard, Piorry, Peisse, fit un résumé exact des travaux de Pasteur sans omettre les objections qui leur avaient été faites.

La Commission se laissa-t-elle influencer par ces restrictions ou par des considérations d'ordre amical plus que scientifique ? On ne sait. Toujours est-il qu'elle donna trois voix à Pasteur et trois voix à Le Roy de Méricourt pour la première ligne. Mais, Bussy, dont la voix comme président, était prépondérante ayant déclaré avoir noté pour Pasteur, ce dernier fut proposé en première ligne.

Et lors de l'élection qui eut lieu le 25 mars 1873, il obtint 41 voix sur 79 votants. 26 voix étaient allées à Le Roy de Méricourt, 7 à Brochin, 3 à Lhéritier, 2 à Bertillon.

Comme sa commission, l'Académie sanctionnait sans enthousiasme les travaux d'un homme en qui elle ne voyait encore qu'un chimiste.

A. TURGON.

Echos et Glanures

Vente d'autographes médicaux. — A côté d'un manuscrit de Claude BERNARD (6 p., in-4°) qui a fait 300 francs, d'un lot de lettres (56) de Brillat-Savarin qui ont trouvé acquéreur à près de 10.000 francs, on a offert mardi dernier, à l'Hôtel Drouot, quelques lots d'autographes de médecins contemporains.

Ces lots, composés chacun d'une trentaine de pièces, mis à prix à 50 francs, n'ont pas trouvé acquéreur ! La gloire, qui fait monter les prix, n'est que le soleil des morts !

Les savants dans la « Comédie Humaine ». — *M. Trillat n'est pas seulement un savant, c'est aussi un lettré. Un de ses auteurs de prédilection est Balzac auquel il a consacré des conférences, des études, dont une toute récente* (REVUE D'HISTOIRE DE LA PHILOSOPHIE ET D'HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA CIVILISATION, 15 avril 1935), *à laquelle nous empruntons quelques pages :*

La *Comédie Humaine* peut donc être aussi considérée comme une œuvre scientifique dans laquelle Balzac s'inspirant des théories de Bonnet et de Cuvier, avait voulu décrire les individus appartenant aux diverses couches sociales, parmi lesquelles les savants que nous avons étudiés. Il a en quelque sorte habillé ses théories scientifiques en personnages dont il fait des héros dans ses romans.

Quelques auteurs ont pensé que Balzac n'avait qu'un vernis scientifique acquis passagèrement pour les besoins de sa cause, par des lectures superficielles ou par le frottement avec les savants de l'époque. Tout ce que je viens de dire prouve, au contraire, la profondeur des connaissances scientifiques de Balzac, comme l'avait proclamé Geoffroy Saint-Hilaire. Le moment viendra bientôt, quand on aura davantage approfondi le côté scientifique de son œuvre, où celui qui aimait à se désigner sous le nom de « Docteur ès sciences sociales », sera proclamé comme un des plus grands voyants du XIXe siècle.

Si Balzac a eu cette prescience scientifique, c'est donc qu'il se mettait en relation avec les premiers savants de son époque, dont il épousait les idées et les hypothèses à un point que ces savants n'avaient peut-être pas encore osé formuler : il les émettait par la bouche de ses personnages. C'est ainsi que ceux-ci cherchent à tout expliquer par les seuls phénomènes du mouvement ce qui est la conception actuelle, mais ce qui à l'époque de Balzac était audacieux.

Balzac fut le premier peut-être qui dans les romans, eut la préoccupation des questions étrangères au domaine littéraire. Ce fut en particulier le premier qui introduisit la chimie dans la littérature à une époque où le Romantisme étalait sa phraséologie pompeuse.

Il a montré tout le parti que pouvait tirer le romancier de

l'observation directe et on peut dire qu'il fut le père spirituel des Zola, des Bourget et de bien d'autres qui se sont attachés, eux aussi, à étudier l'influence des milieux sur la formation de l'individu.

Pour lui, les passions humaines étaient les réactifs du chimiste qu'il mettait en présence et, attentif, il observait les effets du choc des passions.

La présente étude montre comment Balzac avait conçu son œuvre, comment il s'était appuyé sur la théorie unitaire pour l'édification de la charpente de ses principaux romans et comment il concevait la volonté et la pensée humaine, le parti qu'il avait tiré de cette conception dans ses romans.

Balzac ne s'est pas borné à exposer les théories chimiques et à décrire des procédés ; il nous a représenté exactement l'ambiance dans laquelle évoluaient ses savants ; il nous a fait part de leurs réflexions, de leurs manies et de leurs habitudes ; il nous a montré l'alliance tyrannique de leurs pensées avec les objets qui les entouraient.

Les descriptions et les théories émises par les savants et chimistes de Balzac sont d'une exactitude rigoureuse : il y apportait la conscience du savant.

***

On peut se demander en terminant pourquoi Balzac a donné une place si considérable à ces savants. C'est que parmi les professions et les espèces sociales que Balzac a étudiées, l'espèce « scientifique » est la plus ancienne, car dès son origine, l'homme a observé, il a combiné et a cherché à améliorer les conditions de son existence : il a, en un mot, cherché la pierre philosophale. Et voilà pourquoi de tout temps, la science a exercé une attirance sur les hommes et a créé les types divers que Balzac nous a représentés, depuis l'idéaliste Claes jusqu'à l'inventeur Séchard ; depuis le théoricien Louis Lambert, jusqu'au praticien Birotteau. Anciennement, les alchimistes qui étaient les prêtres de la science, poétisaient les corps qu'ils appelaient des plus beaux noms des divinités et des astres. Ils avaient imaginé un langage mystique que les initiés pouvaient seuls comprendre.

Aujourd'hui, les formules et les équations ont remplacé les signes cabalistiques : elles sont dépourvues de poésie, mais elles forment encore par leur disposition et même leur langage comme un poème où se déroule l'imagination du chimiste moderne et au bout du compte, c'est toujours la pierre philosophale de Claes qu'elles visent.

Le chimiste moderne, comme Balthazard Claes, se courbe toujours sur sa table, attentif au moindre caprice de la nature, et son laboratoire devient aussi pour lui le Palais des Idées. Le cadre pittoresque a changé : les cornues aux formes bizarres dont les flancs ont enfanté tant de créations, ont disparu devant le progrès impitoyable. Mais le savant, toujours épris de vérité, est resté et restera le même, tel que Balzac nous l'a décrit, parce qu'il est guidé par le même idéal, les mêmes mobiles. Et voilà pourquoi les divers types de savants de Balzac, demeureront éternels !

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, par M. Chiray et I. Pavel. Avec un exposé de radiologie-vésiculaire, par A. Lomon. Deuxième édition. Un volume de 860 pages 120 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette seconde édition qui paraît dix ans après la première a été complètement remaniée, tant pour introduire le résultat des recherches personnelles des auteurs, que pour faire place aux diverses acquisitions faites par les observateurs des deux mondes.

Parmi les sujets neufs ou renouvelés, nous signalons au point de vue de la physiologie vésiculaire l'étude consacrée aux fonctions de la vésicule, en particulier à sa contractibilité, aux modalités pharmacodynamiques et pathologiques de celle-ci, à ses rapports avec le sphincter d'Oddi. Dans le domaine de la séméiologie, les auteurs, après avoir exposé leurs recherches relatives à l'anatomie topographique de la vésicule chez l'homme, montrent comment ils ont, en partant de celles-ci, instauré de nouvelles méthodes d'exploration clinique du cholécyste, plus précises que celles de la médecine classique.

Mais c'est surtout dans les chapitres consacrés à la pathologie vésiculaire que le lecteur trouvera un grand nombre de questions modifiées. En ce qui concerne la lithiase biliaire, la contribution très personnelle des auteurs à cette importante question se trouve exposée ainsi que tous

les travaux récents qu'a provoqués de tous côtés le grand mouvement d'intérêt suscité autour de cette affection dans les dix dernières années. Nous signalons en particulier les pages consacrées au syndrome humoral de la lithiase, à la pathogénie de la lithiase et de la colique hépatique, aux faux calculs biliaires en coprologie et en radiologie, à l'importance considérable de l'hépatite concomitante au point de vue du pronostic opératoire, aux rapports de la cholécystite calculeuse avec les syndromes d'hyperglycémie. D'autres chapitres sont entièrement renouvelés.

Ainsi en est-il pour l'histoire de la cholécystatonie à laquelle sont liés les syndromes si importants de la migraine biliaire et des crises bilieuses, ainsi que la curieuse histoire des biles noires et de leurs rapports avec les états mélancoliques. Ainsi en est-il encore pour la cholécystite chronique non lithiasique, sa bactériologie, et ses divers types cliniques, si souvent causes d'erreurs en diagnostic. Ainsi en est-il pour la vésicule fraise, les calcifications, les parasitoses et les malformations vésiculaires et enfin la péricholécystite plastique.

Dans le chapitre consacré par les auteurs à la radiologie vésiculaire, se trouvent également exposés beaucoup de problèmes de date récente et d'importance capitale. C'est d'abord le mécanisme intime de la cholécystographie, ainsi que les lois physiologiques qui régissent l'élimination de la phénolphtaléine tétraiodée par la bile. C'est ensuite la question de l'interprétation des résultats ainsi que la discussion sur la valeur relative de la cholécystographie et de l'épreuve de Meltzer-Lyon dans le diagnostic des cholécystites, problème qui égare souvent le praticien. On lira aussi avec intérêt la technique et les résultats de l'angiocholégraphie, exploration radiologique directe des voies biliaires après cholécystostomie.

Dans cette seconde édition se trouve ajoutée à l'étude de la vésicule celle des gros canaux excréteurs, c'est-à-dire des « voies biliaires extra-hépatiques » proprement dites. Les auteurs ont exposé là leurs idées personnelles sur la lithiase du cholédoque, les cholédocites inflammatoires, les rétrécissements, compressions, tumeurs et kystes du canal commun. Ils ont surtout insisté sur la pathologie du sphincter d'Oddi, question tout à fait inédite et entièrement créée par l'un d'eux.

Les progrès immenses réalisés dans la connaissance de la pathologie vésiculaire ont eu leur répercussion dans celle de sa thérapeutique. Aussi les auteurs ont-ils consacré leur plus grande attention à la rédaction de ce chapitre si intéressant pour les médecins. Ceux-ci pourront chercher là toutes les indications nécessaires à la pratique courante, en particulier celles relatives à la thérapeutique médicamenteuse, à la diététique, à la physiothérapie, au rôle du drainage biliaire dans les affections vésiculaires. Ils y trouveront encore les notions indispensables en matière de thérapeutique chirurgicale biliovésiculaire. Telle est l'étude des conditions nécessaires et suffisantes pour autoriser les interventions bilio-vésiculaires, ainsi que le mode de préparation des malades aux dites interventions. Tel est encore le traitement des accidents d'ordre médical consécutifs à celle-ci. Tels sont aussi les différents points de technique chirurgicale que le médecin peut être appelé à discuter, ainsi que la physio-pathologie, les suites médicales et la séquelle des grandes opérations biliaires.

Les auteurs ont inséré à la fin des chapitres la liste à peu près complète et mondiale des travaux les plus importants parus sur chaque question depuis la première édition, c'est-à-dire postérieurs à 1927.

Divers

Manuel pratique de l'infirmière soignante, par Mlle M.-L. Nappée. Un volume de 384 pages, avec 168 figures, 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La formation professionnelle de l'infirmière moderne exige un enseignement pratique très accentué et ce qu'il faut de cours théoriques pour donner une base scientifique à cette éducation pratique ; ce manuel s'adapte à ce but.

On y trouve l'application du même principe : Apprendre à exécuter une manœuvre ou une longue série de manœuvres, toujours de la même façon méthodique, réglée point par point et à se l'assimiler jusqu'à devenir automatique.

En outre, l'auteur a voulu dire le pourquoi des actes : ainsi, à l'automatisme des gestes, recommandable parce qu'il exécute ceux que l'expérience a jugés les meilleurs, l'élève pourra ajouter des initiatives éclairées tout en restant dans les limites de ses attributions.

Les Livres de la semaine

Chapelon (Louis). — **Le rôle de la lumière dans l'accommodation.** 228 p. Br. : 25 fr. (*Vigot*).

Guetler (J.). — **De l'onanisme au délire.** 104 p. Br. : 18 fr. (*Vigot*).

Lemaitre (Yves). — **Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes.** 192 p. (gr.). Br. : 45 fr. (*Vigot*.)

Mars (Dr de) et Kerlan (Yves de). — **Ce que tout le monde doit savoir sur la procréation volontaire.** Coll. Ce que tout le monde doit savoir. 72 p. Br. : 12 fr. (*Vigot*).

Ricoux (R.). — **Notions actuelles sur la cellulite et son traitement.** (25/16,5). 76 p. Br. : 8 fr. (*Vigot*).

Rigal (J.). — **La communauté des maîtres-chirurgiens jurés de Paris au XVIIe et au XVIIIe siècle.** 208 p. Br. : 20 fr. (*Vigot*).

Stern (Edward-A.). — **Culture des tissus.** 136 p. Br. : 20 fr. (*Vigot*).

P. L. M. — Visitez l'Algérie à bon compte

Un voyage plein d'attrait et d'imprévu dans un pays de rêve, à l'époque la plus favorable et à un prix très réduit, voilà ce qui vous est offert par les grands réseaux de chemins de fer français.

En effet, à l'occasion de fêtes indigènes organisées à Touggourt, la « perle du Désert », point de départ de délicieuses excursions, des billets spéciaux d'aller et retour, valables vingt jours, avec gratuité du retour, sont délivrés du 23 mars au 2 avril 1937, par leurs principales gares, pour Port-Vendres ou Marseille.

Pour voyager gratuitement au retour, une seule formalité est à remplir : le coupon doit être visé par le Syndicat d'initiative de Touggourt.

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 7 — 13 FEVRIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — *Education nationale.* — *Chevalier* : MM. Caillau, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Champy, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Durand, de Montreuil-sous-Bois ; Maurin, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Sinaud, à Guéret ; Villemin, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le jeudi 8 avril 1937, à 16 heures, à la Salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés) de 14 à 17 heures, du lundi 8 au mercredi 17 mars 1937 inclusivement.

Puériculture. — M. B. Weill-Hallé commencera son cours le mardi 9 mars, à 11 h. 30, à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune.

1° Le mardi à 14 h. 30, au dispensaire d'hygiène de l'enfance de l'Ecole de puériculture, exposé pratique de puériculture sociale ;

2° Le jeudi à 10 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, consultation de vaccination contre la tuberculose ;

3° Le samedi à 15 heures, à l'Ecole de Puériculture, leçon sur la prophylaxie de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination par le B. C. G.

Programme des leçons. — I. L'infection tuberculeuse dans l'enfance. Les conditions de son évolution. — II. Moyens généraux de protection contre la contagion. — III. Prophylaxie spécifique : Les conditions de la résistance à l'infection tuberculeuse. — Etude des réactions tuberculiniques. — Technique. — Historique de la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. — Techniques de la vaccination au B. C. G. — Suites immédiates et suites éloignées de la vaccination au B. C. G. — Indications de la vaccination et de la revaccination. Premier âge. Enfance. Adolescence, Etudiants et infirmières. — Résultats de la vaccination, en France et à l'étranger.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales (organisé avec la collaboration des médecins électro-cardiologistes des hôpitaux). — Troisième partie : *Electrologie-photothérapie.* — I. Cours. Lundi 1er mars, M. Ronneaux : Courant continu. Sources. Mesure. Graduation. Actions physiologiques. — Mardi 2 mars, M. Dognon : Ionisation et applications. — Mercredi 3 mars, M. Desgrez : Electrolyse et ses applications. — Vendredi 5 mars, M. Desgrez : Courant alternatif. Courant faradique. Frankiinisation. — Samedi 6 mars, M. Bourguignon : Excitation électrique des nerfs et des muscles. Electrotonus. Lois polaires. — Lundi 8 mars, M. Bourguignon : Lois d'excitation. La chronaxie en général. Chronaxies motrices et sensitives normales de l'homme. — Mardi 9 mars, M. Bourguignon : Forme et amplitudes de la contraction à l'état normal et pathologique. — Mercredi 10 mars, M. Bourguignon : Electrodiagnostic. Technique. — Jeudi 11 mars, M. Bourguignon : Eectrodiagnostic. Interprétation. — Vendredi 12, M. Dognon : Les courants de haute fréquence. Physique et physiologie. — Samedi 13 mars, M. Cottenot : Application des courants de haute fréquence. Diathermie. Electrocoagulation. — Lundi 15 mars, M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Mardi 16 mars : M. Delherm : Les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Mercredi 17 mars : M. Duhem : Indications générales dans les affections du neurone moteur périphérique. — Jeudi 18 mars : M. Duhem : Technique générale dans les affections du neurone moteur périphérique. — Vendredi 19 mars : M. Duhem : Indications particulières et physiothérapie de la poliomyélite.

Lundi 5 avril, M. Bourguignon : Les indications et la technique dans les affections du neurone moteur central, les troubles vaso-moteurs et trophiques, les névroses. Traitement des contractures. — Mardi 6 mars, M. Lepennetier : Les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Mercredi 7 avril, M. Morel-Kahn : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Jeudi 8 avril, M. Morel-Kahn : Les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Vendredi 9 avril M. Delherm : Les indications et la technique en gynécologie. — Lundi 12 avril, M. Belot : L'électrothérapie en dermatologie. — Mardi 13 avril, M. Belot : L'électrothérapie en dermatologie. — Mercredi 14 avril, M. Cottenot : Les bases physiques de la photothérapie. Photobiologie. — Jeudi 15 avril, M. Cottenot : Héliothérapie. Finsenthérapie. — Vendredi 16 avril, M. Cottenot : Actinothérapie. Ultra-violet. — Samedi 17 avril, M. Dubost : Les accidents de l'électricité.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 heures.

II. Travaux pratiques. Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrobiologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. H. Desgrez, chef des travaux de physique.

III. Stages. — Pendant toute la durée du cours, les élèves accompliront un stage d'électrologie pour lequel ils pourront choisir parmi les services suivants :

MM. Aubourg, hôpital Beaujon ; J. Belot, hôpital Saint-Louis ; Bourguignon, hôpital de la Salpêtrière ; Cottenot, hôpital Broussais, X., Hôtel-Dieu, clinique médicale du Professeur Carnot ; Delherm, hôpital de la Pitié, Duhem, hôpital des Enfants-Malades, Maingot, hôpital Laënnec, Roneaux, hôpital Cochin.

Cours de pratique obstétricale, par MM. les Docteurs Marcel Metzger ; Paul Chevallier ; Vaudescal, Lantuéjoul ; Suzor, Desoubry, De Peretti, Bompart, Bidoire, Adrien Weill, Merger, Gorse, de Manet.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 15 février 1937 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques

---

M. H. R. Williams, résidant aux Etats-Unis d'Amérique, titulaire du brevet français 692.563 du 22 mars 1930 pour **« Tampon absorbant et procédé et appareil pour sa fabrication »**, serait désireux de traiter pour la vente de ce brevet ou pour la concession de licences d'exploitation.

Pour renseignements techniques, s'adresser à ***MM. Lavoix, Gehet & Colas***, ingénieurs-conseils, rue Blanche, à Paris.

qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Programme du cours. — Lundi 15 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 heures : Consultations de nourrissons ; 17 heures : Présentation de malades (M. Merger) ; 18 heures : Pronostic et conduite à tenir dans la présentation du siège (M. Merger.)

Mardi 16 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 17 heures : Présentation de malades (M. Weill) ; 18 heures : Diagnostic de la grossesse au début (M. Weill).

Mercredi 17 février, 9 h. 3/4 : Consultation des femmes enceintes ; 17 heures : Présentation de malades ; 18 heures : Les hémorragies de la délivrance et leur traitement (M. de Peretti).

Jeudi 18 février, 9 h. 3/4 : Leçon clinique par M. Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat ; 16 heures : Visite du musée (M. de Manet) ; 18 heures. Procidence du cordon (Bidoire).

Vendredi 19 février, 8 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes ; 16 heures : Exercices pratiques : forceps ; 18 heures : De la présentation de l'épaule (M. Weill).

Samedi 20 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon parM. le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques : forceps ; 18 heures : Traitement de l'éclampsie (M. Suzor).

Lundi 22 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et récemment accouchées ; 10 h. 1/2 : Consultations de nourrissons ; 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège ; 18 heures : Tuberculose et grossesse (M. Desoubry).

Mardi 23 février, 9 h. 1/2 : Consultation de nourrissons ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 16 heures : Exercices pratiques : forceps ; 18 heures : Fibrome et puerpéralité (M. Bompart).

Mercredi 24 février, 9 h. 1/2 : Leçon à l'hôpital Cochin par M. Chevallier, agrégé ; 16 heures : Exercices pratiques : La version ; 18 heures : Les ruptures utérines (M. Merger).

Jeudi 25 février, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques : Consultation de nourrisons ; 16 heures : Exercices pratiques : le forceps ; 18 heures : Anomalies de la dilatation du col (M. Lantuéjoul).

Vendredi 26 février : 9 h. 1/2 : Présentation de malades par M. Metzger, agrégé (Maternité de l'hôpital Bichat) ; 16 heures : Exercices pratiques : Les embryotomies ; 18 heures : Les pyélonéphrites gravidiques (M. Gorse).

Samedi 27 février, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées ; 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur Brindeau ; 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis d'origne rachitique (M. Vaudescal).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 200 francs.

Hôpital Broca (111, rue Broca). — *Clinique gynécologique* (Fondation de la Ville de Paris). — M. Pierre Mocquot, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 13 mars 1937, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

Cours des grandes endémies tropicales (*Etudes de pathogénie et de prophylaxie*). — Cet enseignement d'hygiène coloniale, complémentaire du cours d'hygiène, sera donné sous la direction de M. le Professeur L. Tanon et de M. le médecin-général inspecteur Sorel, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, à partir du mercredi 7 avril 1937, par des médecins et pharmaciens du Corps de santé des Troupes coloniales. Il aura lieu les vendredi, lundi et mercredi suivants, à la même heure, et sera accompagné de projections.

Programme du cours. — Mercredi 7 avril, M. Gastaud : Les stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises. — Vendredi 9 avril, Docteur Blanchard : Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales. — Lundi 12 avril, Docteurs Pales : Géographie médicale du Tchad. — Mercredi 14 avril, Docteur Advier : Les syndromes lymphatiques. — Vendredi 16 avril, Docteur Beaudiment : Un Institut d'hygiène dans une grande ville coloniale. — Lundi 19 avril, Docteur Salomon : Nosographie du Dahomey. — Mercredi 21 avril, Docteur Millous : Les équipes médicales mobiles. — Vendredi 23 avril, Docteur Pautet : Nosographie de la Chine. — Lundi 26 avril, Docteur Labernadie : Le kala-azar.

Union internationale contre la tuberculose. — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général : Professeur Fernand Bezançon), s'est réuni à Paris, le samedi 9 janvier 1937, à 14 h. 30. Cette séance avait pour but principal de prendre une décision au sujet de la date de la Xe Conférence de l'Union internationale, qui aurait dû se réunir à Lisbonne au mois de septembre 1936, sous la présidence du Prof. Lopo de Carvalho et qui, par suite des circonstances, avait dû être ajournée.

Il a été entendu que la Conférence aurait lieu en septembre 1937, soit au début du mois si la conférence pouvait se réunir à

Lisbonne, soit à une date à fixer si elle devait ré réunir dans une autre ville.

Désireux de rendre hommage à l'activité et à l'intelligente initiative de leurs collègues portugais qui avaient préparé la Xe conférence de manière à lui assurer le plus grand succès, les membres du Comité ont exprimé l'espoir que la réunion pourrait avoir lieu à Lisbonne au mois de septembre prochain, une décision ferme ne devant intervenir qu'à la fin d'avril ou au début de mai 1937.

Le Comité exécutif a pris, d'autre part, la décision formelle de convoquer la XIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose en 1939, au lieu de 1938, à Berlin, sous réserve de l'approbation statutaire de la prochaine Assemblée générale de l'Union.

Les membres du Comité ont été unanimes pour exprimer leur reconnaissance au Gouvernement italien, qui a mis à la disposition de l'Union six places de stagiaires à l'Institut Carlo Forlanini, à Rome.

Ils ont approuvé le règlement de la Fondation Léon Bernard, aux termes duquel un prix bisannuel sera décerné par le Comité exécutif à l'auteur d'un travail, rédigé e n anglais ou en français, sur la tuberculose envisagée au point de vue social.

Enfin, il a été résolu que le secrétariat de l'Union demanderait aux membres conseillers dans les différents pays de choisir certaines questions scientifiques qui seraient proposées comme sujets de travail à longue échéance et qui seraient susceptibles d'être inscrites éventuellement à l'ordre du jour des futures conférences de l'Union.

Faculté libre de médecine de Lille. — *Concours d'agrégation d'oto-rhino-laryngologie.* — Un concours pour une place agrégé de la Faculté libre de médecine de Lille (section O.-R.-L.), doit avoir lieu dans le courant du deuxième semestre de l'année universitaire 1936-1937.

Ce concours comporte :

1° Une épreuve d'*admissibilité* : composition écrite sur un sujet d'oto-rhino-laryngologie ;

2° Des épreuves d'*admission* : épreuve de titres ; leçon orale ; examen clinique.

Le registre des inscriptions à ce concours sera clos le 28 février 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser au Doyen de la Faculté libre, 56, rue du Port, à Lille.

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XLIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Nancy, du 30 juin au 5 juillet 1937.

Président : M. le Docteur M. OLIVIER, médecin directeur de l'asile de Blois. Vice-président : M. le Docteur Th. Simon, médecin-chef honoraire des asiles de la Seine. Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, médecin-chef à l'asile de Bailleul (Nord). — Secrétaire annuel : M. le Docteur J. Hamel, de Nancy. Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris .

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer a l'ordre du jour de la XLIe session.

Psychiatrie : Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus. Rapporteur : M. le Docteur Roger Bargues, médecin-chef de l'asile d'Agen.

Neurologie : Les atrophies cérébelleuses. Rapporteur : M. le Docteur Noël PÉRON, médecin des hôpitaux de Paris.

Médecine légale psychiatrique : Les règles a observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues. — Rapporteur : M. le médecin-commadant B. Pommé, professeur au Val-de-Grâce.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14e, c. c. postal 456-30, Paris.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisations à la session du Congrès. Pour être membre titulaire il faut etre docteur enmédecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XLIe session inscrits avant le 10 mai 1937 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresseur au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de six internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de dix internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 11 mars 1937, à 9 heures du matin, à l'hopital.

L'épreuve écrite comportera trois questions : 1° sur l'anatomie ; 2° sur la pathologie médicale ; 3° sur la pathologie chirurgicale. L'épreuve orale comprendra également trois questions : 1° sur la pathologie médicale ; 2° sur l'accouchement ; 3° sur un cas quelconque d'urgence. Le maximum des points est de 60 pour l'épreuve écrite et de 30 pour l'épreuve orale.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de 30 ans. Cette limite d'âge est augmentée d'une durée égale à celle du service légal.

Les candidats devront se faire inscrire au Bureau de la Direction de l'Hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, leur dossier.

Séance solennelle de la Société d'hydrologie. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu lundi 1er mars 1937, à 14 heures précises, au Siège des réunions ordinaires de la Société, 12, rue de Seine.

Elle comprendra deux parties :

La première partie consacrée à la climatologie sera présidée par M. le Professeur C. JEANNIN.

Le Docteur CATTIER (Paris) exposera le sujet suivant : « L'ovaire et le climat hélio-marin aux quatre phases de la puberté, de la maturité, de la fécondité et de la ménopause.

La deuxième partie commencera à 16 heures précises sous la présidence de M. le Professeur Noël FIESSINGER. Le sujet traité sera : « La cholestérolémie ».

Les rapports suivants seront présentés :

Professeur agrégé Guy LAROCHE et Docteur GRIGAUT : « Nos connaissances actuelles sur la cholestérolémie et sa signification clinique ».

Docteurs Léon TIXIER et Stanislas DE SEZE et Marcel ECK : « Thérapeutique des états cholestérolémiques ».

Docteurs E. BINET (Vichy), R. BOUCOMET (Royat), A. DEBIDOUR (Mont-Dore), J. SCHNEIDER (Vittel), J.-J. SÉRANE (Saint-Nectaire) : « Rapports sur la cholestérolémie en clinique hydrominérale ».

Ces derniers rapports seront exposés par M. BINET.

Les médecins étrangers à la Société désirant recevoir les rapports et prendre part aux discussions sont priés de s'adresser au Docteur J.-J. SÉRANE, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

Bal de la médecine française. — La veille de la Mi-Carême le mercredi 3 mars 1937, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris VIIe, avec la présence effective de M. Albert Lebrun, sera donné le XIe bal de la Médecine française au bénéfice des veuves et orphelins de médecins.

A 22 h. 15, spectacle. Au programme, présentation de trois fims de Jean Painlevé. Suites de danses par Mia Slavenska, danseuse étoile de l'Opéra de Zagreb, pour la seconde fois en représentation à Paris, et Serge Peretti, de l'Opéra. Le guitariste réputé : Raphaël Medina.

A minuit, souper dansant par petites tables, servi par des jeunes filles du monde médical sous la direction de Mme Henri Labbé et du Docteur Edouard de Pomiane.

De 22 heures à l'aube, soirée dansante, animée par Mme Gabaroche. Fernand Bouillon et son jazz. Cotillon. Petits soupers à la carte. La chiromancienne Blanche Orion. Attractions nombreuses. Orchestres. Tournoi de bridge. Nombreux prix.

Prix des cartes : spectacle et bal : 60 fr. ; étudiants : 35 fr. ; bal seul : 40 fr. ; étudiants : 25 fr. ; souper dansant : 70 fr. (S'inscrire à l'avance : nombre de places strictement limité).

Pour tous renseignements, s'adresser : Sté F. E. M. 60, bd. de la Tour Maubourg, Paris (VIIe). Télépn. : Inv. 55.90. (samedi après midi excepté). Les personnes qui s'intéressent à cette grande fête de bienfaisance et ne peuvent y assister sont priées d'adresser leur oobole au compte chèque postal n° 146.688, Paris

TRAVAUX ORIGINAUX

La granulie aiguë curable

Evolution générale des problèmes des granulies (1)

Par le Dr **Henri WAREMBOURG**
Médecin des Hôpitaux de Lille

La malade, dont nous rapportons l'observation, est une femme âgée de 60 ans, qui entre le 15 octobre 1936 à la clinique médicale de la Charité. Depuis trois mois, elle se porte mal, maigrit, se sent fatiguée. Mais son état s'est surtout aggravé depuis quelques jours et elle nous apparaît à l'entrée dans une situation extrêmement précaire. Elle est en proie à une dyspnée intense, avec polypnée à plus de 30 respirations à la minute, visage angoissé, et sensation de soif d'air. L'attention est aussi attirée par une cyanose importante, prédominant à la face et aux extrémités. Enfin, il existe une fièvre irrégulière aux environs de 39°. L'auscultation ne révèle que des ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires, et un petit foyer de râles sous-crépitants dans la région moyenne du poumon droit. Les autres appareils, en particulier l'appareil cardio-vasculaire, sont parfaitement normaux. Un tel tableau clinique fait immédiatement songer à la granulie aiguë.

Effectivement, si l'examen radioscopique du thorax, chez cette femme, ne révèle qu'une grisaille diffuse aux deux champs pulmonaires, la radiographie montre, dans la région phréno-claviculaire droite, une image granulique typique, associée à une accentuation des ombres périlobulaires. Le diagnostic de granulie se trouve ainsi vérifié, et l'absence de B. K. dans les crachats, fréquente en de telles occurrences, ne vient pas nous détourner de cette hypothèse.

Or, quel n'est pas notre étonnement, huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, de voir que celle-ci est nettement améliorée, que sa dyspnée, sa cyanose, sa fièvre ont complètement régressé, enfin, fait plus étrange encore, que l'image granulique, indubitable au premier examen, a maintenant disparu, laissant la place à un aspect parfaitement normal. Depuis, la malade est sortie de l'hôpital en bon état.

Avant de discuter les hypothèses que soulève une telle observation il ne nous semble pas inutile de rappeler les divers stades par lesquels est passée, au cours des dernières années, la notion de granulie.

La granulie pulmonaire telle que la constituèrent les descriptions des anciens auteurs, Empis, Andral, Graves, etc., et les travaux radiologiques qui suivirent, apparaît comme une entité bien définie et simple à concevoir : elle repose en effet sur un trépied qui semble constant et où entrent :

1° Un élément clinique : c'est le tableau de l'asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves, avec sa dyspnée, sa cyanose, sa fièvre, tableau fonctionnel impressionnant qui contraste avec la modicité des signes auscultatoires : ceux-ci, en effet, ou bien sont nuls, ou bien, dans les formes dites catarrhales de la maladie (Empis), ne font que rappeler de loin ceux de la bronchite capillaire ou de la broncho-pneumonie. La mort est la terminaison habituelle de l'affection.

2° Un élément radiologique dont rendent bien compte les travaux de Béclère, Decloux et Ribadeau-Dumas, von Muller : c'est l'image micronodulaire répartie de façon homogène à la totalité des deux champs pulmonaires.

3° Enfin un élément anatomique et pathogénique : la lésion spécifique de la granulie, si l'on se reporte aux descriptions de Jaccoud, Gruveilhier, Baillie, Laennec, Letulle et Bezançon, est en effet la granulation tuberculeuse, petite, arrondie, isolée, à topographie péri-vasculaire et formée, histologiquement d'une agglomération de follicules tuberculeux. Cet ensemble de caractères témoigne de l'origine sanguine, bactériémique de la granulie.

Cet édifice, qui répond certainement à une réalité, mais à une réalité singulièrement plus complexe qu'on avait pu le croire tout d'abord, ne devait pas tarder à subir de rudes assauts ; de nombreux travaux parus aussi bien en France qu'à l'étranger montraient en effet bientôt qu'il est peu conforme à la vérité de joindre de façon indissoluble les trois éléments clinique, radiologique et anatomique considérés jusqu'alors comme les critères suffisants et nécessaires de toute granulie pulmonaire aiguë.

Ce travail de démembrement affecta d'abord le côté anatomique de la question. Il apparut en effet bientôt que, dans des granulies indiscutables, des lésions différentes de la granulation tuberculeuse de Laennec s'observaient fréquemment. Sans vouloir nous étendre sur ce point, rappelons que trois ordres de formations micronodulaires peuvent être rencontrés dans la granulie pulmonaire :

1° La granulation tuberculeuse petite, arrondie, grisâtre, à demi-transparente, isolée des granulations voisines, formée, histologiquement, d'une agglomération de follicules tuberculeuse. Cette formation entre dans le cadre de la tuberculose productive d'Aschoff.

2° Le tubercule miliaire, plus volumineux, moins régulier, centré par un point jaune, réuni en corymbes avec les tubercules voisins, constitué, microscopiquement, d'une lésion d'alvéolite macrophagique, tendant à évoluer vers la dégénérescence caséeuse ; c'est une lésion exsudative, dans la classification d'Aschoff.

3° Enfin la granulation grise de Bayle, transparente, luisante, dûre, constituée de tissu fibreux.

Or, ces trois types de manifestations micronodulaires, surtout les deux premières, peuvent coïncider avec des tableaux cliniques de granulie exactement identiques. On a abandonné en France la conception de Letulle, Bezançon et Braun, qui séparaient la granulie vraie à lésion folliculaire, de la tuberculose miliaire à type de broncho-alvéolite micro-nodulaire. Rist, Roland, Jacob, Hautefeuille se sont élevés avec raison contre ce dualisme. Et d'abord, Bezançon lui-même, avec son élève Delarue, ne devait pas tarder à reconnaître que la granulie peut répondre à des lésions très différentes, dont la nature histologique répond à l'un des trois types décrits ci-dessus. Or ceux-ci sont unis les uns aux autres par des liens étroits. Des types de transition ont été observés entre la granulation tuberculeuse et le tubercule miliaire (Hubschmann, Meyenburg). D'autre part et surtout, il est extrêmement fréquent de trouver chez le même malade des nodules de divers types, de telle sorte que, selon Delarue, les trois variétés lésionnelles observées en pareil cas paraissent bien n'être que les stades successifs d'un même processus.

On ne s'étonnera pas, dans ces conditions, que la prédominance chez un malade de l'un des types de lésions envisagés retentisse peu sur le tableau clinique et radiologique. Sans doute, a-t-il été avancé que les granulies purement exsudatives ont une évolution particulièrement rapide. Il s'agirait là de la granulie suppurative de Bard, de la tuberculose miliaire aiguë hyperergique de Roubier, Doubrow, Froment et Girard, dont l'évolution peut se faire en moins d'une semaine vers la mort.

Dans le même ordre d'idées, les auteurs allemands, en particulier, Graf et Küpferlé, prétendent qu'un diagnostic radiologique est possible entre la granulie exsudative et la granulie productive.

En réalité, ces diverses notions répondent plus à des vues théoriques qu'à des faits réels, et l'on peut affirmer avec certitude que la granulie pulmonaire peut répondre à des lésions élémentaires très différentes, seuls les caractères de petitesse et d'extrême diffusion de ces lésions se retrouvant dans tous les cas.

(1) Travail de la Clinique médicale et phtisiologique de la Charité : (Professeur Jean Minet).

Voilà donc détruite la belle simplicité du tableau anatomique de la granulie, telle que l'avait brossé les premiers auteurs, et voilà démontrée l'impossibilité, en cette matière, d'inférer d'un tableau clinique ou d'une image radiologique à une lésion histologique précise.

Le même travail de dissociation devait se faire dans les rapports entre l'expression clinique et l'expression radiologique de la granulie. Avant d'aborder ce problème, rappelons brièvement les caractéristiques et les variétés principales de l'image granulique tuberculeuse. Celle-ci est constituée par la dissémination, dans les deux champs pulmonaires, de fines opacités arrondies, dont Delarue, dans sa thèse, distingue quatre variétés.

Tantôt, il s'agit de grains opaques, rigoureusement circulaires, à limites nettes, à répartition égale en tous les points des champs pulmonaires ; c'est l'image en poignée de fins confettis de Hautefeuille ; cet aspect répondrait plus particulièrement à la présence de granulations tuberculeuses productives.

Dans d'autres cas, les grains sont plus volumineux, de forme moins régulière ; leur contour est peu net, affecte un aspect «délavé» (Græf); enfin, ils ont tendance à confluer de manière à réaliser des aspect en rosace, en feuille de trèfle.

Un troisième type n'est que l'accentuation du précédent.

Enfin les granulations peuvent être innombrables et minuscules ; elles réalisent l'aspect en nuage de lait dans du thé de Giraud et Sédad.

Ces trois derniers types d'images répondraient à des lésions de l'ordre exsudatif : mais nous avons vu à quoi nous en tenir sur la relativité et l'incertitude de telles affirmations.

Quoiqu'il en soit, les auteurs ne tardèrent pas à s'apercevoir que dans le cadre de la tuberculose pulmonaire, une image granulique peut coexister avec des tableaux cliniques très différents de l'asphyxie tuberculeuse aiguë et mortelle de Graves.

Déjà Bard avait décrit des granulies discrètes, des granulies migratrices, des granulies curables, et il faisait de la granulation fibreuse le substratum anatomique de ces formes. Hubschmann prétend que certaines formes de granulie exsudative sont susceptibles de régresser. A. Delille et Gavois décrivent chez l'enfant, des granulies pulmonaires atténuées, surajoutées à une tuberculose ganglionnaire, pleurale ou péritonéale, et dont seule la radiographie permet le diagnostic. Ces auteurs suspectent de plus le rôle de la granulie discrète dans bon nombre de syndromes de typho-bacillose évoluant chez l'enfant.

Ludeke, chez des enfants morts de méningite tuberculeuse, met en évidence à l'autopsie, dans le poumon, la rate, le foie, des traces de tuberculose miliaire guérie. Outaneda et Rottger décrivent, sous le nom de broncho-alvéolite micronodulaire tuberculeuse, des manifestations qui s'expriment cliniquement par des signes de bronchite, radiologiquement par une image granulique bilatérale ou limitée à un côté, et qui évoluent vers la résolution rapide et complète. Enfin, Burnand montre bien que nombre de granulies dites secondaires, venant compliquer une tuberculose pulmonaire ancienne, affectent une forme discrète et ne sont pas immédiatement mortelles.

Mais c'est surtout le concept de granulie froide qui devait bouleverser nos conceptions en ce domaine. Comme l'ont montré Burnand et Sayé, puis Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille, il s'agit en effet ici de tuberculeux torpides, apyrétiques, paucibacillaires, hémoptoïques, rappelant aussi peu que possible le tableau de la granulie asphyxique. Cependant dans l'un et l'autre cas, l'aspect radiographique des poumons est, sinon identique, du moins très voisin. Les images, micronodulaires de la granulie froide apparaissent, en effet, sur un fond gris, comme un semis de grains irrégulièrement arrondis, de dimensions variables, mais toujours petits (Hautefeuille). Mais de plus, et à la différence de ce qui s'observe dans la granulie aiguë, on voit s'adjoindre aux granulations un dessin réticulé, irradiant en éventail à partir des hiles, et réunissant entre eux les innombrables micronodules semés dans les deux champs pulmonaires : cette accentuation de la trâme répond au processus de sclérose interstitielle diffus qui caractérise la granulie froide.

Des intermédiaires existent d'ailleurs entre granulie aiguë et granulie chronique. Un épisode granulique aiguë, donnant un tableau de typho-bacillose, peut en effet « se refroidir » et affecter par la suite une évolution torpide (A. Delille et Gavois). Inversement, une granulie froide peut voir se réveiller une évolution active : c'est à ces faits que Brulé, Huguenin et Foulon attribuent le terme de granulie tiède.

Toutes ces notions impliquent qu'il est impossible d'établir un lien nécessaire entre le tableau clinique de l'asphyxie tuberculeuse aiguë et mortelle, et l'image radiographique dites granulique. Aussi Delarue va-t-il jusqu'à prétendre que les phénomènes asphyxiques, en pareil cas, sont relatifs, moins aux formations micronodulaires, si nombreuses soient-elles, qu'aux processus de splénisation et de congestion qui s'observent toujours dans les poumons atteints de granulie aiguë.

La confusion devient plus grande encore si l'on se réfère aux travaux récents qui ont montré comment, en de multiples conditions étrangères à la tuberculose, des images pulmonaires granuliques peuvent être rencontrées.

Ces images s'observent dans deux types de circonstances très différents. Elles peuvent répondre tout d'abord au développement réel, dans le parenchyme pulmonaire, de néo-formations micro-nodulaires d'origine syphilitique, cancéreuse, silicotique, etc... Mais, d'autre part, l'aspect granulique peut être réalisé aussi par l'image dénommée par Sergent, Cottenot et Poumeau-Delille, « en mailles de filet ». Cette image apparaît constituée de deux éléments :

A) Des mailles, minces contours opaques de forme polygonale, dessinant le contour des lobules pulmonaires.

B) Des nœuds, opacités punctiformes simulant à s'y méprendre des formations granuliques et dus en réalité à l'entrecroisement d'ombres linéaires situées à des niveaux différents.

Or, cette image en mailles de filet peut s'observer dans tous les cas où le contour lobulaire subit une opacification anormale. Cette opacification peut être relative aussi bien à une accentuation de la trame interstitielle du poumon (par périlobulite ou congestion vasculaire), qu'à un épaississement de la paroi lobulaire (par lobulite, alvéolite) ou même qu'à la présence d'un exsudat intra-alvéolaire épais accentuant le contour lobulaire.

On conçoit que, dans ces conditions, l'image granulique puisse être simulée dans des conditions pathologiques multiples les plus dissemblables.

Effectivement, il n'est guère de maladie du poumon où l'aspect granulique ne soit parfois décelé par l'examen radiographique.

Dans la syphilis pulmonaire, Favre et Contamin, Gaté et Dechaume, Romand-Monnier ont décrit une forme granulique due à l'efflorescence dans le parenchyme de multiples nodules miliaires scléro-gommeux ou plasmocytaires, et donnant à l'examen radiographique une image granulique typique.

Le développement brutal, autour de ces nodules, de lésions étendues de congestion ou de splénisation, de nature banale ou spécifique, est même susceptible d'engendrer, chez ces malades, un tableau de dyspnée, de cyanose, de fièvre, reproduisant trait pour trait l'aspect clinique de la granulie tuberculeuse aiguë et capable d'évoluer vers la mort en huit à quinze jours. Seules, dans ces cas, la notion d'une syphilis ancienne et la nature anatomique des lésions permettent d'aboutir à un diagnostic singulièrement difficile à régler.

Dans d'autres cas, la mise en œuvre d'un traitement antisyphilitique énergique est en mesure d'entraîner la guérison.

Le cancer du poumon compte lui aussi parmi ses multiples variétés cliniques une forme granulique : c'est la carcinose miliaire du poumon, à laquelle Gloor Walther, Amsler, etc., ont consacré des études. Les granulations correspondent au développement de micronodules néoplasiques multiples ; elles sont habituellement prédominantes au niveau des hiles et des bases pulmonaires, signe distinctif capital d'avec l'image granulique tuberculeuse, uniformément répartie à la totalité des deux poumons. Comme la granulie tuberculeuse aiguë, elle s'accompagne de dyspnée et aboutit rapidement à la mort ; mais son évolution est d'ordinaire apyrétique. Enfin, l'examen histologique fait aisément le diagnostic.

A côté de la carcinose miliaire du poumon il y a lieu de placer la lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée sans cancer du poumon, décrite par Bard, Costedoat, Cottin, etc... Cette généralisation lymphatique est secondaire au développement d'un cancer gastrique ou utérin. Elle engendre de la dyspnée, de la cyanose, de la fièvre, et surtout, à l'examen radiographique du poumon, une image en mailles de filet dont les entrecroisements donnent des opacités arrondies et multiples simulant la granulie. Le diagnostic est fait par la découverte du néoplasme originel et par l'examen nécropsique.

Les broncho-pneumopathies aiguës banales peuvent donner naissance, elles aussi, à des images granuliques ou pseudo-granuliques. Il en est ainsi, en particulier, à la période d'état de la bronchite capillaire, comme l'ont montré Bezançon, Jacquelin et Tribout. Il peut en être de même à la suite de certaines pneumonies, broncho-pneumonies ou congestions pulmonaires, un véritable état séquelle de type granulique s'observant dans ces conditions Grenet et Isaac Georges, Bezançon, Sergent, Caussade et Tardieu, Olmer, Paillas et Vague ont insisté sur ces faits. Dans le même cadre aussi, entrent les images granuliques post-coquelucheuses, décrites par Poix et Lamy, et les aspects micronodulaires observés par Assmann dans la dilatation bronchique.

Il semble que, dans tous ces cas, les granulations radiologiques fassent partie intégrante d'une image en mailles de filet répondant à une congestion active des cloisons interlobaires.

L'image granulique observée au cours de certaines pneumokonioses, en particulier de la silicose et de la schistose, est aujourd'hui classique. Elle répond au développement, dans le parenchyme pulmonaire, de nodules silicotiques, dont la texture histologique est parfaitement connue. Radiologiquement, les nodules apparaissent petits, très opaques, à limites précises, de dimensions uniformes. D'abord localisés à la région hilaire, ils tendent ensuite à gagner les régions moyennes et basilaires, mais respectent en général le sommet. Ils peuvent être plus nombreux à droite. Toujours, ils s'associent à un aspect d'opacification de la trame analogue à celui de la granulie froide. Selon le type de la pneumokoniose, l'image des granulations différerait quelque peu l'inhalation de poussières de grès aboutirait à des nodules très opaques et très nets, rappelant la grenaille de plomb ; l'asbestose, l'absorption de particules de ciment donneraient des granulations plus fines et plus floues : mais il s'agit là de nuances souvent difficiles à apprécier.

Evidemment, le diagnostic avec la granulie froide est malaisé ; on le conçoit d'autant mieux que l'on se rappelle l'intrication étroite et mal élucidée qui lie la tuberculose à certaines pneumokoniose, en particulier à la silicose.

Tous les processus de congestion du parenchyme pulmonaire peuvent être à l'origine d'une image granulique ou pseudo-granulique.

Dans une première série de cas, il s'agit d'états de congestion active : nous abordons ici la question importante des images granuliques post-hémoptoïques.

Cardis, le premier, puis Autrian et Willis, Bezançon, Bernardet Schwob, Thoyer montrèrent en effet que les hymoptysies, surtout les hémoptysies tuberculeuses peuvent déterminer l'apparition de taches nodulaires, parfois disséminés, à toutes l'étendue des deux poumons. Ces images anormales peuvent disparaître complètement en quelques semaines ou quelques mois.

La pathologie de tels faits a été très discutée, sans doute parce que l'image granitée post-hémoptoïque est relative, en réalité, à des processus divers.

Les opacités nodulaires observées peuvent répondre tout d'abord à la seule pénétration de sang dans les alvéoles pulmonaires ; au passif de cette hypothèse, il faut signaler que l'injection expérimentale de sang dans la trachée n'entraîne pas l'apparition d'ombres pulmonaires anormales.

Ou bien l'image granitée post-hémoptoïque doit être rapportée à une réaction banale de l'alvéole pulmonaire irrité par le sang.

Ou bien enfin, le sang de l'hémoptysie pénètre dans des lobules pulmonaires antérieurement sains, les ensemence de B. K. et y détermine une tuberculose disséminée et rapidement curable. Expérimentalement, Austrian et Willis ont pu réaliser des faits de ce genre, par l'injection intra-trachéale de sang bacillifère chez des animaux sensibilisés par une injection antérieure de B. K. sous la peau.

Sans doute chacune de ces hypothèses a-t-elle sa part de vérité, et l'image granitée post-hémoptoïque ne répond-elle pas à un mécanisme univoque.

La congestion passive du poumon est aussi à l'origine de certains aspects pseudo-granuliques réalisés par un épaississement de la trame interstitielle pulmonaire. Les états de stase vasculaire du poumon observés dans les cardiopathies donnent parfois naissance à de telles images.

De même, dans l'œdème pulmonaire des cardio-rénaux azotémiques, Roubier et Planchon ont décrit de fines images granitées étendues à de larges portions des parenchymes pulmonaires et rappelant l'aspect de nuage de lait dans du thé, auquel nous faisions allusion tout à l'heure.

Pour être complets, signalons quelques circonstances exceptionnelles où la radiographie put déceler dans le poumon des images granuliques, ce sont :

La périartérite noueuse de Kusmaull.

L'érythème pernis de Besnier, ou sarcoïdes de Bœck, où Pautrier put observer parfois des images pulmonaires micronodulaires qu'il croit de nature tuberculeuse.

Enfin les séquelles radiologiques d'une injection intratrachéale de lipiodol peuvent réaliser elles-aussi, dans le parenchyme pulmonaire, des images micronodulaires simulant à s'y méprendre une granulie véritable.

On voit combien sont multiples les circonstances au milieu desquelles peut apparaître l'image pulmonaire de granulie et il est inutile d'insister, après la longue énumération qui vient d'être faite sur la richesse des combinaisons possibles entre cet aspect radiologique particulier et les tableaux cliniques divers qui l'accompagnent. On conçoit que, dans ces conditions, un diagnostic exact puisse être parfois malaisé. Et ceci nous ramène à l'interprétation de l'observation qui sert d'entrée en matière à ce travail.

Chez notre malade l'association d'un tableau d'asphyxie aiguë et fébrile à une image granulique indiscutable réduit à des limites assez étroites les hypothèses possibles ; seules en effet, la syphilis, la carcinose miliaire, la bronchite capillaire et la tuberculose aiguë sont susceptibles de réaliser un tel ensemble.

Or, notre femme n'est pas syphilitique ; sa guérison élimine toute possibilité de cancer ; enfin la limitation de l'image radiologique à un poumon, l'âge de la malade rendent bien improbable l'hypothèse d'une bronchite capillaire. Reste la tuberculose granulique ; sans doute ne disposons-nous pas d'arguments indiscutables pour en affirmer l'existence ; la malade ne crache pas de B. K. (ce qui d'ailleurs ne saurait nous étonner) ; elle a guéri : donc nous ne disposons d'aucun test anatomique qui certifie la nature bacillaire des lésions. Pourtant la notion d'une période d'altération de l'état général précédant les phénomènes aigus, l'atteinte évidente de celui-ci lors de notre examen, l'irrégularité de la fièvre, enfin l'absence même de toute autre hypothèse convenable rendent singulièrement probable la nature tuberculeuse de l'affection présentée par notre malade.

Dans cette hypothèse, notre observation revêt un intérêt certain. Elle montre qu'un tableau typique d'asphyxie tuberculeuse aiguë, confirmé dans sa nature par une image radiologique indiscutable, et dont l'etrême gravité évolutive semble s'imposer, peut néanmoins aboutir à la guérison complète, en un laps de temps très court. Elle montre d'autre part qu'un tableau de dyspnée et de cyanose aiguës peut fort bien répondre à des lésions granuliques d'étendue restreinte, puisque l'image radiographique anormale chez notre malade se limitait à l'un des deux poumons. Ceci vient bien à l'appui des vues de Delarue qui, comme nous le signalions ci-dessus, accuse, des tableaux cliniques observés, moins les granulations elles-mêmes que les lésions étendues de splénisation qui les accompagnent.

Si maintenant nous supposons, hypothèse bien fragile à la

vérité, que l'affection aiguë de notre malade fut non point bacillaire, mais de nature banale, notre observation pourtant ne perd pas son intérêt : elle montre qu'un tableau de granulie apparemment typique peut n'être que l'expression d'une pneumopathie banale d'évolution rapidement favorable et de pronostic bénin.

Ainsi, une étape de plus se trouve franchie dans le démembrement du syndrome granulie. C'est devenu un lieu commun de dire que l'image radiographique de la granulie est une image banale, sans spécificité, observée en bien d'autres circonstances que le tableau clinique de granulie pulmonaire tuberculeuse aiguë et mortelle. On sait que le tableau d'asphyxie aiguë et mortelle se rencontre associé à une image radiographique micronodulaire en d'autres conditions que la granulie tuberculeuse, dans la granulie syphilitique par exemple ou dans la carcinose miliaire. On sait qu'une granulie tuberculeuse s'exprimant par une image radiologique typique, mais par des signes discrets, peut aboutir à la guérison : c'est la granulie curable de Bard. Ce qu'en outre de tous ces faits nous apprend notre observation, c'est qu'un tableau d'asphyxie aiguë fébrile associé à une image radiologique typique de granulie peut évoluer rapidement vers la guérison, qu'il s'agisse véritablement d'une granulie tuberculeuse aiguë spontanément curable, ou qu'une infection d'ordre banal soit susceptible de réaliser un tel tableau.

Dans les deux hypothèses, des observations de ce type apportent une preuve de plus des difficultés de diagnostic et de pronostic que posent les syndromes granuliques. Il n'est pas trop d'un examen minutieux des malades et de la connaissance approfondie du problème général des granulies pour éviter les erreurs qui, en cette matière, guettent constamment l'esprit non averti.

CLINIQUE INFANTILE

Méthodes cliniques d'appréciation de l'état de nutrition des enfants d'âge scolaire [1]

Par M. le Professeur NOBÉCOURT

La *Section d'hygiène de la Société des Nations* a convoqué, pour les 8, 9 et 10 décembre 1936, une Commission chargée d'étudier les *Méthodes d'appréciation de l'état de nutrition des enfants*, méthodes susceptibles d'être utilisées pour des études comparatives intéressant les enfants, surtout à l'âge scolaire.

Les travaux de cette Commission ont été préparés par divers rapports publiés cette année dans le *Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations.* J'ai moi-même écrit, avec M. Vitry, un rapport sur : *Les méthodes cliniques d'appréciation de l'état de nutrition des écoliers.*

J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous mettre au courant de cette question.

***

Précisons d'abord ce qu'on entend par ÉTAT DE NUTRITION. Une définition n'est pas inutile car, dans les différents pays, on n'est pas d'accord sur la signification de ce mot. Une certaine confusion règne entre *nutrition* et *alimentation* : pour ne prendre qu'un exemple, en Allemagne, un seul mot *Ernährung* signifie à la fois alimentation et nutrition ; en France et dans d'autres pays, au contraire, deux mots, *alimentation* et *nutrition*, servent à désigner des phénomènes qui sont très différents.

L'*alimentation*, c'est l'usage des *aliments*, c'est-à-dire des matières qui, introduites dans l'organisme, servent à la nutrition. Aliment vient d'*alimentum* et ce mot vient de *alere*, nourrir.

La *nutrition* sert à désigner les phénomènes d'assimilation et de désassimilation qui se produisent dans l'intimité de la cellule vivante. Nutrition vient de *nutritio* et ce mot vient de *nutrire*, nourrir.

La nutrition est une propriété essentielle et générale des cellules ; elle caractérise la vie ou, plus exactement, comme l'a écrit Charles Bouchard, « c'est la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction. »

Pour que la nutrition s'effectue régulièrement, de nombreuses *conditions* sont nécessaires : interviennent des *facteurs exogènes* et des *facteurs endogènes*.

Facteurs exogènes. — C'est l'alimentation, qui doit être appropriée, équilibrée et suffisante.

Ce sont les conditions du milieu : l'air, la chaleur, la lumière, etc...

C'est enfin le genre d'existence lui-même.

Facteurs endogènes. — Ce sont la structure et l'activité fonctionnelle des cellules.

Ce sont la structure et l'activité fonctionnelle de tous les appareils et organes, organes de la digestion, de la respiration, de l'élimination, du système nerveux, des glandes endocrines.

Quand toutes ces conditions sont réalisées la nutrition est bonne, régulière, normale.

La bonne nutrition, écrit Sir George Newmann, cité par MM. Et. Burnet et W.-R Aykroyd dans un rapport sur *L'alimentation et l'hygiène publique*, publié dans le *Bulletin trimestrtel de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations* de juin 1935, la bonne nutrition se traduit par « le bien-être et le fonctionnement régulier de l'ensemble de l'organisme ».

Autrement dit l'état de bonne nutrition c'est l'*état de santé.*

Dans ma leçon du 16 novembre 1935, publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier 1936, j'ai étudié *La santé et ses manifestations extérieures chez les enfants*

J'ai donné la définition suivante de la santé : « La santé est l'état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse. Cette modalité du fonctionnement est conditionnée par une complexion normale des appareils, des organes, des tissus, des humeurs. Elle l'est, en outre, par ce *quid ignotum*, que chacun reçoit de ses ascendants au moment de la fusion du spermatozoïde et de l'ovule et qu'on appelle *activité vitale* ».

Quand les conditions ne sont pas favorables, la nutrition est troublée, l'individu n'est plus à l'état de santé.

Apprécier l'état de nutrition d'un enfant revient à préciser s'il est ou non à l'état de santé.

Pour apprécier si un enfant est ou non à l'état de santé, si sa nutrition est régulière, un examen aussi complet que possible est indispensable. Cet examen doit porter sur les caractères physiques et sur l'exercice des fonctions.

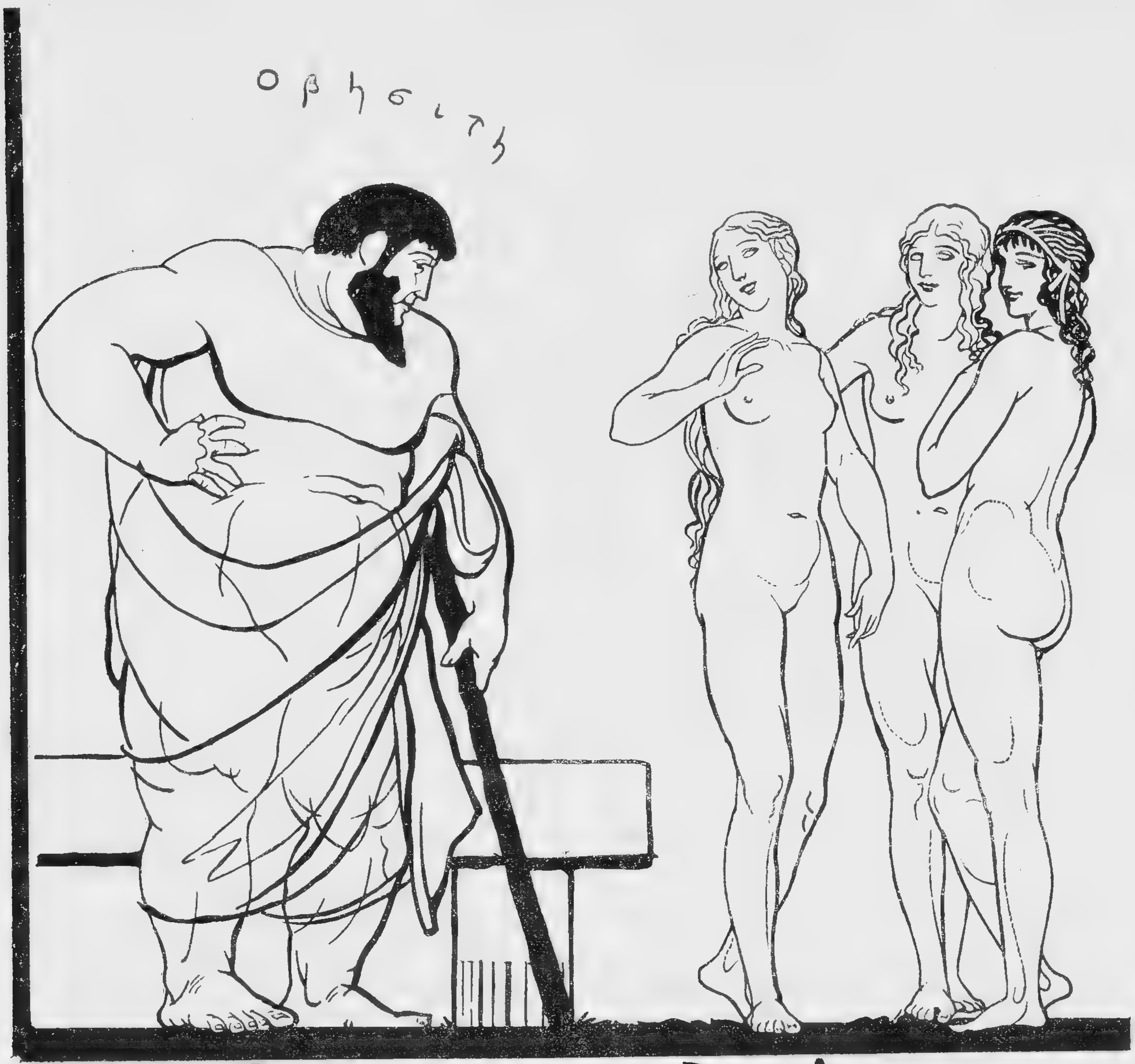
L'examen des *caractères physiques* permet de juger si la constitution et la complexion, c'est-à-dire la structure et l'agencement des appareils, des organes, des tissus, des humeurs, sont bons.

L'axamen de l'*exercice des fonctions* établit si celles-ci sont régulières et harmonieuses.

Quand on veut établir des RÈGLES D'EXAMEN, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles cet examen doit être fait et du but qu'on cherche à atteindre.

L'étude d'un enfant peut être poursuivie dans un *intérêt*

(1) Leçon faite à *la Clinique médicale des enfants* (Hôpital des Enfants-Malades), le samedi 5 décembre 1936.


οβησιτη

scientifique ; elle demande alors un examen clinique et des recherches de laboratoire qui sont longues, difficiles et délicates.

Si, par ailleurs, on veut étudier de nombreux enfants, un groupe d'écoliers, par exemple, dans l'intention de rechercher *si ces enfants sont ou non à l'état de santé*, l'examen doit être poursuivi avec des méthodes simples et rapides, des *méthodes cliniques*.

Les *méthodes cliniques* peuvent être classées de la façon suivante :

1° Examen des *caractères extérieurs* :

2° Pratique de *certaines mesures du corps* pour établir les principaux *caractères anthropométriques* ;

3° Examen des *organes et des appareils*.

Je vais parler seulement des *enfants d'âge scolaire*, c'est-à-dire des enfants de 6 à 15 ans ou un peu plus, car cette limite officielle de l'enfance à 15 ans, valable pour les filles, ne l'est pas, du point de vue physiologique, pour les garçons. Cette période comprend :

La *troisième* ou *grande enfance*, qui commence à 6 ans et se termine avec l'apparition des premiers symptômes de la puberté, vers 12 ans chez les filles, vers 14 ans et demi chez les garçons.

La *quatrième enfance* ou *période de la puberté*, qui comprend trois années ; elle va, chez les filles, de 12 à 15 ans ; chez les garçons, de 14 ans et demi à 17 ans et demi. C'est une période de transformation, à laquelle fait suite la *jeunesse* qui est une période de perfectionnement.

Ces dates ne sont pas absolument fixes ; elles diffèrent suivant les races, les nationalités, les pays composant une nation, les climats ; elles diffèrent enfin grandement suivant les individus.

Je prendrai pour type les enfants que nous avons l'habitude d'observer à Paris.

***

Tous les médecins accordent une grande valeur à l'EXAMEN DES CARACTÈRES EXTÉRIEURS pour apprécier l'état de santé ; l'impression d'ensemble donnée par l'*habitus* du corps, c'est-à-dire par sa manière d'être (*habitus* signifie manière d'être) donne des renseignements précieux.

Dans leur rapport, les Professeur Gorter (de Leyde) et Cornelia de Lange (d'Amsterdam) écrivent : « Pour juger de l'état de nutrition, la plus grande valeur a de tout temps été attribuée à l'impression clinique. Il est, en effet, assez facile, pour un médecin qui a vu beaucoup d'enfants de dire si l'état de nutrition d'un enfant laisse à désirer ».

De son côté le docteur J.-C. Streng, chef du service médical scolaire de La Haye, s'exprime ainsi : « Nous admettons qu'un enfant se porte bien quand son aspect nous paraît satisfaisant, quand nous constatons chez lui la joie de vivre, quand il mange avec appétit, quand il dort bien, quand il est de temps en temps un peu espiègle. Si toutes ces conditions sont remplies, nous estimons que l'état de la nutrition ne laisse pas à désirer ».

L'enfant dont la nutrition est bonne, qui est en état de santé, a une stature, des proportions du corps, une corpulence conformes aux moyennes pour l'âge et le sexe. Il a une morphologie harmonieuse.

Son teint est frais, clair, modérément coloré.

Sa peau est ferme, souple, élastique, son tissu adipeux sous-cutané moyennement épais.

Son maintien est aisé ; il se tient droit, les épaules tombant naturellement, la poitrine dégagée, la colonne vertébrale moyennement cambrée, l'abdomen peu proéminent.

Ses mouvements sont faciles, rapides, souples.

Ses yeux sont vifs, éveillés, intelligents.

Quelques *précisions* sont nécessaires.

L'*habitus du corps* offre diverses particularités suivant l'âge et le sexe. Du fait que les modalités de l'accroissement en longueur et en volume sont différents suivant les périodes, il existe des *types morphologiques* particuliers à chaque période de l'enfance.

A partir de 6 ans jusqu'à l'éclosion de la puberté, jusque vers 13 ans, chez les filles, 15 ans et demi chez les garçons, il y a prédominance de la croissance staturale sur l'accroissement du périmètre thoracique et du poids. Aussi le corps est gracile, élancé, le thorax relativement étroit, le tissu adipeux relativement peu épais, la corpulence faible ; souvent l'enfant donne une impression de maigreur. Ces caractères réalisent le *type infantile* ou plutôt le *type puérile*, qui est un *type longiligne*, bien différent de celui présenté par les petits enfants.

Ce type s'exagère pendant la période, qu'on appelle *période prépubère*, et la *phase initiale de la puberté* qui va de 9 à 13 ans chez les filles, de 12 à 15 ans et demi chez les garçons.

A cette époque, en effet, il se produit une poussée de croissance, qui se fait surtout par les membres inférieurs ; ceux-ci sont relativement longs par rapport au buste.

A partir de l'*éclosion de la puberté*, c'est-à dire de 13 ans chez les filles et de 15 ans et demi chez les garçons, le type d'accroissement se modifie. La croissance staturale se ralentit, le buste s'allonge proportionnellement plus que les membres inférieurs et ceux-ci sont relativement moins longs par rapport à celui-là, le thorax s'élargit, le poids, l'embonpoint, la corpulence augmentent, la gracilité diminue. Le type morphologique commence à prendre les caractères du type qui se perfectionnera pendant la *jeunesse*, pour réaliser finalement le type moyen de l'adulte.

En plus de ces modifications morphologiques s'installent, à partir de 12 ans chez les filles, de 14 ans et demi chez les garçons, les *signes physiques de la puberté* : apparition de nouveaux caractères sexuels secondaires, se surajoutant à ceux qui existaient depuis la naissance, accroissement des organes génitaux externes, perfectionnement de la morphologie féminine ou masculine.

Le médecin doit bien connaître les modalités de la morphologie à chacune des périodes de l'enfance pour éviter des erreurs d'appréciation de l'état de nutrition. Notamment on qualifie souvent de maigre un enfant, pendant la poussée de croissance prépubère, alors qu'en réalité il ne l'est pas : c'est la constitution normale à cette période de l'existence. Il ne faut pas comparer l'enfant avec l'adulte ; l'enfant n'est pas, comme certains le pensent, une réduction de l'adulte, un adulte en miniature, il est différent. D'autre part, il ne faut pas considérer l'enfant comme un tout ; il y a des successions d'enfants qui, suivant les périodes de leur existence, présentent des types morphologiques différents. A chaque période, le corps a une morphologie harmonieuse qui est particulière à cette période.

***

Certaines DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES complètent et précisent l'impression donnée par l'examen des caractères extérieurs.

En clinique, le médecin ne fait pas toutes les mesures qu'utilisent les anthropologistes, car toutes n'ont pas d'intérêt pour lui. Il se borne à mesurer la taille et, dans certains cas, le buste et les membres inférieurs, à enregistrer le poids, à mesurer le périmètre thoracique.

Il est indispensable de prendre ces trois mesures et non pas une seule, car, ce qui est intéressant, ce ne sont pas la taille, le poids, le périmètre thoracique envisagés séparément, ce sont les rapports qui existent entre le poids et le périmètre thoracique, d'une part, la taille, d'autre part.

Pour interpréter les nombres obtenus, on les compare avec des *tables* qu'on considère comme représentant des moyennes. Ces tables sont différentes, non seulement suivant les pays, mais encore dans un même pays ; ces différences tiennent à la difficulté bien connue d'obtenir des moyennes et à la diversité des méthodes utilisées par les auteurs.

◆◆

MM. Et. Burnet et W.-R. Aykroyd font remarquer très justement que la comparaison peut être faite soit avec une moyenne obtenue en mesurant tous les enfants sans choix préalable, soit avec un optimum établi sur une sélection de sujets particulièrement bien développés.

La sélection me paraît un procédé arbitraire, car il est difficile de fixer les limites de l'état normal.

En général, les tables sont dressées avec des sujets non choisis. Mais, pour que ces moyennes aient quelque valeur, il faut qu'elles portent sur un grand nombre d'enfants, afin de restreindre, autant que possible, l'influence des individus qui diffèrent plus ou moins de la moyenne.

Pour ma part, j'ai adopté les moyennes que j'ai publiées, en 1929, dans un livre sur les *enfants trop petits*, en 1934, dans le *Traité de Médecine des enfants*, et enfin dans les *Feuillets médicaux* qui sont en cours de publication.

La *taille* est la première mesure à prendre. Les autres n'ont intérêt que si on les compare à la taille.

La croissance staturale se poursuit suivant un rythme bien défini. Il y a un ralentissement de l'accroissement qui commence avant 6 ans, mais s'accentue après cet âge. Puis se produit une poussée d'accroissement, chez les filles, de 9 à 13 ans ; chez les garçons, de 12 à 15 ans et demi ou 16 ans. A celle-ci succède une phase de ralentissement assez rapide qui aboutit à la stagnation de l'âge adulte.

La mesure de la taille permet de constater si la croissance est moyenne, exagérée ou insuffisante ; si, à un âge donné, l'enfant a une taille moyenne, une haute stature ou une petite stature.

La taille renseigne uniquement sur l'activité des cellules des cartilages de conjugaison, dont la prolifération entraîne l'allongement des os longs, et sur celle des cellules qui assurent l'épaississement des corps vertébraux. Elle témoigne de l'état de nutrition de ces cellules ; elle ne renseigne nullement sur la nutrition générale dont elle est indépendante, dans une certaine mesure.

Dans certains cas cependant il y a corrélation entre un trouble de la croissance staturale et un trouble de la nutrition générale — il en est ainsi, par exemple, chez les enfants atteints de myxœdème congénital — qui ont une croissance staturale insuffisante et, d'autre part, présentent les troubles de la nutrition caractéristique.

Les troubles de la croissance staturale peuvent donc attirer l'attention sur des troubles de la nutrition et aider à préciser leur nature ; mais ils ne nous renseignent pas directement sur l'état de nutrition d'un enfant.

On peut également mesurer le *buste* et les *membres inférieurs*.

Le buste B est la partie du corps comprise entre le vertex et le plan du siège sur lequel est assis l'enfant.

La hauteur des *membres inférieurs*, désignée par la lettre S, est obtenue en soustrayant le buste de la taille : S = T — B.

Avec ces deux mesures on calcule le *rapport de Manouvrier* $\frac{S}{B}$ qui est le rapport entre les membres inférieurs et le buste.

Quand ce rapport est moyen pour la taille on dit que le sujet est masoskèle ; quand le rapport est supérieur, l'enfant est macroskèle ; quand le rapport est enférieur le sujet est brachyskèle.

En réalité, les mesures du buste et des membres inférieurs, le rapport de Manouvrier ne renseignent pas sur l'état de nutrition. Cependant on peut penser qu'un sujet, qui est macroskèle, qui a de grandes jambes et un buste court n'a probablement pas une bonne nutrition, car les organes de la respiration, de la circulation, et de la digestion, logés dans un tronc raccourci, peuvent ne pas fonctionner régulièrement. De fait, la santé des enfants, qui ont une forte macroskélie, laisse souvent à désirer.

Le poids peut apporter des données utiles sur l'état de nutrition à condition qu'il soit bien interprété.

Les tables de poids donnent les poids moyens de chaque année d'âge. Ces poids moyens diffèrent suivant les tables dressées dans des pays différents ; ils diffèrent dans un même pays ; aussi faut-il ne leur accorder qu'une valeur relative.

Les poids moyens à un âge donné sont ceux de sujets ayant une taille moyenne. Ces enfants ont des rapports du poids à la taille moyens.

Mais les enfants d'un même âge ont des tailles très diverses ; il faut en tenir compte pour interpréter le poids et son rapport avec la taille.

Si l'enfant observé a la taille moyenne de son âge, on peut le comparer, ainsi que son rapport avec la taille, aux moyennes de l'âge.

Si l'enfant a une taille inférieure à la moyenne de son âge, il faut comparer son poids et son rapport du poids à la taille avec les moyennes des enfants plus jeunes dont il a la taille.

Si l'enfant a une taille supérieure à la moyenne de son âge, il faut comparer son poids et son rapport du poids à la taille avec les moyennes des sujets plus âgés, enfants, jeunes gens et même adultes, dont il a la taille.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter : le poids, le rapport du poids à la taille sont conformes aux moyennes pour la taille : on peut en conclure que la nutrition est normale.

Le poids et le rapport du poids à la taille sont supérieurs ou, au contraire, inférieurs aux moyennes pour la taille ; alors on peut penser que la nutrition est troublée ; suivant les cas, il y a soit tendance à l'obésité ou même obésité soit tendance à la maigreur ou même maigreur.

Mais, pour tirer ces déductions, il faut que les écarts avec les moyennes soient assez importants. Quand les écarts sont faibles, il faut se rappeler qu'un enfant de petite stature a souvent un poids et un rapport du poids à la taille plus élevés que l'enfant de même taille, qui a la taille de son âge. Inversement si l'enfant a une haute stature, son poids et son rapport du poids à la taille sont souvent un peu inférieurs à ceux d'un sujet plus âgé de même taille, qui a la taille de son âge.

J'ai souvent fait ces diverses constatations chez des enfants trop grands ou trop petits, ayant soit de l'hypertrophie soit de l'hypotrophie staturales.

Et M. J.-C. Streng (de La Haye) fait la même remarque. Il écrit : « Un enfant moins grand que la hauteur normale correspondant à son âge pèse plus qu'un enfant dont la hauteur est en proportion avec son âge. En d'autres termes, les enfants trop grands pour leur âge, c'est-à-dire dont la croissance est trop rapide, sont physiologiquement plus maigres que les enfants dont la croissance est retardée ».

Cette opinion est exacte, mais il ne faut pas à mon avis, trop la généraliser : j'ai souvent rencontré des enfants soit trop petits soit trop grands qui avaient exactement le même poids et le même rapport du poids à la taille que les enfants de même taille, qui avaient l'âge de leur taille.

Chez les enfants à l'état de santé, dont la nutrition paraît normale, il y a souvent des différences individuelles importantes dans les poids et dans les rapports du poids à la taille.

Il est très difficile de préciser la limite entre le poids moyen et le poids qui est anormal, soit par excès, soit par déficience.

Pour ma part, j'admets qu'un écart de plus ou moins de 15 % avec le poids moyen pour la taille marque la limite entre l'état normal avec l'obésité, d'une part, la maigreur, d'autre part. Je me hâte de dire que cette limite est arbitraire et n'a rien d'absolu.

En 1933, M. Emerson, cité par MM. Burnet et Aykroyd, fixe pour limites 10 % au-dessous de la moyenne et 20 % au-dessus ; il admet qu'un excès de 10 % sur la moyenne est un optimum. Cette dernière opinion est importante à relever ; en effet, un enfant bien portant est souvent un peu gros ; un excès de 10 % sur la moyenne témoigne

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Thérapeutiques déplétives dans le traitement de l'asystolie

Elles sont de deux ordres : *directes*, ce sont la saignée, les ponctions ; *indirectes*, médicamenteuses, ce sont d'une part les purgations et lavements qui tendent à drainer l'excès hydrique vers l'intestin, et d'autre part les diurétiques qui le drainent vers le rein.

A) Méthodes directes

1° La saignée. Elle a connu une faveur excessive. A l'heure actuelle, au contraire, peut être ne saigne-t-on pas assez. Je sais bien qu'on saigne toujours *larga manu* au cours de l'œdème aigu du poumon. Mais, au cours de l'asystolie banale, ce moyen, d'action si mystérieuse encore mais si efficace, est nous semble-t-il, actuellement, un peu négligé. On a parlé des dangers possibles de la saignée, en particulier cérébraux chez certaines athéromateux. C'est vrai. Mais, hors de ces cas qui tombent sous le sens, la saignée prudente de 2à 300 grammes, *à l'aiguille* plutôt qu'au bistouri, est le prélude indispensable au traitement, et qu'on peut sans inconvénient renouveler au bout de quelques jours s'il y a lieu. En tout cas, les ventouses scarifiées aux bases pulmonaires en arrière, 6 de chaque côté, à la région hépatique, font merveille. Elles ajoutent à la déplétion circulatoire générale (une bonne ventouse scarifiée « donne » 8 à 10 c. c. de sang) une action non négligeable de décongestion locale.

2° Les ponctions. Elles peuvent intéresser le tissu sous-cutané, les séreuses, l'espace sous arachnoïdien.

a) *Exceptionnelles sont les indications des mouchetures.* D'une part un traitement correct de l'asystolie (1) en rend l'emploi inutile. D'autre part il faut ne s'y résoudre que la main forcée car elles ouvrent passage à l'infection. Cependant il peut arriver que la sitation soit telle que la soustraction mécanique de l'œdème sous-cutanée s'impose. Si l'on a à sa disposition des *tubes de Southey* on les mettra en place. Sinon, on prendra des précautions très grandes d'asepsie et d'antisepsie (oindre les membres mouchetés d'huile eucalyptolée ou de pommade au collargol). Si éventuellement une infection se produisait, étant donné qu'elle est pratiquement toujours due au streptocoque, on mettrait immédiatement en œuvre la chimiothérapie spécifique (rubiazol ou septazine) dont on connaît les si remarquables effets.

b) Exceptionnellement aussi on aura besoin de recourir à la *rachicentèse évacuatrice*. Cependant si, comme dans le cas récent du Professeur Carnot, il existait une hypertension intracrânienne inquiétante (par œdème cérébro-méningé), on en pourrait, comme l'a vu l'auteur, retirer un considérable bénéfice : permettre au sujet d'attendre que le traitement habituel fasse son œuvre.

c) *Faut-il vider systématiquement les épanchements des séreuses*? Question singulière. Ne dit-on pas qu'il faut «lever les barrages » pour permettre à la digitale d'agir ? Il y a là quelque excès de schématisation.

Certes, on ponctionnera un épanchement séreux (pleural surtout, péritonéal plus rarement) qui par son développement même est un danger et une gêne permanents pour le sujet. Mais on ne doit pas oublier qu'un sujet qui a accumulé dans son système lacunaire dix à quinze kilogrammes d'œdème n'a aucune difficulté à reproduire immédiatement l'épanchement soustrait. D'autre part, l'irritation pleurale n'est pas un mythe et des ponctions répétées en arrivent à transformer en pleurésie tenace un hydrothorax banal. Le vrai traitement des épanchements séreux de l'asystolie c'est celui de la défaillance cardiaque. La réciproque n'est pas vraie.

(1) Voir à ce sujet : M. Perrault. — A propos du traitement des asystolies rebelles. (*La Médecine Internationale Illustrée*, février 1936, p. 54.)

B) Méthodes indirectes

1° Purgations et lavements hydragogues. A la classique *purgation* par les drastiques parfois, la trouvant un peu brutale, nous préférons substituer, chez des malades fatigués, un lavement de 250 c. c. avec 60 grammes de sulfate de magnésie. Nous disons bien magnésie, et non soude. Le lavement purgatif du Codex donne en effet des coliques souvent violentes et détermine une hydrorrhée modeste. Le lavement avec le sulfate de magnésie ne donne aucune colique et détermine l'évacuation d'une quantité d'eau considérable. On peut, dans ces conditions, le renouveler souvent, tous les deux jours par exemple.

2° Les diurétiques. *De toutes les médications déplétives, ce sont les plus efficaces et les plus nécessaires.*

Nous n'envisagerons pas ici l'action diurétique des cardiotoniques (digitale, ouabaïne). Nous laisserons également de côté la théobromine et la scille, bien classiques et à l'égard desquelles il serait difficile de dire quelque chose de nouveau.

L'acidose thérapeutique par le chlorure de calcium, le chlorure ou le nitrate d'ammonium, a pu, soit à elle seule, soit à titre de médication préparante et auxiliaire de diurétiques mercuriels, donner de remarquables résultats aux auteurs étrangers, et, en France, à Blum (pour le chlorure de calcium), à Pasteur Vallery-Radot et Gilbrin (pour le nitrate d'ammonium). Il faut répudier l'usage des *tisanes réputées diurétiques* qui apportent dans la ration beaucoup trop d'eau et sont au premier chef un facteur de perennisation de l'œdème.

Les sucres, aliment fondamental du cardiaque, peuvent agir utilement sur la diurèse, surtout sous forme de lactose. Ce n'est qu'un petit moyen.

Petit moyen, souvent utile d'ailleurs, est également l'usage du *vin d'oignon* préparé selon la formule due à M. P. Cartes :

Oignon mûr et cru ordinaire	300 grammes
Miel blanc liquide	100 grammes
Vin blanc	600 grammes

Réduire l'oignon en pulpe et tamiser de façon à obtenir dans l'ensemble une masse liquide homogène à administrer à raison de 3 à 4 cuillerées à soupe *pro die*. Agiter avant usage.

Ce sont les diurétiques mercuriels, sels organiques complexes de mercure, comme le neptal et le novurit, les deux plus employés en France, qui représentent à notre sens les moyens les plus fidèles dont nous disposions présentement. Leur mode d'action est encore mal élucidé : action rénale pour la majorité, tissulaire pour certains, mixte pour d'aucuns.

Les contre-indications consistent en l'insuffisance hépatique marquée et surtout une atteinte rénale importante.

Nous pratiquons l'injection, *intra-veineuse*, d'une ampoule de neptal ou de novurit, tous les cinq à huit jours. La diurèse obtenue est de 3 à 7 litres, dépendant naturellement, outre de nombreux autres facteurs, de l'intensité de l'anasarque. Nous n'employons plus l'injection intramusculaire, trop infidèle, même en injectant dans des zones non œdématiées ou très peu. L'injection intrapéritonéale, vantée par quelques auteurs, nous a toujours paru très inférieure en pratique à l'injection intraveineuse. Neptal et Novurit nous ont paru de valeur thérapeutique sensiblement égale. Signalons à l'actif du novurit qu'il est présenté également en suppositoires, d'activité à peu près aussi belle que celle du produit injecté par voie veineuse.

Il est bien entendu que ces thérapeutiques déplétives ne sont que des moyens adjuvants à la cure tonicardiaque également aidée par les prescriptions générales (hygiène, restriction des liquides, sédatifs assurant le sommeil, calmant la dyspnée et l'angoisse) et, quand cela est possible, par la médication étiologique. Il n'en reste pas moins que l'importance des diurétiques et des déplétifs est de premier ordre. C'est pourquoi il nous a paru opportun d'en rappeler ici l'intérêt et les moyens.

Dr Marcel Perrault,
Chef de clinique à la Faculté.

plutôt d'une bonne nutrition que d'un trouble de la nutrition.

En somme, un poids et un rapport du poids à la taille moyens pour la taille sont des tests de bonne nutrition ; un poids et un rapport du poids à la taille notablement supérieurs ou inférieurs à la moyenne pour la taille sont des tests d'une nutrition défectueuse.

Le périmètre thoracique se mesure à la hauteur de l'appendice xyphoïde, au-dessous des seins. On prend les mesures en inspiration forcée et en expiration forcée : la moyenne donne le périmètre thoracique.

Le périmètre thoracique se modifie grandement pendant la période de croissance staturale ; avant l'éclosion de la puberté, il est relativement étroit ; après l'éclosion de la puberté, il s'agrandit.

Le périmètre thoracique moyen inscrit dans les tables de croissance, à un âge donné, est moyen pour un sujet ayant la taille de cet âge ; mais il ne l'est plus si l'enfant a une taille supérieure ou inférieure à la moyenne de son âge.

Il faut alors considérer le rapport du périmètre thoracique à la taille.

Je ne répéterai pas, à propos du périmètre thoracique et de son rapport avec la taille, les considérations que je viens d'exposer à propos du poids et de son rapport avec la taille.

Le périmètre thoracique ne renseigne pas directement sur l'état de la nutrition d'un enfant, mais il renseigne indirectement : une bonne nutrition, en effet, exige une bonne respiration ; or un enfant, dont le périmètre thoracique est insuffisant, qui a un thorax étroit, un rapport du périmètre thoracique à la taille faible, a vraisemblablement des poumons peu volumineux ; si, en outre, l'ampliation respiratoire est faible, cet enfant a, suivant toute vraisemblance, une respiration insuffisante et une nutrition troublée.

Sans doute, ces données manquent de précision. Toutefois la mensuration du thorax apporte des renseignements utiles : si le périmètre thoracique et son rapport avec la taille sont moyens, il y a présomption de bonne nutrition ; dans le cas contraire, il y a présomption d'un trouble de la nutrition lié à une insuffisance respiratoire.

On peut compléter les données apportées par la mensuration du thorax par la *spirométrie*. Elle fournit des renseignements intéressants, mais c'est un procédé délicat, qui demande du temps et comporte de nombreuses causes d'erreur : ce n'est pas un procédé clinique utilisable pour l'étude rapide d'un groupe d'enfants.

La taille, le poids, le périmètre thoracique, les rapports avec la taille du poids et du périmètre thoracique, n'apportent que des données fragmentaires. Or il est intéressant de pouvoir représenter par un nombre l'habitus du corps, apprécié par l'examen des caractères extérieurs, ou plutôt la *corpulence*, c'est-à dire le rapport du volume à la taille.

Des formules diverses ont été données. En France, nous utilisons volontiers le *coefficient de Pignet*, connu sous le nom de *coefficient de robusticité*, expression mauvaise car ce coefficient n'apprend pas si le sujet est robuste ou non, mais indique seulement son degré de corpulence.

Le coefficient de Pignet (C. P.) s'obtient en soustrayant de la taille en centimètres la somme du poids en kilogramme et du périmètre thoracique en centimètres :

$$C.\ P = T\ (\text{en cm.}) - [P.\ (\text{en kg.}) + Pt\ (\text{en cm.})]$$

Le coefficient de Pignet a été calculé chez les enfants par Lucien Mayet, en 1906, par Gabriel Calvet, en 1907, et par moi-même.

Il diffère suivant les âges. Les tables le donnent d'année en année et permettent de tracer une courbe qui a son sommet pendant la période prépubère et la phase initiale de la puberté.

A chaque âge, le coefficient de Pignet moyen est moyen pour une taille, un poids, un périmètre thoracique moyens ; comme pour le poids et le périmètre thoracique, il faut le comparer avec le coefficient moyen pour la taille.

Quand le coefficient est moyen pour la taille, la corpulence est moyenne ; quand il est supérieur à la moyenne pour la taille, la corpulence est faible ; quand il est inférieur à la moyenne pour la taille, la corpulence est forte.

Il convient d'ailleurs de pousser l'analyse plus loin car, pour une même taille, le coefficient dépend du poids et du périmètre thoracique.

Un coefficient de Pignet élevé peut l'être parce que le poids est faible, parce que le périmètre est faible ou bien parce que les deux sont faibles.

Un coefficient de Pignet faible peut l'être ou parce que le poids est fort, ou parce que le périmètre thoracique est grand, ou pour les deux raisons.

Le coefficient de Pignet nous renseigne donc dans une certaine mesure sur l'état de nutrition : quand le Pignet est moyen pour la taille, il y a présomption de bonne nutrition ; quand le Pignet est trop fort ou trop faible pour la taille, il y a présomption de mauvaise nutrition.

Somme toute, les différents caractères, que je viens d'envisager, peuvent être des tests d'une bonne nutrition ou d'une nutrition défectueuse.

Quand ils sont normaux, ils ne suffisent pas pour permettre d'affirmer que la nutrition est normale.

***

L'EXAMEN DES ORGANES ET DES APPAREILS est toujours indispensable pour se rendre compte de leur fonctionnement. Si l'enfant ne respire pas bien, s'il digère mal, s'il a une circulation défectueuse, s'il n'a pas de bonnes fonctions d'élimination, la nutrition est fatalement défectueuse. Il faut se rappeler, d'autre part, que les enfants peuvent paraître en état de santé et cependant être malades, témoin certains enfants tuberculeux qui ont un aspect véritablement floride.

Il est donc nécessaire de faire un examen médical pour constater si tous les organes sont normaux, ou s'il existe des troubles ou des affections qui peuvent être soit la cause, soit la conséquence de troubles de la nutrition.

Ces examens se font conformément aux règles de la clinique et je n'en parle pas.

***

L'examen des caractères extérieurs, les données anthropométriques, l'examen des organes, des appareils, apportent donc des témoignages de l'état de nutrition, mais ce sont des témoignages indirects ; ils renseignent surtout sur l'état physique ; ils renseignent peu sur l'exercice des fonctions ; or c'est la fonction qui importe avant tout.

On ne peut pas demander davantage quand on doit procéder à l'examen d'un grand nombre d'enfants. Comme le font remarquer MM. Burnet et Aykroid : « on convient généralement que la meilleure méthode est l'examen clinique par un médecin exercé ».

Cet examen clinique permet de classer les enfants en DEUX GROUPES.

Dans le *premier groupe*, les enfants ont des tailles moyennes, des tailles élevées ou des tailles petites pour leurs âges. Ils présentent les caractères extérieurs de la santé. Leurs poids et les rapports du poids à la taille, leurs périmètres thoraciques et le rapport du périmètre thoracique à la taille, leurs coefficients de Pignet sont conformes aux moyennes pour la taille. L'examen des appareils et des organes ne révèle rien d'anormal. Il est vraisemblable que ces enfants ont une bonne nutrition.

Dans le *second groupe*, les enfants ont des tailles moyennes, élevées ou petites pour leurs âges. Ils n'ont pas les caractères extérieurs de la santé. Leurs poids et les rapports du poids à la taille, leurs périmètres thoraciques et les rapports du périmètre thoracique à la taille, leurs coefficients de Pignet ne sont pas conformes aux moyennes pour la taille ; ils sont gros ou maigres. L'examen des appareils et des

organes décèle ou non quelques troubles fonctionnels et même une affection. Il est vraisemblable sinon certain que ces enfants ont une nutrition défectueuse.

Dans cette dernière éventualité, il est nécessaire de procéder à un examen médical plus approfondi et de se livrer à une enquête étiologique. Cette enquête et l'examen clinique permettront de conclure soit à une maladie, soit à une mauvaise hygiène, notamment à une alimentation défectueuse par quantité ou par qualité.

Seule l'*enquête médico-sociale* peut permettre de remonter à l'origine du trouble de la nutrition et de dicter les *mesures* appropriées.

L'enquête sur l'état de la nutrition, entreprise par la *Section d'hygiène de la Société des Nations*, a pour point de départ le fait qu'à la suite de la guerre et des révolutions qui ont engendré des troubles économiques, l'alimentation des enfants a été, dans beaucoup de pays, très défectueuse, très insuffisante comme quantité et comme qualité. Ce point de départ montre bien l'importance de distinguer nettement l'alimentation de la nutrition. Les enfants insuffisamment ou mal alimentés ont des troubles de la nutrition causés par l'insuffisance ou le vice de l'alimentation, et il faut en rechercher la cause. Mais, quand nous examinons les enfants, nous ne pouvons pas dire, d'après les phénomènes que nous constatons, s'ils sont insuffisamment ou mal alimentés : c'est l'enquête médico-sociale seule qui permet de remonter à la cause.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine (1)

Par **Pr. MERKLEN**

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

VI. La pléthore médicale

Le chiffre élevé des étudiants en médecine suscite de nombreuses préoccupations. On a cherché le remède, mais ceux qui ont été proposés n'ont pas abouti. Il est hors de doute que la solution est délicate.

Les uns disent avec une part de raison que le danger est moins dans la proportion des étudiants que dans la répartition des médecins. Et conséquence naturelle, il y aurait en effet possibilité de créer des postes d'omnipraticiens et de spécialistes en des régions non suffisamment pourvues ; ne devraient s'y engager que les praticiens informés et loyalement informés. Mais de là à guérir la pléthore il y a loin.

Parfois paraissent des statistiques établissant le pourcentage des médecins par habitants. Pour exactes qu'elles soient, et elles le sont d'ordinaire à peu près, elles ne sauraient valoir dans les déductions dont on les fait trop souvent suivre. A côté du pourcentage force est de compter avec bien d'autres facteurs, avec celui de la richesse du pays, de la nature de sa population, de la dissémination de cette dernière, de sa façon de considérer et d'interpréter soins et thérapeutique, de la part revenant à la médecine dite sociale, etc... En un mot la question n'est pas mathématique et ne peut être envisagée que par enquête sur place.

L'incontesté est que le médecin se sent souvent attiré par et vers les grands centres. En cela il ne fait qu'obéir à une évolution générale et il ne se distingue pas d'un grand nombre de gens de toutes classes et de toutes conditions. Le même moteur entre en jeu. La vie plus agréable et plus mouvementée des villes, le cinéma selon l'expression qui résume le reste ? Oui sans doute. De même le besoin d'une ambiance ; ou encore des motifs utilitaires comme l'éducation des enfants. De même, et plus communément peut-être, la densité que médecins ou autres invoquent sans ambages : dans un raisonnement où il y a beaucoup de vrai ils estiment que la grande ville, par sa masse d'habitants, offre des ressources sans cesse renouvelées, où ils ont de fortes chances de glaner au bout d'un certain temps. Au milieu limité et connu du village s'opposent les rues qui se coupent et s'enchevêtrent avec leurs hôtes changeants et innombrables. L'extensibilité limitée de la clientèle agricole, l'impossibilité pour un bourg nanti de deux médecins d'offrir place à un troisième défendent à divers jeunes praticiens de toujours rencontrer facilement un poste de campagne acceptable. N'est-il dès lors pas naturel que des générations de médecins manifestent pour les grands centres une prédilection continue ? Mais à la longue la coupe déborde...

Jusqu'à présent les choses ont tenu dans un équilibre relatif grâce à l'essor pris depuis le début du siècle par la pratique des spécialités. Bien des médecins y ont trouvé leur voie. Sera-t-elle demain aussi largement ouverte ?

En résumé il ne faut pas chercher dans les modalités de répartition un remède à la pléthore ; il faut néanmoins s'efforcer de les utiliser en raison des palliatifs qu'elles sont susceptibles d'apporter.

Reste à trouver le médicament de fond.

A écouter certains médecins il est dans un *concours* à l'entrée des Facultés.

C'en serait donc fini de la largeur de pensées qui préside traditionnellement à l'entrée dans la profession médicale ? C'en serait fini de l'indépendance d'une jeunesse jalouse à forger ses armes pour les risques du lendemain ? Et plusieurs d'entre nous verraient ils leur libéralisme impénitent réduit à compter les coups portés sur le terrain médical à cet individualisme qui apparaît comme le levain de la race ?

L'idée du concours trouve son appui dans des comparaisons.

Comparaison avec les écoles de l'Etat, Polytechnique, etc... Mais songe-t-on qu'elles ont pour raison d'être de servir au recrutement de fonctionnaires de l'Etat, qui a bien le droit d'user à cet effet du concours ?

Comparaison avec des écoles type Centrale ? Ce sont là des écoles issues d'initiatives privées et administrées par des conseils autonomes. L'Etat, conscient de leur utilité, les soutient de diverses manières, comme c'est son rôle et son devoir. On conçoit qu'elles aient aussi le droit de procéder par concours.

Les médecins partisans du concours d'entrée réfléchissent-ils que leur art se développe en des formules toutes différentes ? Car, chose curieuse, il est certains des nôtres qui applaudissent à la conception du concours et qui fulminent sitôt qu'on parle de médecins fonctionnaires. Le projet ne constitue cependant rien moins que le premier pas vers le fonctionnarisation et il en favorise étrangement la genèse : au jour voulu les cadres seront tout prêts. Comme si l'Etat instituait un concours pour ne pas tôt ou tard étendre son aile ou poser sa griffe (*ad libitum*) sur le groupement limité des élus !

J'entends bien qu'on me reprochera de parler fonctionnarisme quoi qu'il ne soit question ni de traitement fixe ni de retraite. Soit. Alors c'est le principe de la charge ; impossible autrement.

(1) Voir *Progrès médical*, 2, 16, 23 janvier et 6 février 1937.



Et qu'en résultera-t-il ? Les postes devenus libres seraient naturellement réservés par leurs titulaires aux plus offrants. Est-ce là ce que l'on désire ? Pour éviter les abus l'Etat ou les syndicats établiraient bientôt une taxation. Devons-nous en arriver là ? Les annales de notre science tirent quelque gloires d'hommes que leurs humbles origines n'ont pas empêchés d'accéder aux sommets. Il n'était pas encore défendu d'être pauvre, comme si le mérite et la force de la médecine n'étaient pas que les portes en fussent ouvertes aux défavorisés du sort.

Le concours ? Ne détruisons pas ce que nous possédons de noblesse.

A d'autres égards, comment lui demander de renseigner sur la valeur médicale des candidats ? Car enfin c'est bien, n'est-ce pas, de cela qu'il s'agit ? Dans une revue qui a poursuivi une curieuse enquête sur la formation médicale, la *Chronique filmée du mois*, le Docteur Roger Raymond (de Maringuer) remarquait avec justesse que le concours fixé après le baccalauréat ne saurait que sanctionner les résultats de l'enseignement secondaire, qu'il aurait un sens analogue après l'examen de P. C. B., et qu'après la première année de médecine il favoriserait les candidats à facilité d'adaptation théorique plus que les bons praticiens en germe.

Qu'en serait-il d'un *examen* à l'entrée ?

Dépourvu de l'ostracisme du concours et de ses conséquences fâcheuses, il peut se soutenir.

Toutefois j'entends un cri : encore un examen ! Notre société est déjà grevée de tant d'examens (sauf, a-t-on remarqué, pour qui veut devenir parlementaire) ! Un de plus... Grands Dieux, si possible, évitons-le. Voilà des jeunes gens qui viennent de fournir au lycée et à la Faculté des sciences un effort mnésique de plusieurs années, et ils devraient encore recommencer ? Pitié pour eux.

Alors qu'elle solution ? Il en est une à la fois juste et simple : *la collation*. Par là s'entend que seraient collationnées les notes conférées par les trois jurys qui ont admis les sujets aux deux parties du baccalauréat et au P. C. B. ; seuls prendraient leur première inscription de médecine les jeunes gens à moyenne suffisante.

Un des avantages du système est qu'il se borne à l'utilisation de choses existantes, sans création nouvelle. Un second est qu'il donne une parfaite notion de l'ensemble de l'individu. Celui-ci est-il arrivé péniblement aux bachots et a-t-il été reçu de justesse au P. C. B., les Facultés de médecine n'ont qu'en faire. Un sujet à bonnes qualités ordinaires se classerait d'autre part assez exceptionnellement parmi les derniers au cours de chacun des trois examens et obtiendrait presque toujours la moyenne nécessaire. Le troisième avantage serait celui de l'impartialité absolue, puisque basée sur l'action de trois jurys différents.

J'ai l'impression qu'une sélection conduite de la sorte offrirait quelque intérêt. Elle ne soulèverait pas d'objections de principe et, sagement étudiée, serait susceptible d'aboutir à de bons effets.

En tout état de cause ne confondons pas sélection et limitation.

La limitation est un acte d'ordre administratif. Qu'elle se réalise par concours ou autrement, « elle risque de porter atteinte au libéralisme traditionnel de l'enseignement supérieur et ouvre une porte nouvelle, fournit un prétexte nouveau à l'ingérence étatiste », a dit très justement Paul Guérin au Centenaire de la Société médicale de l'Opéra.

Son principe peut séduire au premier abord : équilibre entre le nombre des médecins et les besoins médicaux de la population. Voilà de l'économie dirigée, et certains estimeront que proportionner l'offre à la demande constitue un progrès. Serait-ce aussi aisé en pratique que sur le papier ? J'en doute fort. Mais il y a plus. Qu'on proportionne dès qu'il s'agit de matériel, de sacs de blé ou de charbon, ce doit être efficace dans une mesure donnée. Mais dès qu'il s'agit de cérébral, c'est sûrement plus nuisible qu'utile. Il est difficile d'accepter qu'un cerveau, fût-il sorti de la réglementation la plus rigoureuse, condense assez de connaissances et de critique pour que deviennent superflus les cerveaux rejetés par la limitation, fussent-ils même inférieurs au précédent. On ne limite pas la pensée. Plus on lui permet de s'étendre, plus l'éclair a chance de jaillir.

Pour obvier à la pléthore des carrières universitaires et des professions libérales, les Allemands ont imposé comme accès aux écoles supérieures un certificat de capacité. Il s'agit d'une sélection parmi les jeunes gens munis de l'Abitur, lequel est un équivalent approximatif de notre baccalauréat. Ce sont les professeurs de l'enseignement secondaire qui décident de l'attribution de ce diplôme, conféré dans des circonstances variables selon les Universités. Ils jugent de l'aptitude générale des élèves à aborder l'enseignement supérieur. Vue dans son ensemble, cette conception paraît se soutenir ; mais elle offre l'inconvénient, autant qu'on peut parler de loin, de ne pas tenir compte des aptitudes à profiter de cet enseignement. Il est vrai que, lorsqu'un étudiant prend chez nous sa première inscription, nous n'en savons pas davantage. Par ailleurs le certificat de capacité doit beaucoup varier comme valeur selon les établissements qui le distribuent.

Un progrès réel, et peut-être pas assez apprécié, a été réalisé ces derniers temps dans notre enseignement par l'institution des examens écrits et anonymes à la fin des deux premières années. L'examen écrit oblige à la précision dans la réponse et ne permet pas les échappatoires ; anonyme, il évite réellement la faveur. Les résultats obtenus dans les diverses Facultés ne diffèrent pas notablement, ce qui montre que le système n'est pas mauvais.

On est en droit d'affirmer que les étudiants qui travaillent au rythme ordinaire ne subissent pas les deux échecs successifs de juillet et d'octobre, sauf malchance particulière. Le renouvellement des mêmes échecs l'année suivante témoigne par contre sûrement d'un mauvais élève. Quatre tentatives infructueuses entraînent légitimement un ajournement de deux ans.

La pléthore médicale pourra-t-elle n'être toujours envisagée qu'en soi ? Car dans quelles sphères intellectuelles n'y a-t-il pas pléthore ? Ce ne sont même pas les médecins qui sont les plus touchés ; on ne voit rien chez nous qui rappelle l'ingénieur obligé de se transformer en contre-maître. Une restriction médicale marquée aurait pour corollaire une poussée vers les autres professions. Nous vivons et nos fils vivront des temps où toutes les inter-réactions tiennent et tiendront des places de plus en plus importantes. Mais à quoi bon tomber dans les prévisions ? Les plus logiquement déduites n'ont pas plus de chances d'aboutir que les moins sagement prévues.

Constatations qui obligent à remonter aux sources et à confirmer cette donnée maintes fois établie que l'origine de toutes les phlétores en cause réside dans l'excès des bacheliers. Au cours de l'enquête de la revue précitée le Doyen Mauriac avançait avec raison qu'un bon ouvrier dépasse de cent coudées un médiocre médecin, et G. Batier (de Strasbourg) rappelait avec non moins de raison que mieux vaudrait élever le niveau moyen de corps médical que d'avilir la profession par une phéthore de médiocres.

Sévérité aux examens de passage des lycées d'une classe à l'autre, sévérité accrue aux baccalauréats, rien ne fait que les diplômés du secondaire ne soient trop nombreux, et cela parce que trop nombreux déjà sont les postulants au bachot. Tout est dans cette erreur. Nous avons pour la médecine un moyen de défense dans ce que j'appelle « la collation ».

VII. La question des étrangers

Elle revient périodiquement sur l'eau, mais ces derniers temps avec une acuité insolite. Et cependant il n'en est pas sur laquelle l'accord des esprits soit plus complet. Ouvrir largement aux étrangers les portes de la Faculté, des hôpitaux et des laboratoires ; se montrer strict sur les conditions leur consentant l'exercice professionnel ; tenir à tous égards le plus grand compte de la personnalité intellectuelle et morale des intéressés, — il ne paraît pas que la conduite des milieux médicaux puisse s'inspirer d'autres manières.

Mais il leur faut bien compter avec les mesures prises par l'Administration. On s'est mis à naturaliser à tour de bras, avec transformation des diplômes d'Université en diplômes d'Etat, si bien que le nombre des médecins étrangers inscrits chaque mois à la Préfecture de police de Paris ne fut pas un moment très inférieur à celui des nationaux. D'où réactions non toujours empreintes de parfaite placidité. Et encore certains en accusaient-ils les Facultés, comme si elles avaient eu à en décider.

Les décisions viennent de plus haut et ne sont pas toujours heureuses. Il n'est pas rare que, chez nous, les interventions supérieures ne se déroulent au rebours de ce qui paraît logique et de ce qu'attend le commun des mortels. Pourquoi ? Tant de facteurs entrent en jeu, concrets, discrets ou secrets... Ceci n'est pas une pointe contre le régime. La lecture de l'histoire aux sources valables apprend que les choses se sont toujours poursuivies avec la même désinvolture. N'en accusons que notre mentalité, en songeant avec une peine réelle que le fond de toute mentalité est par définition immuable. Le jour où le mal est là, on en est réduit à l'imparfaite solution du ressaut devant le danger, aux décisions extemporanées et aux mesures qu'on proclame implacables.

Ceux qui se préoccupent de la question des étrangers se défendent de toute xénophobie. Ils sont en grande majorité sincères. Mais comment échapper à l'interprétation ? Et sait-on ce que l'étranger imagine et se forge d'arrière-pensées ? Assez maintes fois pour s'inquiéter, assez même pour nous abandonner.

De pénibles statistiques comparent le pourcentage des étudiants étrangers en France et dans d'autres pays. Il n'est personne pour en mésestimer les conséquences... Hélas ! Mais il faut cependant que d'abord vivent les Français, devant les étrangers qui ont tôt acquis l'expérience de ne jamais s'en tirer chez eux aussi facilement que chez nous.

Le piquant de l'affaire n'est-il pas que des Etats autres que la France font preuve envers les étrangers d'un nationalisme des plus rigoureux, sans toujours recueillir les mêmes récriminations de leur part ?

Probablement, à force d'être largement ouverte depuis des siècles à l'exotique et d'apporter certain dilettantisme à lui réserver une excellente part, la France s'est-elle créée une réputation d'hospitalité où certains se sont accoutumés à voir un dû. De même les écoliers acceptent-ils mieux le professeur à sévérité constante que l'indulgent qui, un beau jour, se voit obligé de tourner à la sévérité. Comptons par ailleurs que la France est un pays d'attirance et qu'il y fait bon vivre.

En tout cas il est à souhaiter que nous puissions trouver à satisfaire à l'essentiel : recruter l'étranger, lui fournir des moyens de travail et le soutenir ; mais ne le retenir qu'à la seule condition qu'il ait donné ses preuves ; ne jamais enlever aux Français de leurs droits et ne pas permettre qu'ils pâtissent. L'ensemble, comme dit l'autre, est plus facile à dire qu'à faire. Quelques milieux ne sont pas s'en s'émouvoir du tort fait à la France dans des pays comptés comme amis, et ils ont de bonnes raisons d'être inquiets ; mais en balance voilà notre pratique médicale envahie. Comment sortir du dilemme ? C'est un point noir.

En fait certaines nations de l'Est européen sont en train de régler la situation, tout au moins jusqu'à nouvel ordre, et cela par deux moyens.

Du premier rien à dire, sinon qu'il constitue une de ces machines de guerre inconciliables avec la notion de paix : l'interdiction de sortie des devises qui rend aléatoire l'existence des étudiants hors de chez eux.

Pour le second, il n'est pas à l'honneur de ceux qui l'ont conçu. Roumanie et Pologne ont récemment supprimé la nostrification, autorisation consentie à leurs étudiants munis d'un doctorat étranger, français ou autre, d'aborder dans leurs pays d'origine les examens y ouvrant l'exercice de la médecine. Que la mesure ait été prise pour l'avenir, soit. Mais il est difficile de passer sans protester devant l'inconcevable injustice qui suspend la nostrification pour des jeunes gens qui, s'en fiant aux usages courants, avaient déjà commencé leurs études et étaient en train de les mener à bonnes fins. Devant ce barrage ils attendent des jours meilleurs ; on en a rencontré qui, munis d'une thèse, se sont fait garçons de café.

Souhaitons que ces difficultés ne laissent émerger que les volontés fortes. Ce serait pour nous, nos mesures administratives de protection aidant, une forme d'issue convenable à cette question des étudiants étrangers.

Dans un article fort bien pensé, Sergent (*Revue des Deux-Mondes*, 15 avril 1935) trace avec justesse le départ entre les étudiants étrangers « de deuxième zone » et leur élite : il faudra en arriver là.

En attendant il convient d'espérer que les bénéficiaires de notre mansuétude d'hier nous paient de retour en s'assimilant au mieux et surtout en veillant à la complète assimilation de leurs enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1937

Transmission au furet du virus de la grippe humaine. — ***R. Dujarric de la Rivière*** et ***J. Chevé.*** — Les auteurs qui avaient déjà, à l'exemple des auteurs anglais, reproduit la grippe chez le Furet avec une souche de laboratoire ont pu, au cours de nouvelles expériences, infecter le furet avec du virus provenant directement de cas de grippe humaine observés à Paris. L'instillation intranasale de filtrat de produits de lavage de gorge de malades atteints de grippe a déterminé chez le furet une grippe typique transmissible en série. Les courbes thermiques de l'homme malade et de l'animal infecté sont très comparables.

Le fluorure de calcium intraveineux chez l'homme. — ***MM. Pierre Simonin*** et ***André Pierron.*** — Le fluorure de calcium employé depuis plusieurs mois dans les Services chirurgicaux de Nancy en injections intraveineuses a permis d'obtenir dans certaines affections osseuses, des résultats très encourageants.

Action de quelques substances médicamenteuses : dioxydiamido-arsénobenzol métylènesulfoxylate de sodium (914), adrénaline, acétylcholine, histamine, sur le péristaltisme intestinal. — ***Mlles Jeanne Levy*** et ***Estera Michel.***

Election de deux correspondants étrangers dans la deuxième division. — Classement des candidats :

En première ligne : MM. Verhoogen, de Bruxelles, et Giordano, de Venise ;

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Chevalier-Jackson, de Philadelphie, Magalhaes, de Rio-de-Janeiro, Ovio, de Rome, et dos Santos, de Lisbonne.

Adjoint par l'Académie : M. Albee, de New-York.

MM. Verhoogen et Giordano sont élus.

M. Jean VERHOOGEN, né le 17 mai 1864, est professeur honoraire de Clinique chirurgicale à Bruxelles.

M. David GIORDANO, né à Courmayeur, le 22 mars 1864, est chirurgien-chef des hospices civils de Venise.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 20 janvier 1937

Injections intra artérielles d'antiseptiques. — ***M. Ricard*** (Lyon) emploie assez fréquemment les injections intra-artérielles de mercurochrome dans les infections graves des membres. Dans quatre observations démonstratives, cette thérapeutique fut suivie d'un plein succès. Bien entendu faut-il utiliser concurremment à cette méthode les autres traitements usuels, vaccins, sérums, etc.. L'emploi du mercurochrome n'a pas entraîné d'accidents sauf quelques vomissements sans importance. Le mercurochrome est presque isotonique et son pH se rapproche de celui du sang. (Rapport de M. HUET).

Suites éloignées de l'opération césarienne. — ***M. Portes*** a eu l'occasion d'opérer d'urgence une femme de 21 ans, chez laquelle la poche des eaux était rompue depuis cinq jours. Il fit une césarienne avec extériorisation secondaire de l'utérus, de crainte d'infection péritonéale. L'utérus fut réintégré dans l'abdomen après trois semaines et la malade eut depuis quatre nouvelles grossesses qui furent menées à terme sans accidents. (Rapport de M. HUET.)

Modifications humorales après opérations sous radiations infra-rouges. — ***MM. Lambret*** et ***Driessens*** (Lille) ont étudié les modifications humorales au point de vue urée, polypeptides, glucose, chlore, pH. L'action la plus nette est celle qui s'effectue sur le pH, celui-ci ne descendant avec les infra-rouges jamais au dessous de 7,20 au lieu de 7 avec les procédés habituels. La réserve alcaline du sang est également peu modifiée grâce aux infra-rouges. L'hyperpolypepticémie et l'hypochlorémie sont peu changées par ce mode opératoire. Il faut donc distinguer dans la maladie opératoire un mécanisme biophysique et un mécanisme biochimique, le premier seul étant nettement influencé par les infra-rouges. Ceux-ci agissent sur un mode semblable à l'action des injections post-opératoires hypertoniques de glucose chlorure de sodium et insuline, injections dont l'emploi devrait être plus systematique.

Mal de Pott traité par la greffe d'Albee. — ***M. Fruchaud*** (Angers) a eu l'occasion de pratiquer cette greffe pour une destruction étendue de la colonne lombaire par mal de Pott La reconstruction osseuse et la solidite vertébrale post-opératoires furent remarquables.

Diverticule du duodénum. — ***M. Fruchaud*** (Angers) a observé chez une malade une lithiase cholédocienne typique. A la radiographie on consta ta l'existence d'un volumineux diverticule du duodéuum (D_2). L'opération permit de le réséquer. On trouva un calcul cholédocien qui expliquait les signes cliniques. L'auteur a utilisé une incision paramédiane droite à travers le muscle grand droit. Cette incision lui paraît découvrir complètement les voies biliaires et permet une anesthésie loco-régionale plus parfaite que la voie médiane.

M. Bloch emploie la paramédiane droite de façon systématique pour la chirurgie biliaire et gastrique de même que M. P. DUVAL.

Pâleur hyperthermie chez une jeune fille de 17 ans. — ***M. Alajouanine*** et ***Jean Quénu***. — Cette jeune fille, porteuse d'un volumineux anévrysme cirsoïde de la région occipitale, fut opérée en deux temps, à deux jours d'intervalle : premier temps, ligature des deux artères carotides externes ; deuxième temps, exérèse de la tumeur, sans incident. Mais à la cinquième heure apparition d'un syndrome pâleur-hyperthermie typique, avec température à 42°3 Mort à la huitième heure. A l'autopsie de lencéphale, vaso-dilatation et œdème prédominant au niveau du tuber cinereum et des noyaux gris centraux.

Les symptômes présentés étaient identiques à ceux décrits par Ombrédanne chez le nourrisson.

Alajouanine et Quénu ont trouvé dans la littérature dix autopsies de nourrissons morts de pâleur hyperthermie : toujours hyperhémie ou œdème cérébral, parfois lésions congestives des autres viscères. Ils sont ainsi amenés à considérer ces lésions comme le substratum anatomique du syndrome pâleur-hyperthermie, et l'œdème cérébral comme la cause immédiate de la mort. Il s'agirait en somme d'un trouble vaso-moteur brusque, intense, plus ou moins généralisé. Ce désordre vasculaire serait déclenché par le traumatisme opératoire, par voie réflexe.

Alajouanine et Quénu envisagent quelques hypothèses propres à expliquer l'apparition de ces accidents, extraordinaires dans le cas présent, étant donné l'âge de la malade. Ils suggèrent l'idée d'une thérapeutique visant la lésion, c'est-à-dire l'œdème cérébral.

M. Sauvé a observé un anévrysme cirsoïde de la région sous-orbitaire chez un enfant de 13 ans. Malgré une intervention assez simple, la mort survint brutalement en syncope deux heures après.

M. Mathieu se demande si le syndrome pâleur-hyperthermie n'existe pas chez l'adulte plus souvent qu'on ne le pense. Il en a observé un cas chez une jeune femme après intervention sur l'avant-bras. Le soir pâleur, hyperthermie et mort.

M. Mondor après avoir opéré un enfant de 13 ans d'une appendicite à froid, observa un syndrome pâleur-hyperthermie typique. La guérison fut obtenue par deux transfusions sanguines. L'auteur rapproche de ces cas les exemples d'œdème cérébral par insolation entraînant la mort en hyperthermie et pâleur.

M. Leveuf a observé chez une femme de 55 ans un syndrome comparable à la suite d'une intervention des plus minimes. La mort s'ensuivit en quelques heures en hyperthermie. Dans les morts rapides post-opératoires on trouve avec une extrême fréquence l'œdème cérébral.

L'auteur a vu un enfant succomber après ablation d'un fil de cerclage anal en présentant ce syndrome.

M. Martin insiste aussi sur la fréquence des syndromes pâleur-hyperthermie après des ponctions d'abcès par exemple ou des interventions d'un ordre aussi minime, sans anesthésie. Les lésions des capsules surrénales seraient fréquentes. Enfin on voit souvent ce syndrome chez des porteurs de lésions angiomateuses et en général de lésions congénitales.

M. Fèvre insiste aussi sur la fréquence, à côté des facteurs congénital et vasculaire, des lésions péri-crâniennes dans l'étiologie du syndrome.

Les oto-rhino-laryngolistes connaissent bien ce syndrome après mastoïdite. Il insiste sur le fait que chez le nourrisson il estime l'anesthésie moins dangereuse que l'absence d'anesthésie.

Iléus biliaire. — ***M. Basset*** présente l'observation d'une femme de 79 ans en état d'occlusion avec un passé assez vague de douleurs épigastriques.

L'intervention montra un calcul du volume d'un bouchon, parfaitement mobile à l'intérieur de l'anse qui le contenait et qui était saine.

A côté de cette lésion existait un abcès collecté entre deux anses et contenant du pus verdâtre. Les anses à ce niveau présentaient des plaques de sphacèle. Une de celles-ci était perforée. L'autopsie a montré sur le jéjunum et le grêle quatre autres plaques de sphacèle pariétal. La vésicule était unie au duodénum et les deux organes communiquaient par un orifice de la largeur du pouce. L'auteur estime que les plaques de sphacèle correspondent à des arrêts successifs du calcul. Il y a donc intérêt même si l'on découvre aisément le calcul à explorer systématiquement l'intestin sus-jacent.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1937

Agranulocytose hémorragique dans un cas de diarrhée chronique traitée par un arsenical pentavalent. — ***MM. J. Caroli*** et ***J. Mallarmé*** rapportent l'observation d'une femme de 58 ans qui, pour une diarrhée chronique, avait pris par la bouche 4 grammes de stovarsol en décembre 1935. Les troubles digestifs ayant repris en août 1936, une nouvelle cure de stovarsol est refaite, au cours de laquelle apparaît du purpura. Soudain, le 20 septembre, l'état général s'aggrave et apparaissent des hémorragies profuses. La mort survient en quatre jours, malgré des transfusions répétées et une splénectomie faite *in extremis*. Les examens de sang avaient montré une disparition des éléments granuleux, 26.000 plaquettes et une anémie progressive qu'expliquait l'abondance des hémorragies ; la ponction médullaire montrait le contraste

entre l'abondance des érythroblastes et la disparition des granulocytoses et des mégacariocytes.

Les auteurs insistent sur la rareté exceptionnelle d'un tel fait qui est presque unique. Il ne pourrait être pris en considération que si des observations analogues étaient publiées à la suite.

M. ***Marquézy*** relate un cas d'agranulocytose survenu chez une femme traitée pour paralysie générale par le stovarsol sodique en injections.

M. ***Flandin*** a constaté que les accidents hémorragiques sont très fréquents chez les malades qui absorbent des composés arsenicaux ou auriques, même à doses thérapeutiques habituelles, mais de façon continue. Il a observé un cas d'agranulocytose rapidement mortel chez un amibien qui prenait du tréparsol *per os* de façon continue un mois sur deux.

Deux cas d'aleucie hémorragique post-stovarsolique. — *MM.* ***P.-G. Weill, Ménétrier*** et ***Polak*** rapportent deux cas d'aleucie hémorragique consécutive à l'administration du stovarsol par voie buccale chez des sujets atteints d'entérite chronique. Il y eut deux cures de 5 grammes, faites de façon classique. Les accidents ne survinrent qu'à la deuxième cure pour l'un, dès la fin de la première pour l'autre malade. Il s'agissait d'anémie intense non influencée par la transfusion et l'hépatothérapie, anémie hyperchrome au-dessous d'un million, avec disparition presque totale des plaquettes et forte agranulocytose, donc aphasie totale de la moelle osseuse.

Un des deux cas se termina par la mort. Les faits sont identiques à ceux causés par les arsénobenzènes. Mais ces accidents sont exceptionnels et semblent ne survenir que chez les sujets à tendance hémorragique et atteints d'achylie gastrique.

Syndrome neuro-anémique et sténose scléro-cancéreuse du pylore. — *M.* ***J. Caroli***, *Mlle* ***M. Tissier*** et *M.* ***J. Mallarmé*** rapportent l'histoire d'une malade de 60 ans, chez laquelle sont apparus, à la suite d'une cure d'amaigrissement, les signes d'une sténose serrée du pylore, et un syndrome neuro-anémique. A côté d'une fausse image lacunaire de l'antre, assez fréquente chez les anémiques, les auteurs ont trouvé des signes de lésion organique strictement limitée à la région sphinctériennes. Les caractères de l'anémie étaient plutôt ceux d'une anémie simple que d'une maladie de Biermer. Il y avait une achylie histamino-résistante. L'intervention a révélé une cicatrice d'ulcère dégénéré dans sa profondeur sur une étendue minime, mais qui entraînait une énorme ectasie gastrique. Il s'agit d'une forme très rare d'ulcéro-cancer pylorique. Il ne semble pas que la transformation maligne ait joué le rôle essentiel dans la genèse du syndrome neuro-anémique. Les auteurs pensent plutôt qu'une sténose chronique ulcéro-cicatricielle avait entraîné de longue date l'ectasie gastrique, l'atrophie des parois et de la muqueuse, l'achylie, préparant ainsi le terrain à l'anémie et aux troubles neurologiques. Ils étudient la genèse des fausses images néoplasiques de l'antre au cours des anémies pernicieuses et insistent sur le rôle non négligeable de la cure d'amaigrissement dans l'apparition des signes sanguins et neurologiques. Ils s'appuient sur deux autres exemples personnels du même fait.

M. ***P.-E. Weill*** considère qu'une des évolutions normales de l'anémie pernicieuse est de se terminer par un cancer de l'estomac. Il apporte à l'appui de cette notion un cas personnel.

M. ***Chevallier*** fait remarquer d'abord qu'il est exceptionnel que l'anémie accompagnant le cancer de l'estomac soit une anémie hyperchrome, mégalocytique, à valeur globulaire élevée, du type biermérien.

Il a souvent vu des anémies de Biermer traitées vainement par l'hépatothérapie même prolongée, guérir très rapidement quand l'extrait de foie est injecté à doses considérables (20 à 24 c. c. d'hépatrol par jour). Il insiste enfin sur l'intérêt de la gastroscopie qui permet une précision de diagnostic bien supérieure à celles que peuvent fournir les examens radiologiques les mieux conduits. Cette méthode d'investigation mériterait de passer dans la pratique courante.

Hypertension passagère au cours d'une polynévrite alcoolique. Névrite probable du système dépresseur. — *M.* ***May*** et *Mlle* ***Brouet-Sainton***.

Hydarthrose récidivante du genou guérie par la radiographie. — *M.* ***May***, ***A. Huet*** et *Mlle* ***M. Barnaud***.

Ovaire et anémie. — *MM.* ***Loeper***, ***Fau*** et ***Waray*** rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans ayant présenté, à la suite d'une grippe, des métrorragies extrêmement abondantes entraînant une anémie aiguë. L'examen révélait un temps de saignement un peu allongé, un temps de coagulation sensiblement normal, avec caillot irrétractile, un signe du lacet, la diminution du nombre des plaquettes sanguines. On porta le diagnostic d'hémogénie à laquelle il parut naturel d'attribuer les hémorragies utérines.

Cependant, le traitement habituel (repos, transfusion, $CaCl^2$, ingestion de foie de veau cru) n'amena aucun résultat. On tenta alors la radiothérapie splénique qui fut mal supportée, et entraîna la reprise des métrorragies.

La radiothérapie osseuse ne provoque aucune amélioration. On pensa alors à incriminer l'ovaire et l'on pratiqua la radiothérapie ovarienne qui, elle, fut immédiatement suivie d'une réparation rapide et progressive de l'anémie, en même temps que le nombre des plaquettes redevenait normal.

Les auteurs pensent que la castration ovarienne a amené dans ce cas, non seulement la guérison des hémorragies, mais celle des manifestations hémogéniques.

Il semble bien que quelques observations puissent prouver que les hémorragies répétées peuvent provoquer un syndrome hémogénique. Mais les auteurs se demandent si un fonctionnement défectueux de l'ovaire, sous l'influence d'une cause unique, ne pourrait pas entraîner à la fois les hémorragies et l'hémogénie.

M. ***P. E. Weill*** relate le cas d'une femme hémogénique faisant des hémorragies fréquentes et graves mettant sa vie en danger, qui ne saignait plus chaque fois qu'elle était enceinte ou qu'elle allaitait. La guérison ne put être obtenue que par la stérilisation, seule thérapeutique efficace dans ces cas.

M. ***Marquézy*** fait remarquer qu'il ne faut pas se hâter de parler de guérison de l'homogénie par la stérilisation, la reprise des hémorragies étant possible à échéance plus ou moins éloignée.

Anesthésie du ganglion stellaire par voie paravertébrale. — *MM.* ***Jean Paraf*** et ***Dreyfus-Lefoyer*** présentent une malade atteinte d'une crise d'angine de poitrine très améliorée par anesthésie novocaïnée du ganglion stellaire. A ce sujet, ils présentent la technique de la méthode et insistent sur sa simplicité et ses avantages.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Echos et Glanures

Les événements d'Espagne vus par le docteur Orensanz. — *Le Docteur Orensanz, qui a assisté à tous les événements qui se sont passés de juillet à la fin octobre, à Madrid, raconte ce qu'il a vu.* LE JOURNAL DES DÉBATS (29, 31 janvier et 3 février) *vient de publier des extraits de ces mémoires.*

... Les malheureux médecins — militaires ou mobilisés — qui partaient avec les colonnes, étaient également victimes d'une suspicion intolérable. Combien de ces malheureux ont laissé la vie dans les champs d'Estremadure, du Guadarrama, de Tolède en essayant de sauver des miliciens grièvement blessés ! Les amputations étaient toujours jugées inutiles par les miliciens qui attribuaient l'opinion contraire du docteur à sa volonté d' « inutiliser un combattant du peuple ». Lorsqu'une intervention était suivie de résultats défavorables, l'opération était décrétée « acte de fascisme » et dans tous les cas semblables un coup de revolver ou de fusil mettait fin pour toujours au malheureux docteur « fasciste ». Sur le front du Guadarrama, près de l'Alto de Léon, un capitaine-major fut fusillé pour avoir émis l'opinion que les ambulances automobiles ne devaient pas évacuer les blessés par une route qui était battue par l'artillerie adverse. Après son exécution, les ambulances empruntèrent l'itinéraire qu'il avait contre-indiqué et furent sérieusement atteintes par le tir de l'artillerie de Mola.

. . . .

... Dans les hôpitaux les blessés entretiennent leurs blessures, marchant sans arrêt lorsqu'on leur ordonne le repos, et cherchent par tous les moyens à prolonger leur séjour dans ce refuge sûr.

Cela donne parfois lieu aux violences les plus répugnantes. Nombreux sont les docteurs menacés de mort par les amis et

parents du blessé sur le point d'être entièrement guéri et d'être à nouveau donné de « alta » (déclaré bon pour le service).

Le Docteur Alberto Catalina, chirurgien chef de l'hôpital militaire installé à l'hôtel Ritz, à Madrid, nous a maintes fois raconté, entre collègues, des scènes de ce genre dont il avait été victime. Elles provoquaient en lui d'autant plus d'horreur que ses convictions lui faisaient un devoir de résister à ces pressions. Mais il se trouvait sans défense contre celles-ci, et il était constamment dans la crainte de possibles représailles de miliciens qui l'avaient menacé. Il tomba malade, exténué par l'immense travail fourni pendant plus de deux mois consécutifs, au cours desquels il n'avait pu jouir d'aucun jour de repos. Il fut pris d'épouvantables délires au cours desquels il répétait ces mots: « Ritz ». « Miliciens. » « Je ne puis faire cela ». « On me poursuit. » « Les voilà, regardez-les. »

Cet homme encore jeune, d'une grande bonté, et chirurgien habile, mourut au bout de quelques jours en criant avec le peu de forces qui lui restaient : « Je ne donnerai plus d'altas. » « Je le promets, plus une seule. »

Voilà les souvenirs que m'ont laissés les miliciens de Largo Caballero, l'armée du peuple par le peuple, dont jouit présentement l'Espagne rouge.

Les inventions d'un médecin vendéen à Paris.— *On lit dans le* PHARE (*de Nantes*) (3 février 1937) :

On vient d'inaugurer, à Paris, le premier poste de secours chirurgical créé dans la capitale, rue d'Armaillé (XVIIe arrondissement), et dépendant de l'Assistance publique.

Cette sorte d'hôpital de grande ville a été imaginé dès 1895, par un Vendéen qui était alors commissaire-délégué du Gouvernement de la République aux Etats-Unis pour l'étude de l' « Assistance chirurgicale instantanée » et qui a fait toute sa carrière à Paris. C'est lui, qui, le premier, a eu cette conception particulière. Il avait appelé cette création « Hôpital de Prompts Secours », auquel on a préféré en 1937, le titre de « Poste de secours... rapides ». — En 1895 il publia un livre circonstancié à ce sujet (1). Lors de l'Exposition de 1900, il proposa aussi d'y réaliser sa conception. Ses projets furent repoussés ; et, depuis trente-cinq ans, on ne parlait plus de tout cela...

Mais notre Vendéen a fait comme son maître Clemenceau : il a vécu assez longtemps pour assister, après quarante-deux ans d'attente, au triomphe de ses idées.

Or, l'inventeur des *Hôpitaux de Prompts Secours* en France est notre collaborateur, le Docteur Marcel Baudouin.

Si G. Clemenceau était encore là, il en serait heureux,car c'est lui qui avait, avec le Docteur Bourneville, fait confier à son jeune compatriote une mission spéciale en Amérique et à Chicago en 1893, pour des études techniques de haute chirurgie.

Quelques vérités sur les examinateurs. — *M. Pierre Mauriac joint au mérite d'être un professeur éminent celui non moins louable d'être un censeur qui ose dire ce qu'il pense et les quelques pages qu'il vient de consacrer* (*Les mauvais juges*, LA PRESSE MÉDICALE, 30 janvier 1937) *à l'ineptie de certains examinateurs, laisseront l'impression réconfortante d'une justice qui passe à ceux qui furent les victimes d'un Baillon, d'un Charles Robin, d'un J. Renaut, pour ne parler que de disparus dont la réputation d'examinateurs exécrés a effacé dans l'esprit des générations tout souvenir de leur œuvre scientifique.*

Je me suis égaré un jour dans une salle du baccalauréat : le hasard, j'en suis sur, m'avait conduit devant un jury exceptionnel. Mais je puis dire que deux juges sur cinq m'ont stupéfait par leur façon de faire. A peine assis devant eux, le potache prenait figure d'accusé : le ton sec, le sourire gouailleur, la plaisanterie facile, les mots déconcertants, les remarques désobligeantes frisant l'insulte, la tenue veule, la cigarette à la bouche, tout cela dénotait une mauvaise éducation certaine, peut-être un peu de sadisme, plutôt une sotte vanité, sûrement un peu de lâcheté. Aucune Faculté n'a le monopole de ces erreurs, ayons le courage de le reconnaître. Il est vraiment lamentable que nos enfants soient le jouet de l'humeur quinteuse, de l'orgueil, de la bassesse de certains juges.

....

« Il m'est arrivé plusieurs fois de siéger à côté de collègues en médecine à qui il m'eût été bien impossible de répondre ; certains ne peuvent s'abstraire du sujet qu'ils étudient depuis des années et s'indignent de bonne foi de ce que le candidat n'en sache pas autant qu'eux. Plusieurs fois j'ai été gêné par l'éclat de mes voisins contre un malheureux ânonnant je ne sais quelle formule sanguine ou restant coi sur l'influence de la météorologie en médecine. Moi-même n'ai-je jamais posé de questions fantaisistes ? Je me suis surpris cette année à demander, à un très bon élève il est vrai, un détail que je savais de la veille ; j'en fus pour ma courte honte, il me répondit correctement. »

....

J'ai entendu débiter à la table des examens des erreurs grossières ; et elles ne venaient pas toujours du candidat.

....

Il est des chahuts bas, grossiers et lâches que l'on doit étouffer sans pitié. Il est des « mouvements de séance » dont un professeur intelligent devrait faire son profit comme d'un avertissement et d'un encouragement à se corriger.

....

Mal placée pour apprécier la valeur scientifique d'un professeur, la jeunesse est le meilleur juge de sa valeur pédagogique. L'un ne va pas toujours avec l'autre ; si nous ne pouvons tous prétendre à être de grands savants, efforçons-nous du moins d'être des professeurs honorables et de bons examinateurs. »

Les cent ans de l'appareil de Marsh. — *Extrait d'un article de M. Léon Lortie* (L'HÔPITAL (de Montréal), janvier 1937) :

C'est à l'occasion d'un procès pour empoisonnement — l'affaire Bodle — que le chimiste écossais James Marsh élabora en 1836, la méthode et l'appareil qui ont rendu, depuis cent ans, de signalés services à la toxicologie et à la justice.

Marsh publia sa découverte dans le numéro d'octobre de la revue The Edinburgh New philosophical Journal sous le titre : Account of a method of separating small Quantities of arsenic from substances with which it may be mixed. » Il utilisait deux propriétés déjà connues de ses prédécesseurs, mais qu'aucun d'eux n'avait encore eu l'idée d'appliquer à la recherche médico-légale de l'arsenic.

(1) Tous les articles sur les Prompts secours ont paru de 1893 à 1898 dans le *Progrès Médical* dont l'auteur était alors le secrétaire de la Rédaction.

Sous une forme moderne voici le principe de la méthode de Marsh. En présence d'hydrogène naissant les composés arsenicaux sont d'abord réduits puis transformés en hydrogène arsénié gazeux, facilement décomposable par la chaleur en arsenic métallique et en hydrogène.

Marsh utilisait comme appareil un tube en U dont les branches étaient d'inégale longueur. Dans la branche la plus courte, après avoir introduit une baguette de verre, on plaçait une feuille de zinc pliée qui venait buter sur la baguette. On fermait cette branche avec un bouchon que traversait un tube de verre muni d'un robinet. Dans l'autre branche on versait d'abord le liquide qu'on supposait contenir de l'arsenic puis de l'acide sulfurique dilué qui, au contact du zinc, devait produire de l'hydrogène et, en présence d'arsenic, de l'hydrogène arsénié. Le gaz dégagé lorsque le robinet était fermé repoussait le liquide dans la branche la plus longue. Lorsque la réaction était terminée, on ouvrait le robinet, on enflammait le gaz et on écrasait cette flamme avec du verre à vitre. Si la substance étudiée contenait de l'arsenic, le gaz brûlé déposait sur le verre une couche métallique et brillante.

Inutile de dire tout l'intérêt que l'on manifesta pour cette méthode aussi simple qu'élégante. Le mémoire de Marsh fut traduit en plusieurs langues. L'Académie des sciences de Paris nomma en 1840 une commission, dont Caventou fut le rapporteur, pour en apprécier la valeur et l'efficacité.

Si la méthode du chimiste écossais n'a pas été modifiée depuis les cent ans qu'on l'utilise, il n'en est pas de même de son appareil qui n'était rien moins que rudimentaire. Il permettait tout au plus un examen qualitatif, le dégagement intermittent de l'arséniure d'hydrogène occasionnant de nombreuses pertes.

Un autre problème qui se posa fut celui de la pureté des réactifs, car l'arsenic est une des impuretés les plus fréquentes du zinc et de l'acide sulfurique qui proviennent le plus souvent de minerais arséniés. Ce ne fut pas une mince besogne que celle de la purification de ces corps et qui suscita de nombreuses discussions jusqu'à la fin du siècle où elles furent particulièrement violentes comme on le verra.

La destruction des matières organiques, des viscères analysés sans perte d'arsenic, retint l'attention de plusieurs chimistes, tandis que d'autres s'inquiétaient de savoir si la réaction de Marsh était spécifique. On ne tarda pas à reconnaître que l'antimoine, toxique lui aussi, et proche parent de l'élément cherché, se comportait de la même façon.

Celui qui fit de l'appareil de Marsh un instrument efficace pour la caractérisation et le dosage de l'arsenic est le chimiste français Armand Gauthier. De 1874 à 1905 il publie de nombreuses notes sur ce sujet, perfectionne les procédés de destruction, de recherche et de dosage et en arrive à un degré de précision remarquable. Sa méthode lui permet de séparer l'antimoine de l'arsenic et de doser avec précision un milliardième de ce dernier dans les eaux de mer, les eaux minérales et les tissus.

Gauthier ne s'est pas occupé que de l'arsenic ; ses travaux s'étendent à presque tous les domaines de la chimie, mais il fut dans ce champ particulier et pendant la période déjà mentionnée un novateur des plus heureux. Deux découvertes fondamentales lui sont dues. C'est d'abord l'introduction dans la thérapeutique des composés arsenicaux organiques. En contraste frappant avec les dérivés minéraux, ils ne sont que très faiblement toxiques. L'acide cacodylique, isolé par Busen en 1842, et ses dérivés, sont d'abord utilisés par Gauthier en 1899 avec succès, surtout en injections hypodermiques, car l'administration orale peut provoquer leur transformation dans l'estomac en oxyde de cacodyle vénéneux. Trois ans plus tard il expérimente sur le méthyl-arsinate de sodium ou arrhénal. C'est la genèse de toute une importante partie de la pharmacologie et de la thérapeutique où devait bientôt s'engager Ehrlich avec le succès que l'on sait.

Dans le même temps, Gauthier, poursuivant une idée qui lui est chère, recherche la présence de l'arsenic dant l'organisme en dehors de tout empoisonnement. Orfila et Raspail avaient déjà soutenu, en 1839, mais sans preuves expérimentales, que l'identification de l'arsenic dans les viscères d'un cadavre ne permettait pas de conclure absolument à l'empoisonnement.

L'Académie des sciences nomma une seconde commission qui, en 1841, concluait ainsi son rapport : « Quant à l'arsenic que l'on aurait annoncé dans le corps de l'homme à l'état normal, toutes les expériences que nous avons faites, tant sur la chair musculaire que sur les os, nous ont donné des résultats négatifs. »

Armand Gauthier, par principe, doutait de tout, des rapports de l'Académie comme de tout le reste. Il voulut s'enquérir par lui-même. La sûreté de sa technique, la sensibilité de sa méthode lui facilitaient la tâche d'élucider cette question. Systématiquement il examine tous les tissus animaux, trouve que le sang et le tissu conjonctif n'en contiennent pas, que les muscles en sont pratiquement indemnes, tandis que dans les glandes, la peau et les productions ectodermiques il en existe en quantité très sensible. C'est par l'alimentation que l'arsenic est introduit dans l'économie. Jusque-là la majorité des toxicologues avaient pensé et affirmé que l'arsenic était toujours absent des organes des animaux et que si on l'y trouvait c'était qu'il avait été introduit criminellement ou dans un but thérapeutique. On ne se fit pas faute de contredire, de nier les résultats du chimiste français, de suspecter la pureté des réactifs utilisés. Un jeune chimiste qui devait s'illustrer lui-même dans la recherche des infiniments petits chimiques, M. Gabriel Bertrand, reprit et confirma les travaux de Gauthier que l'on reconnut dès lors comme exacts.

Cette découverte eut un retentissement considérable. Combien d'innocents n'avait-on pas dû condamner sur la foi d'un témoignage d'expert qui n'avait trouvé que des traces infinitésimales de poison dans les viscères ? Des procès furent ouverts et des prisonniers réhabilités après de nombreuses années passées à l'ombre.

Condamné, en 1878, aux travaux forcés à perpétuité pour crime d'empoisonnement, malgré le temoignage contradictoire des experts, Danval fut gracié, en 1905, par la Cour de Cassation, puis réhabilité en 1923. On lui accorda en plus une indemnité de 20.000 francs et une rente viagère de 16.000 francs. Le vieillard qu'il était devenu ne put jouir bien longtemps de cette gratification car il mourut l'année suivante. Mais les travaux de Gauthier lui avaient au moins permis de revendiquer son honneur.

Comme on le voit, la méthode de Marsh a fait du chemin depuis cent ans qu'elle existe.

L'hérédité chez les Bourbons. — *Etudiant d'une manière serrée les lois de l'hérédité et les mariages consanguins, MM. A. de Maricourt et le Docteur M. de Bertrand, dans un livre qui vient de paraître* (LES BOURBONS 1553-1830. *Hérédité. Pathologie. Amours et Grandeur, Emile-Paul, édit.*) *présentent sous un jour nouveau l'histoire des Bourbons. Et voici les conclusions auxquelles ils aboutissent :*

« Possédèrent-ils un caractère héréditaire permanent ? Dans les grandes lignes il semble qu'on puisse répondre affirmativement. Belle intelligence, équilibre, activité, conscience du devoir d'Etat... Dans le domaine affectif : bienveillance, tempéraments très violents dont ils s'efforcent d'atténuer les excès, pas d'exagération du sentimentalisme, goût des jouissances, de la chère et de la chasse, timidité allant parfois jusqu'à la défiance de soi.

Sur le fond commun se superposent certains traits particuliers à des « types » qui se rencontrent plusieurs fois dans la lignée royale. Il serait présomptueux de grouper ces alternances en observant rigoureusement ici les lois de Mendel. Toutefois, on peut individualiser certains caractères qui font contraste, surtout dans le domaine de l'activité ; un Henri IV, un Louis XIV, un duc de Bourgogne sont des hyperactifs ; un Louis XIII, un Louis XV sont plutôt des déprimés constitutionnels qui, par devoir d'Etat, forcent leur tempérament. La cyclothymie ne revêt pas ici un caractère essentiellement individuel. Mais elle se reproduit sur un type familial à alternances plus ou moins proches.

Au point de vue psychisme pathologique, aucune remarque d'importance ne s'impose au sujet des Bourbons. Leur relative mélancolie due sans doute à leur isolement régalien et à la lourde tâche qui leur incombe est une tournure de caractère qui ne comporte rien de morbide. Seules certaines filles du Régent sont

des aberrantes qui n'ont pas eu d'influence raciale et la psychasthénie de Louis XV est un cas isolé.

Dans le domaine organique, comme dans toutes les lignées, il y a chez les Bourbons, au cours des âges, des causes d'affaiblissement : tuberculose par apports successifs contre laquelle ils luttent généralement avec succès ; et un tempérament arthritique dont une des conséquences est l'adiposité qui se manifeste chez les descendants de Louis XIV. Mais mieux que d'autres, ils ont résisté aux mariages consanguins en un temps où ceux-ci devenaient défectueux. Si bien que quiconque s'est plu à compulser les archives des familles qui furent illustres ou celles des lignées modestes est frappé de voir que, malgré leur rang exceptionnel, les Bourbons sortent à peine de la norme physiologique.

On pourrait même ajouter que, s'ils s'en écartent, c'est par une robustesse que nous avons plusieurs fois signalée.

Un seul point sur lequel il faut, une dernière fois, insister : cet étonnant appétit sexuel qui ne choquait pas nos pères, comme nous l'avons remarqué au sujet d'Henri IV, parce que la virilité aux yeux du peuple, au sujet de la nation, aux yeux de l'humanité toute entière apparaissait chez le chef la qualité première en fonction de sa force. L'excuse des Bourbons dans ces excès : l'extrême importance d'avoir des héritiers, de maintenir une race, excite chez eux perpétuellement les sens ; les mariages politiques auxquels ils se « sacrifient » les inclinent aux erreurs. Enfin, dans leur vie excessive, ils ont besoin d'un dopping, d'un excitant. Là — reconnaissons-le (comme nous l'avons fait déjà au sujet de Louis XV) dans ce qu'elle a de fâcheux — joue certainement l'hérédité : aussi haut qu'ils remontent dans leur antique race, que ce soit du côté de la voluptueuse Florence, ou de l'excessive Espagne, ou de la sensuelle Allemagne... ou même de la France, les Bourbons rencontrent des aïeux princiers qui n'ont guère négligé le plaisir de l'amour. Cette hérédité tombe sur eux comme une masse ; de très loin et de partout se fait entendre l'impérieux appel ancestral.

Il y a bien là, cette fois, un tribut à payer dans l'atmosphère sensuelle et surchauffée des Cours.

Le prix doit-il en être forcément acquitté ? Non, car nul n'est victime de la fatalité. Les Princes sont prédisposés, mais ils ne sont pas déterminés et leur éducation — quand elle n'est pas, comme on l'a vu, trop souvent négligée — leur permet, en écoutant un autre appel, celui de l'Eglise, de faire taire les « abois » des aïeux. Une race ne peut être considérée en bloc, comme dissolue, lorsqu'elle a donné, comme réactions, des figures aussi pures que celles du Dauphin, de Louis XVI, de Mme Louise de France ou de Madame Elisabeth.

A cet égard citons — ce sera la dernière fois — les auteurs qui ont accablé les Bourbons et les autres races royales.

Un de ceux qui, avec Cabanès, a le plus attaqué le principe de la transmission héréditaire du pouvoir est le Docteur Lucien Nass. Lui aussi, nous assurant que « les maisons royales meurent de dégénérescence » écrit : « L'exercice du pouvoir est un fardeau trop lourd pour un homme seul. Il déforme les caractères en augmentant les points faibles. Le monarque a-t-il tendance à la vanité ? Il deviendra mégalomane... Est-il sensuel ? Il profitera des multiples occasions qui sont offertes à ses appétits, etc.... »

C'est ici n'envisager qu'un seul côté de la question et les conclusions du Docteur Nass peuvent paraître excessives lorsqu'il nous assure que, seule, la Révolution a fait « œuvre de prophylaxie sociale »... « La peur du gendarme, écrit-il encore, tel est au fond le mobile qui fait agir les autres hommes, modèle leurs passions, calme leurs appétits, alors que rien ne retient les princes ». Le Docteur Nass reproche aussi aux Bourbons le « principe de continuité qui répercute les tares et les abus ». Il assure que nos rois n'ont pas eu « le sens de leurs responsabilités ». Pas tous, il est vrai, mais une collectivité qui travaille sans avoir celui de la pérennité, de l'héritage à transmettre, possède-t-elle mieux le sentiment du devoir, d'autant plus malaisée à suivre, nous semble-t-il, qu'elle est sans tête, ou que, comme l'hydre, elle en a plusieurs ?

Remarquons ce qu'écrit Charles Benoist : « Dans l'œuvre royale même, les plus médiocres ont eu une part qui n'a pas été nulle et qui, sous la personnalité débile ou malade du Prince, est une affirmation de cette « virtu » de la dynastie, une preuve de la qualité transmise et permanente de son grand des sein ; la formation d'une unité nationale si forte, si profondément fondue que le monde n'avait pas encore connu la pareille ». Charles Benoist remarque là « non pas une politique de haute théorie ni à vues immenses, mais une pérennité de bon sens » chez les Bourbons dont il admire l'équilibre.

Il est partial, diront les détracteurs des institutions de l'Ancien Régime. C'est possible. Il l'est moins, en tout cas, que les auteurs assurant « que la disparition des monarchies est une loi générale démontrée par l'Histoire ». L'image usagée — et d'ailleurs inexacte, — de l'arbre périssant toujours par la cîme est un peu trop facile, et commence de n'être plus prise au sérieux en un temps d'études comme le nôtre. Si l'hérédité des Bourbons a développé chez eux une dissolution dans les mœurs, qui souleva de justes colères, on peut ajouter, comme corollaire que cette hérédité a été sur d'autres points, généreuse.

Les Livres de la semaine

CHAUSSE (Dr). — **La stéréoradiographie de l'os temporal.** 45 p. Br. : 300 fr. (*Le Soudier*).

GAMEL (Ed.) et PAOLI (Jean). — **Questions de garde de chirurgie.** 3e éd. In-16, 363 p. Cart. : 30 fr. (*Maupetit*).

OMBRÉDANNE et MATHIEU. — **Traité de chirurgie orthopédique.** T. II. **Physiologie pathologie et thérapeutique générales** (*suite et fin*). (1.020 p. 728 fig. Br. : 270 fr. ; Rel. : 300 fr. (*Masson et Cie*).

VAN DEN DUNGEN (Dr E.). — **Les diagnostics extraordinaires.** Br. : 15 fr. (*Université du Sphinx*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 8 — 20 FEVRIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 16 février. — M. Granger : Considérations sur cinquante pubiotomies pratiquées à la maternité Saint-Louis. — Mlle de Chappedelaine: Les calculs du rein invisibles à la radiographie.

17 février. — M. Goldwert : Deux cas d'anémie grave provoqués par la cryogénie.— M. Terrasse : Staphylococcies malignes de la face. — M. Le Bouc : Etude de l'histamine dans l'intoxication chronique éthylique.

18 février. — M. Singer : Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépato-biliaires. — M. Anglade Les revendicateurs. Etude du délire des revendications. — M. Falkowski : Etude de la tuberculose verruqueuse anéofessière. — M. David : Physiologie des poches aériennes dans leur rapport avec le vol des oiseaux. — M. Frenkel : Les néphroses lipoïdiques médicamenteuses. — M. Ghavani : De la médecine persane au cours des âges.

19 février. — M. Malan : Etude des amenorrhées d'origine endocrinienne. — Mme Roche : Les accidents d'acidose au cours du traitement salicylique.— M. Brouillaud : La densité du sang chez les tuberculeux, ses rapports avec la tension artérielle. — M. Soyer : Maladie post-opératoire et deshydratations.

Hopitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Admissibilité : noms des candidats : MM. les Docteurs Aboulkre, Audouin, Baumann, Billet, Boudreaux, Cordier, Dreyfus-le-Foyer, Dufour, Guillot, Hepp, Lance, Lecœur, Monod, Padovani, Petit, Poilleux, Rudler, Sauvage, Vuillième, Zagdoun.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Professeur Maurice Chevassu commencera son cours le mardi 2 mars 1937, à 17 heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au Petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : Pathologie de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

Chaire de pathologie expérimentale et comparée (Professeur : M. Noël Fiessinger.) — M. le Docteur Troisier, agrégé, commencera ses conférences le mardi 23 février 1937, à 18 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies infectieuses expérimentales.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 1er mars 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours

I. *Chirurgie courante de la main* : Traitement des panaris, des phlegmons de la main ; sutures tendineuses ; amputations de phalanges et de doigts. — Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris et phlegmons de la main, les sutures tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie des parois thoraciques* : Résection costale, pleurotonie ; ablation du sein pour cancer (opération de Halsted). — Les assistants répéteront : la pleurotomie avec résection costale, l'incision sous-mammaire, l'opération d'Halsted.

III. *Chirurgie des parois abdominales* : Hernies inguinale, crurale, ombilicale. — Les assistants répéteront : la cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. *Chirurgie du tube digestif* : Gastrostomie, gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront : la gastrostomie, la gastro-entérostomie.

V. *Chirurgie du tube digestif* : Appendicectomie, anus contre nature. Généralités sur les sutures intestinales ; la suture bord à bord. — Les assistants répéteront : l'appendicectomie, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche, les sutures intestinales.

VI. *Chirurgie de la vésicule biliaire* : Cholécystostomie, cholécystectomie. — Les assistants répéteront : la cholécystectomie, la cholécystostomie.

VII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystéropexie, colpopérinéorraphie. Colpotomie. — Les assistants répéteront : l'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale. — Les assistants répéteront : la castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme* : Opérations sur le testicule et ses annexes hydrocèle, épididymectomie, castration. — Les assistants répéteront : le retournement de la vaginale, l'épididymectomie, la castration.

X. *Chirurgie du rein* : Néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie. — *Chirurgie vésicale* : la cystostomie sus-pubienne. — Les assistants répéteront : la néphrostomie, la néphropexie, la pyélostomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Cours de révision et de perfectionnement consacré à l'hygiène et au traitement des maladies de la première enfance. — *Cours de vacances* (Pâques 1937). — Un cours sur les notions actuelles en hygiène et clinique du premier âge sera fait à la Clinique Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés sous la direction de : M. le Professeur P. Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala et M. Lelong ; MM. Bohn, Baize, Benoist, Garnier, Gournay, Odinet, Gavois, Joseph et Mme Wertheimer ; M. Detrois ; MM. Saint-Girons et Roudinesco ; M. Aimé.

Il sera traité des notions actuelles relatives aux principaux sujets suivants : L'alimentation dans la première année ; Les laits modifiés ; L'alimentation des débiles et des prématurés; Les anémies du premier âge ; Les vomissements du nourrisson; Les avitaminoses ; La tuberculose du nourrisson ; La diphtérie du nourrisson ; La colibacillose du nourrisson ; Les broncho-pneumonies du nourrisson ; La syphilis congénitale ; Les convulsions du nourrisson ; Les syndromes thymiques ; Le traitement actuel des états cholériformes ; La vaccinothérapie chez le nourrisson ; Les opothérapies dans la première enfance.

Les leçons ont lieu à 11 heures, à 16 heures et à 16 h. 45. Elles seront précédées de la visite hospitalière dans les salles à 10 heures par M. le Professeur Lereboullet ou M. le Docteur M. Lelong, agrégé. Des visites sont prévues dans différents établissements. Des exercices pratiques auront lieu au laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 15 mars et se terminera le mercredi 23 mars.

Sont admis à ce cours les docteurs en médecine, les étudiants en médecine, français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 7 mars, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

Droit d'inscription : 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés à la Faculté, au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures, et salle Béclard (B. R. M. E.) tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Hôpital Broussais-La Charité (96, rue Didot). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 15 mars au samedi 20 mars 1937 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — Lundi 15 mars, 9 h. 30, M. le Professeur Sergent : Principes généraux du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures, M. le Docteur Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30, M. le Docteur Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 16 mars, 11 heures, M. le Docteur Mignot : Médiastin (tumeurs et kystes). — 15 heures, M. le Docteur Turpin : Diaphragme. — 17 h. 30, M. le Docteur Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Mercredi 17 mars, 11 heures, M. le Professeur Sergent : Trachées et bronches. — 15 heures, M. le Docteur Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30 : M. le Docteur Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Jeudi 18 mars, 11 heures, M. le Docteur Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 16 h. 15, M. le Docteur Pruvost : Pneumothorax et pneumo-séreuse. — 17 h. 30, M. le Docteur Kourilsky : Abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

Vendredi 19 mars, 11 heures, M. le Docteur Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Docteur Durand : Scissurites et épanchements scissuraux. — 16 h. 15, M. le Docteur Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 20 mars, 11 heures, M. le Docteur Durand : Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30, M. le Professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 9 h. 30 (examen des malades), et tous les après-midi (démonstration des principales techniques radiologiques, par le Docteur Couvreux).

S'inscrire à la Faculté de médecine ou bien au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (Professeur : M. Paul Mathieu.) — M. le Professeur Paul Mathieu commencera son cours le mercredi 3 mars 1937, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Programme de l'enseignement. — Lundi : Opérations. — Mardi à 9 heures : Consultations à la policlinique. — Mercredi à 11 heures : Leçon à l'Amphithéâtre de la clinique chirurgicale. — Jeudi : Opérations. — Vendredi à 10 heures : Leçon à la policlinique. — Samedi : Opérations.

Enseignement complémentaire. — Conférence clinique par MM. les chefs de clinique le lundi matin à 9 h. 30.

Démonstrations pratiques d'appareillage par MM. les assistants d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 heures.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis.) — M. le Professeur H. Gougerot, continuera ses cliniques aux dates suivantes, les mardis à 11 heures, à l'Amphithéâtre Louis Brocq de la clinique, et les mercredis soirs à 20 h. 30, à la consultation de la Porte, à l'hôpital Saint-Louis.

Les traitements des grandes dermatoses : L'indispensable en dermatologie avec présentation de malades et de moulages, projections.

Mercredi 3 mars : Séroréaction de Bordet-Wassermann : discussion des meilleures techniques. Interprétation des Bordet Wassermann positifs. — Mercredi 10 mars : Interprétation des

Bordet-Wassermann négatifs, les causes d'erreurs, les imperfections et paradoxes du Bordet-Wassermann. — Mercredi 17 mars : Adénites chancrelleuses et maladie de Nicolas-Favre : Formes nouvelles et traitements.

Mardi 20 avril : Méthodes d'examen. Règles des traitements externes ; les erreurs graves à éviter en dermatologie. — Mercredi 21 et Mardi 27 avril : Formulaire dermatologique. — Mercredi 28 avril : Traitements externes des eczémas et des dermatoses irritables.

Mardi 4 mai : Traitements internes des eczémas : Désensibilisation, etc. — Mercredi 5 mai : Traitements locaux des lupus tuberculeux et érythémateux. — Mardi 11 mai : Traitements généraux des tuberculoses cutanées. — Mercredi 12 mai : Traitements des mycoses profondes. — Mardi 25 mai : Nouveaux traitements du psoriasis. — Mercredi 26 mai : Traitements des épidermo-mycoses : les complexes des plis, des plantes, etc...

Mardi 1er juin : Diagnostic et traitements de la lèpre. — Mercredi 2 juin : Traitements des pyodermites : vaccins, bactériophages, etc. — Mardi 8 juin : Traitements des érythrodermies. — Mercredi 9 juin : Nouveaux traitements des dermatoses bulleuses. — Mardi 15 juin : Diagnostic et traitements des dermaépidermites microbiennes. — Mercredi 16 juin : Nouveaux traitements des prurits, lichens, urticaires, etc. — Mardi 22 juin : Traitements des alopécies et des pelades, des hypertrichoses et des dermatoses inesthétiques. — Mercredi 23 juin : Traitements des séborrhées de la face, du cuir chevelu et des acnés. — Mardi 29 juin : Traitement de la gale et des pédiculoses. — Mercredi 30 juin : Traitements des cancers cutanés.

Horaire de la clinique. — Les mardis : Consultation de la Porte, à 9 heures, par les assistants, présentation de malades, à 9 h. 30, par le professeur. Leçon clinique à 11 heures, à l'Amphithéâtre Louis Brocq. — Les mercredis : Visite des salles du pavillon Bazin, à 10 heures. Physiothérapie et petites opérations, à 9 h. 30, au pavillon Bazin : salles Henri-Dominici. — Les mercredis soirs : A la consultation de la Porte, policlinique à 20 h. 30 et leçon clinique à 21 h. 30. — Les jeudis indiqués ci-dessous : Etudes de questions d'actualité par des spécialistes de chaque question, à l'amphithéâtre Fournier de la clinique, à 10 heures. — Les vendredis : Policlinique par le professeur à l'Amphithéâtre Brocq du nouveau dispensaire, à 10 heures.

Les jeudis de la clinique de Saint-Louis, fondés sous le patronage de L. Brocq, études de questions d'actualité à l'Amphithéâtre A. Fournier de la clinique, à 10 heures.

26 avril, Professeur Joyeux, de Marseille : Les manifestations cutanées des leishmanioses viscérales. — 27 mai, Professeur Favre, de Lyon : Les syphilis musculaires. — 3 juin, M. Raymond Barthelemy : L'acnitis de Barthelémy. — 17 juin, M. Paul Blum : Syphilis de l'ovaire. — 24 juin, M. Giraudeau : Physiothérapie indirecte des dermatoses. — 1er juillet, M. Jean Meyer : Physiothérapie des staphylococcies cutanées.

Conférence des Voix latines. — Le Docteur Jean Abadie, d'Oran, fera le mercredi 24 février, à 21 heures précises, à l'Institut océanographiques, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence du Docteur Georges Duhamel, une conférence intitulée : Impressions de voyage d'un chirurgien français, d'un latin, en U. R. S. S.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe), et dans les librairies médicales du Quartier latin.

Diner des hospitaliers lyonnais à Paris. — Ce groupe amical est composé de droit par les anciens « hospitaliers de Lyon », c'est-à-dire anciens internes et externes qui peuvent servir de parrains pour amener aux agapes de la Société des Lyonnais habitant Paris ainsi que les médecins militaires qui ont été élèves de l'Ecole de Santé de Lyon.

Chaque banquet est présidé par un camarade à tour de rôle. Pas de comité, pas de bureau, mais seulement deux « permanents » chargés d'envoyer les convocations et de répondre à la correspondance.

Le banquet a lieu tous les trimestres. Le prochain aura lieu le mardi 9 mars à 7 h. 30 au restaurant « Les Vosges », 36, rue Ballu.

Envoyer les adhésions au Docteur Paul Boudin, 186, rue de Vaugirard, Paris.


DOSE ET MODE D'EMPLOI
20 COMPRIMÉS
Véganine
VEGANINE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les affections syphiloïdes de l'homme et des animaux (1)

Par **Louis BORY**

Syphiloïde, ce qualificatif, souvent appliqué à des affections très dissemblables, signifie étymologiquement « qui a l'aspect de la syphilis ». Tous les symptômes, toutes les maladies qui ressemblent aux manifestations de la syphilis humaine mériteraient d'être appelés syphiloïdes. Comme la syphilis peut elle-même revêtir le masque d'un très grand nombre de maladies ou de syndromes, toute la pathologie ou peu s'en faut pourrait entrer dans un chapitre des affections syphiloïdes. Il est donc utile de préciser le terme et de limiter le sujet. Ce sera le but de ces quelques mots d'introduction.

Le qualificatif de syphiloïde est aussi ancien sans doute que la dénomination de syphilis. Il a même été tout d'abord et pendant longtemps appliqué à cette dernière maladie, plus particulièrement dans les cas de contagion extra-génitale qui apparaissaient aux anciens auteurs, en l'absence d'un accident primitif vénérien, comme n'étant pas de la vérole.

Même à une époque relativement récente, où Ricord et son école soutenaient que seul l'accident initial, le chancre, était contagieux, « on s'explique, écrit le Prof. Ehlers (2), que l'on ait pu décrire sous le nom de syphiloïde des accidents qui ressemblaient à la syphilis et qui, en fait n'était que la syphilis. » C'est ainsi que ce nom fut donné à une maladie populaire du Jutland, parce que les premiers symptômes de l'affection (transmise, en raison d'une hygiène déplorable, non par voie de contagion génitale, mais par la vie commune de tous les jours) se montraient un peu différents de ceux observés en présence d'une syphilis d'origine génitale. La contagion, généralement buccale, laissant passer l'accident initial plus ou moins inaperçu, l'attention était attirée par des symptômes généraux (fatigue, lassitude, douleurs lancinantes, céphalées) précédant ou accompagnant une éruption surtout marquée sur la gorge, les lèvres, le voile du palais et provoquant de la dysphagie, de la dysphonie, plus tard de grandes ulcérations dévorant la luette et perforant le voile. Après une période d'accalmie, apparaissaient plus tard des ulcérations mutilantes, avec effondrement du nez. On sait que lorsque la maladie a commencé par le visage, c'est celui-ci qui est plus particulièrement frappé ultérieurement.

Il ne nous paraît pas douteux aujourd'hui que cette maladie était la syphilis. Mais sa rapide extension, en dehors de toute cause génitale ; sa facilité de propagation à la campagne et parmi les enfants, ces innocents que les contagions de l'amour ne paraissaient pas devoir atteindre, expliquent qu'on ait pu, à des périodes d'observation encore très empiriques, comparer ces manifestations à celles de la syphilis, sans oser les identifier à elles. Van Deurs en 1835 nous a rapporté quelques-unes des pratiques courantes alors dans certains milieux : par exemple l'allaitement par les paysannes, prenant du lait de vache dans leur bouche pour le faire tiédir et le faisant sourdre ensuite sur les lèvres de leurs enfants ; ou encore l'utilisation des filles-tailleurs, qui allaient, suivant la coutume, confectionner les habits dans chaque maison, où elles séjournaient plusieurs jours, allant de l'une à l'autre et dormant dans les mêmes lits que les enfants de la famille : par la contamination des enfants, les familles étaient rapidement atteintes, ainsi que les domestiques, qui mangeaient tous dans le même plat et employaient les mêmes cuillers en bois rarement lavées.

Il est possible qu'un grand nombre d'affections étiquetées encore aujourd'hui syphiloïdes soient des syphilis méconnues ou des affections dues à des germes tellement rapprochés de celui de la syphilis, qu'on peut raisonnablement créer pour elles un groupe d'affections parasyphilitiques.

Nous distinguerons donc deux ordres de syphiloïdes :

Les *syphiloïdes parasyphilitiques*, dues à des germes voisins du tréponème de Schaudinn.

Les *syphiloïdes vraies*, n'ayant avec la syphilis que des parentés d'apparence.

I. Les parasyphilis

Bien que la dourine et la maladie du sommeil, causées la première par Trypanosoma equi, la seconde par Trypanosoma Gambiense aient été, en raison des parentés de germes et de certaines apparences cliniques ou évolutives, considérées comme des affections comparables à la syphilis, nous ne retiendrons comme affections dignes du nom de parasyphilis que les trois ci-dessous, causées par des tréponèmes :

Le sodoku ; la tréponémose spontanée du lapin ; le pian.

1° Le sodoku à vrai dire est dû à un germe, facile à différencier du tréponème de Schaudinn, plus court que lui et ne développant que deux à six tours de spire et que Brumpt étiquette Treponema alors que Noguchi l'appelle Spironema Sodoku, espèce extrêmement voisine.

La maladie succède chez l'homme à la morsure d'un rat infecté et débute, après une incubation de deux à trois semaines, par un accident local : prurit, gonflement rouge et douloureux, au point inoculé. En huit jours on voit évoluer en ce point la lésion, sous forme d'un placard pseudo-phlegmoneux, dur, ne suppurant pas, mais évoluant vers la nécrose et donnant lieu à une escarre, souvent noirâtre.

Les régions ganglionnaires correspondantes laissent percevoir des ganglions durs, mobiles, sans périadénite et ne suppurant pas.

En même temps surviennent des phénomènes généraux, caractérisés surtout par une fièvre récurrente, intermittente, ayant l'allure des accès palustres, avec intervalles apyrétiques ;

par des éruptions, érythémateuses, urticariennes ou nodulaires sous-cutanées douloureuses ;

par des troubles digestifs et des troubles nerveux (asthénie, stupeur, coma, troubles moteurs et sensitifs).

La guérison est la règle dans nos climats, après une durée de un à trois mois d'accès oscillants.

La réaction de Bordet-Wassermann serait positive dans plus de la moitié des cas. Malgré ce caractère qui peut être lié à l'état fébrile ou à un phénomène biotropique, l'analogie du sodoku et de la syphilis est vraiment très lointaine.

2° La tréponémose spontanée du lapin ou syphilis spontanée des lièvres et des lapins est beaucoup plus rapprochée de la syphilis humaine, dont le lapin constitue à l'heure actuelle un des meilleurs tests d'inoculation. Malgré l'identité apparente des deux tréponèmes (Schaudinn et Cuniculi) les deux syphilis ne se ressemblent pas ; ou plutôt, celle à Tr. Cuniculi a une évolution plus superficielle, que traduit bien l'anatomie pathologique. J'ai déjà insisté sur l'étude comparée des deux maladies, dans une précédente leçon et c'est pourquoi je n'y reviendrai pas ici, si ce n'est pour rappeler qu'il y a peut-être entre les deux syphilis du lapin la même différence qu'entre le pian et la syphilis.

Dans la tréponémose du lapin et dans le Pian humain les lésions sont papillomateuses et ne dépassent guère le derme immédiatement sous-épidermique. Le virus est surtout

(1) D'une série de conférences de pathologie comparée faites à la Faculté de médecine (Cours de Pathologie expérimentale et comparée, Professeur N. Fiessinger).

(2) Professeur EHLERS. — La syphiloïde du Jutland, Masson, édit., 1923.

épidermotrope et la réaction qu'il provoque est plus banale que celle de la syphilis. En réalité il n'y a que des différences de degré dans les modalités de l'inflammation provoquée par les trois variétés de tréponèmes, les deux variétés (Tr. Cuniculi et Tr. Pertenue) pouvant se situer sur le même plan.

3° Le pian ou frambœsia pose vis-à-vis de la syphilis à laquelle il ressemble comme un frère, les mêmes questions que celles posées sur l'identité ou simplement l'analogie des deux syphilis du lapin.

On ne peut s'empêcher, en considérant les symptômes de cette affection des pays chauds, de penser à cette syphiloïde du Jutland, que nous a décrite Ehlers et qui étonnait par sa rapide extension en dehors de toute contagion génitale.

Le pian n'est pas en effet ou ne paraît être qu'exceptionnellement une maladie vénérienne.

Mais l'agent qui le cause (Tr. Pertenue) est indifférenciable de celui de la syphilis de nos climats. Les lésions qu'il provoque ne sauraient être, malgré leur monomorphisme cutané, plus syphiloïdes. Les réactions sérologiques sont identiques à celles de la syphilis. Le traitement est exactement semblable. En gros voilà les ressemblances ; analysons comparativement maintenant l'évolution et les symptômes.

Evolution. C'est une maladie des régions tropicales, avec trois grands foyers de développement : l'Afrique équatoriale, l'Asie méridionale (en Indo-Chine surtout) et l'Océanie. l'Amérique équatoriale.

Inoculable et très contagieuse, elle frappe toutes les races, mais surtout les indigènes dont l'hygiène est plus défectueuse en général. On l'observe plus souvent chez les enfants que chez les adultes, ceux-ci paraissant être immunisés précisément par l'atteinte de leur enfance.

Après une *incubation*, dont la durée est mal déterminée (quinze jours à plusieurs mois) apparaissent des

prodromes, phénomènes généraux : fièvre, céphalée, troubles digestifs, douleurs rhumatoïdes surtout dans les os longs ;

puis un *accident initial*, à siège cutané, sur les membres, inférieur le plus souvent, moins fréquemment sur la face, les organes génitaux ou le tronc. Ce chancre pianique dure généralement plusieurs semaines, puis il disparaît en laissant une cicatrice blanchâtre, foncée parfois.

Les choses peuvent en rester là, mais habituellement, après une deuxième incubation, pouvant atteindre plusieurs mois, apparaît une *éruption secondaire*, localisée à toute une région et pouvant même se généraliser ; l'aspect des éléments secondaires ne diffère que peu ou pas de l'élément initial.

Des adénopathies accompagnent l'éruption, qui peut guérir en quelques semaines ou durer plusieurs années.

Tout paraît se limiter à ces phénomènes. Cependant des manifestations plus ou moins lointaines et d'attribution difficile permettent d'envisager une *période tertiaire* du pian, dans laquelle rentrent des manifestations articulaires, des ostéites, des gommes osseuses ou des parties molles, des exostoses douloureuses (nodosités juxta-articulaires), des lésions syphiloïdes tertiaires de la face et de la bouche (ulcères, effondrement nasal, destruction du voile).

Harper, observant aux îles Fidji, où la syphilis serait inconnue et le pian très fréquent, attribue à cette dernière maladie les quelques cas d'anévrysme, de tabès et de paralysie générale, qui atteignent environ un sujet pour 1.000 de la population.

Symptomatologie comparée. *L'accident initial*, chancre pianique, ressemble assez peu, il faut le reconnaître, au chancre syphilitique de nos climats. C'est du moins ce qui ressort des descriptions habituelles, car il est classique de dire que l'accident initial, précédant de plusieurs semaines ou mois l'éruption secondaire, est morphologiquement semblable aux éléments de celle-ci : ce serait donc au début un élément papulo-pustuleux légèrement acuminé et centré par un point jaune formé d'une substance caséeuse ; en somme une sorte de petit furoncle avec, au centre de la substance caséeuse, souvent, un poil. Cet élément papulo-pustuleux grossit, s'étale, s'ouvre comme un petit cratère, tandis que des éléments semblables apparus sur son contour évoluent et forment bientôt par réunion un placard de deux ou trois centimètres de diamètre, à peu près rond, à surface mamelonnée, recouverte d'une croûte épaisse, grisâtre, adhérente. Lorsqu'on détache la croûte encore peu épaisse, on trouve au-dessous un bourgeon papillomateux saignant, ressemblant à une mûre ou une framboise, d'où le nom de Frambœsia donné à la maladie. Cette lésion est constamment prurigineuse au début, puis ce prurit se calme, une fois la lésion constituée et à ce moment l'indolence est absolue.

L'accident initial peut persister, à l'état solitaire, pendant un à trois mois et plus. Puis il se flétrit, se dessèche, la croûte tombe, les saillies papillaires s'effacent et le fond s'aplanit. A sa place on ne voit alors qu'une tache arrondie, légèrement gaufrée et brunâtre, cicatrice, dont le centre se décolore, tandis que la pigmentation persiste à la périphérie.

Telle est la description classique, où rien ne distingue l'accident initial des pianomes secondaires.

En réalité — et comme il résulte de documents cliniques et iconographiques rapportés par Montel de son observation en Cochinchine (1) — le chancre pianique serait autre chose et aurait une individualité bien caractérisée.

Montel a observé cinquante-six cas de chancres pianiques et a noté quarante-quatre fois la localisation au membre inférieur, soit une proportion d'environ 78 %.

Dans les cas typiques la lésion initiale est, à sa période d'état, non un simple bouton, mais une *ulcération* végétante, mais non papillomateuse, de forme arrondie ou ovalaire, mesurant de deux à trois centimètres de diamètre ; la surface du chancre forme une sorte de plateau légèrement déprimé au centre et se relevant en bourrelet ulcéro-végétant circulaire, à la périphérie, où l'épiderme, recouvert un peu par le bourrelet débordant, forme autour de la base de l'ulcération une collerette circulaire, un peu déchiquetée, d'aspect macéré, sans être nullement décollée.

L'aspect est bourgeonnant comme celui d'une plaie en voie de réparation, mais non papillomateux ; la couleur est *rouge chair musculaire* ; il n'y a pas d'induration ; simplement un peu d'infiltration inflammatoire périphérique. Ces tissus, humides et mous, saignent facilement ; il s'écoule à leur surface une sérosité qui se concrète en une membrane papyracée, parcheminée, d'un brun noirâtre, très adhérente. Cette membrane enlevée, on voit souvent au centre de l'ulcération, dans la partie déprimée, une membrane diphtéroïde, semblable à celle qu'on observe dans le chancre syphilitique.

La sensation de *prurit* est très marquée dans toute la région. A la lésion correspond toujours une *adénopathie* satellite, sous forme d'une polyadénite, mollasse, volumineuse.

Ultérieurement, (un mois environ après son apparition), la bordure bourgeonnante s'affaisse, la bordure cutanée s'épaissit, s'infiltre, se relève en un bourrelet d'aspect macéré, alors que l'ulcération conserve sa couleur rouge de chair musculaire. A cette période, dit Montel, « on ne saurait mieux comparer la lésion qu'au chaton d'une bague, dont les tissus ulcérés, bombant, formeraient la pierre centrale et la peau circonvoisine, épaissie en bourrelet, la monture métallique ».

Plus tard, le chancre pianique, qui, contrairement au chancre syphilitique, ne marque guère de tendance spontanée à la guérison, se creuse, suppure ; les bords s'affaissent, deviennent irréguliers, anfractueux, souvent creusés à pic.

Mais avant cette période, de petits pianomes secondaires sont apparus aux environs du chancre, souvent sur ses bords immédiats, défigurant ainsi la lésion primitive et pouvant lui donner ce caractère papillomateux qui est vraiment celui de l'éruption secondaire, plus ou moins généralisée.

(1) L. R. Montel. — Le chancre pianique « Lésion primaire d'inoculation », *Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, 14 nov. 1928, p. 785.

Comme le chancre pianique est ulcéreux, il ne guérit qu'en laissant une cicatrice blanche, atrophique, mince (sauf complication chéloïdienne), indélébile.

En comparant ces caractères à ceux du syphilome initial, on retrouve nombre de caractères communs, surtout si l'on tient compte de la localisation extra-génitale, qui peut donner au chancre syphilitique des aspects un peu différents de celui observé dans les régions génitales et dont il existe plus fréquemment alors des variétés ulcéreuses végétantes, molles et de guérison spontanée lente, ce qui rappelle la description ci-dessus.

Les *accidents secondaires* nous retiendront peu puisque l'éruption est presque toujours monomorphe, framboesiforme.

Si les premiers éléments apparus ont cet aspect bourgeonnant, par développement périphérique d'éléments pianiques secondaires d'auto-inoculation favorisée par le grattage, ultérieurement, le plus souvent les éléments se transforment ou ceux qui apparaissent alors prennent comme ces derniers des caractères qui les rapprochent davantage des lésions secondo-tertiaires de la syphilis, en particulier des syphilides circinées psoriasiformes. Elles peuvent s'étendre à une région seulement ou se généraliser ; elles gardent ce caractère végétant polylobé qui est propre aux lésions les plus typiques du pian.

Cependant, lorsqu'on étudie d'un peu près toutes les manifestations de ce mal, le monomorphisme éruptif est moins absolu qu'on ne le dit :

Nous venons déjà de signaler :

Des pianides acnéiformes (début des lésions),

Des pianides framboesiformes (par agglomération de celles-ci, en tubercules, en chou-fleur, en lésions papulo-croûteuses circinées ou psoriasiformes.

Il existe en outre :

Des lésions maculo-squameuses (ou pityriasiformes) qui précèdent l'éruption secondaire et l'accompagnent parfois, comme je l'ai observé dans un très beau cas personnel.

Des lésions papulo-érosives enfin, siègeant dans les régions paramuqueuses, ano-génitale surtout, et que rien alors ne permet de distinguer des plaques muqueuses cutanées de la syphilis (syphilides papulo-érosives hypertrophiques des grandes et petites lèvres de la vulve et du pli interfessier). Si les plaques muqueuses vraies ne sont guère signalées dans le pian, ces lésions paramuqueuses sont par contre très fréquentes et leur aspect syphiloïde est tel que vraiment on ne puisse se défendre en leur présence de l'idée que ce pian prétendu n'est que la syphilis. Tous ces éléments contiennent le tréponème de Castellani, très facile à mettre en évidence dans les mêmes conditions que sur les accidents primaires ou secondaires de la syphilis.

Des adénopathies, des phénomènes généraux (fièvre céphalée, douleurs rhumatoïdes, albuminurie même) accompagnent dans l'une et l'autre les phénomènes cutanés, indiquent le caractère général de la maladie et ont dans les deux cas des ressemblances évidentes (céphalée nocturne, douleurs ostéocopes).

Nous sommes obligés d'arrêter là nos comparaisons symptomatiques ; car ce que l'on a considéré comme symptômes d'un tertiarisme pianique (périostites, gommes osseuses ou cutanées, ostéite raréfiante avec déformations, spina ventosa, etc.) est relativement rare, difficile à rapporter à une cause unique, d'une cause en tout cas difficile à contrôler et à démontrer.

En résumé les lésions du Pian, dues à un virus particulièrement dermotrope, sont cliniquement très difficiles à différencier de certaines formes, tuberculeuses, végétantes, acnéiformes, crustacées, psoriasiformes, nummulaires ou circinées, de la syphilis de nos climats. Seuls, le caractère habituellement monomorphe de l'éruption, la mollesse habituelle des éléments, leur peu de tendance à la guérison spontanée, surtout le prurit dont ils sont le siège, enfin la notion des centres climatiques où le pian est endémique, permettent généralement d'en faire le diagnostic.

Mais aucun examen biologique ou microbiologique, aucune épreuve thérapeutique ne nous autorise à affirmer que ce que nous appelons ainsi le pian n'est pas la syphilis.

Réactions de B.-W. ; réactions de précipitation ou de floculation sont positives, avec les mêmes antigènes et au même degré.

Les deux tréponèmes sont exactement semblables.

Les agents thérapeutiques de la syphilis (mercure, iodure de potassium, arsénobenzol, bismuth) ont la même efficacité sur les manifestations de la Framboesia.

Avouons qu'il est bien tentant de supposer que le pian n'est qu'une forme de syphilis, à virus essentiellement dermotrope, et propre à la zone des climats tropicaux. L'absence habituelle de lésions muqueuses, l'hygiène défectueuse des indigènes expliquent la rareté des inoculations génitales et la grande contagiosité extra-génitale de l'affection, dans une zone où la barrière épidermique est si facilement, si fréquemment franchie par d'innombrables parasites (mouches, chiques), si facilement excoriée, ulcérée même, offrant ainsi au virus cutané tant d'occasions de se fixer par cette voie, plus particulièrement sur la peau fine et non immunisée encore de l'enfant. Ce serait une *syphiloïde*, comparable à celle dont nous avons parlé au début de cette leçon, et qui en fait n'était que de la syphilis.

Cette identité absolue du pian et de la syphilis n'est cependant pas admise par la plupart des auteurs, qui, caractères cliniques mis à part, se sont adressés pour résoudre le problème à la recherche des immunités croisées, à l'anatomie pathologique, à la médecine expérimentale.

L'anatomie pathologique comparée apporte apparemment une preuve de la différence des lésions. Il me semble bien que ce n'est qu'une apparence.

En effet, Jeanselme un des auteurs qui ont particulièrement étudié ces réactions histologiques du pian, chez l'homme, note surtout une *amplification des papilles*, distendues par un oedème très accusé et une dilatation « véritablement colossale » des capillaires sanguins et lymphatiques ; une *véritable papillomatose*, caractérisée par un épaississement considérable de l'épiderme et l'envoi dans la profondeur de bourgeons épidermiques interpapillaires ; une infiltration de *plasmazellen*, en petits amas nodulaires situés dans la couche profonde du corps papillaire, amas, d'où se détachent des traînées linéaires montant le long des capillaires turgides, dans l'axe des papilles, mais ne dessinant pas autour des vaisseaux de véritables manchons comme le fait la syphilis. Ces vaisseaux eux-mêmes ne seraient pas atteints des lésions artéritiques, fréquentes au contraire dans la syphilis. Ce ne sont pas ces vascularites avec épaississement considérable des parois ; ce sont dans le pian des altérations analogues à celles qui appartiennent aux bourgeons charnus.

Malgré cette comparaison avec les bourgeons charnus, la lésion essentielle est tout de même un plasmome, plus étalé que dans certaines lésions de la syphilis voilà tout ; mais il existe des syphilides végétantes et l'aspect histologique ne revêt déjà plus les mêmes différences. Quant aux lésions vasculaires, elles ne sont pas absentes des lésions pianiques ; dans le pian expérimental en particulier Hoffmann a décrit une phlébite nodulaire histologique, qu'il considère comme caractéristique, car elle ne porte habituellement que sur un côté du vaisseau (phlébite nodulaire unilatérale) ; cela ressemble beaucoup à ce que nous voyons dans la syphilis, de préférence il est vrai, mais sans exclusivité, sur les artérioles ; l'origine externe de la plupart des éléments pianiques, opposée à l'origine interne de presque tous les accidents de la syphilis, peut expliquer l'atteinte plus marquée des veines dans le premier cas, des artères dans le second.

L'expérimentation comparée. Le pian humain expérimental. Il a été réalisé depuis longtemps par Paulet (1848) et par Charlouis (1881). Ces expériences, qui ont montré l'inoculabilité de la maladie, à une époque où on n'en connaissait pas le microbe n'ont qu'un intérêt retrospectif. Le pian

confère l'immunité ; les sujets guéris depuis longtemps ne reprennent pas le mal ; par contre, et comme cette immunité ne se fait pas dès l'apparition de l'accident initial, on peut constater des surinfections analogues à celles qu'on observe dans la syphilis dans les mêmes conditions.

Il est probable qu'aujourd'hui, les pianiques guéris et longuement traités par les arsénobenzènes et le bismuth seraient susceptibles d'être réinfectés, l'immunité n'étant, en matière de syphiligraphie, qu'une insuffisante guérison.

Le pian immunise-t-il contre la syphilis et réciproquement ?

Il semble que la question soit réglée par la négative, depuis les expériences de Charlouis (inoculation positive de la syphilis à un volontaire malais atteint de pian) et les constatations cliniques de quelques autres, depuis surtout les expériences de Neisser, enfin de Castellani sur les singes ; nous allons en reparler. Mais il est des voix discordantes sur ce sujet (1) et certaines admettent que chez l'homme, un individu bien immunisé contre le pian (c'est-à-dire à une époque relativement éloignée de l'accident initial) serait à l'abri de la syphilis et le pian serait à la syphilis comme la vaccine à la variole. Nichols pense également que le pian immunise contre la syphilis, car chez les races pianisées, la syphilis est rare. Enfin, Van der Schaar (2) utilisant une souche expérimentale de pian du lapin et l'inoculant à l'homme, à des paralytiques généraux, eut constamment des résultats négatifs, sauf dans un cas, le seul qui comportât une réaction de B.-W. négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : une syphilis active pourrait donc immuniser contre le pian ? On voit combien le problème est important et difficile.

Le pian du singe. Neisser à Java, Hoffmann, Castellani ont réussi à inoculer le pian au singe ; chez les singes inférieurs, ils ont réussi à produire une lésion primaire, clairement papillomateuse, recouverte d'une croûte acuminée et se différenciant nettement du syphilome initial. L'incubation a une durée de seize à quatre-vingt-douze jours. Il n'y a pas d'éruption secondaire. Cependant le Tr. Pertenue se trouve non seulement dans la lésion d'inoculation, mais encore dans la rate et les ganglions.

L'éruption secondaire pianique aurait été obtenue par Halberstäder chez l'Orang.

Les relations descriptives sur le chancre pianique obtenu chez le singe (Macaques et Semnopithèques surtout) sont peut-être insuffisantes. En tout cas l'inoculation positive *sur le sourcil de l'animal* provoque l'apparition du chancre dans des délais bien comparables à ceux nécessaires à l'apparition du chancre syphilitique (dix-neuf jours, trente-six jours, vingt-cinq jours, quarante jours) ; et l'expérience positive réalisée tant avec le sang ou le suc de rate prélevés chez des malades atteints de pian généralisé montre que le pian est, malgré l'apparence, une septicémie et ne diffère même pas en cela de la vérole classique.

Quant à la transmission de la syphilis à des singes inoculés du pian quelques mois auparavant ; ainsi que la transmission simultanée du pian et de la syphilis à un même animal (un virus sur une paupière, un virus sur l'autre), avec apparition d'un chancre pianique trente-deux jours et d'un chancre syphilitique trente-neuf jours après ; expériences de Castellani invoquées par lui en faveur de la dualité des deux virus : ce sont là des faits qui sont moins convaincants aujourd'hui que l'on sait avec quelle lenteur le pian établit son immunité (plusieurs mois, sept mois chez le singe, trois cent jours chez le lapin) propre et que sont bien connus d'autre part les phénomènes de surinfection.

Les expériences de Levaditi ne s'expliquent pas autrement. Elles ont établi en effet que des singes anciennement atteints de pian peuvent contracter la syphilis : mais que ceux qui sont immunisés contre la syphilis sont partiellement immunisés contre le pian.

Le pian du lapin a été réalisé par Nichols, puis Brown et Pearce, Motsumoto et ses élèves, Jahnel, etc. qui ont réussi à conserver différents virus de frambœsia, par *inoculation intratesticulaire* en série au lapin. Ainsi l'étude de cette maladie est-elle désormais plus abordable dans nos laboratoires (1). Hoffmann (de Bonn), avec un virus prêté par Jahnel, a confirmé que les inoculations prenaient plus facilement aux époques froides (Matsumoto) et si l'on déposait le matériel d'inoculation sur la tête de l'épididyme. Il a réalisé ainsi la *périorchite granuleuse* décrite par Brown et Pearce.

« La lésion d'inoculation est, dit-il, un petit nodule, contenant de nombreux spirochètes, localisé sur l'épididyme et à la surface du testicule, et dont le diamètre dépasse rarement celui d'une lentille ; on observe aussi sur la peau du scrotum des papules secondaires, recouvertes de croûtes et franchement papillomateuses ; sous la croûte enlevée, on peut voir une couche de couleur verdâtre, identique à celle que les médecins malais considèrent comme caractéristique de la frambœsia ».

L'auteur a décrit, histologiquement, l'infiltration par les lymphocytes et surtout les cellules plasmatiques et les lésions vasculaires qu'il considère comme caractéristiques (phlébite nodulaire unilatérale des veines petites et moyennes).

C'est avec des souches conservées sur le lapin que Jahnel et Lange ont fait les premiers essais de transmission du pian aux paralytiques généraux, avec des résultats négatifs, alors que le virus restait actif pour les individus n'ayant jamais eu le pian.

Le pian des autres animaux. Il était naturel de rechercher l'action du Tr. Pertenue sur les petits rongeurs, rats cobayes et souris. Les auteurs japonais ont relaté les résultats de leurs expériences sur ces sujets (2).

Concluons sur cette si intéressante maladie : il est infiniment probable que le tréponème de Castellani et celui de Schaudinn ne sont que deux variétés de la même espèce, ayant subi une adaptation un peu différente, très peu en fait, par son passage en série sur des races différentes, vivant sous des climats différents et dans des conditions d'habitat ayant permis dès l'origine et permettant toujours une contamination cutanée prédominante. Le terme de *parasyphilis* me paraît devoir désigner les affections, très rapprochées, que sont :

Le pian humain,

La tréponémose spontanée du lapin.

II. Les syphiloïdes vraies

Les affections que nous venons d'envisager sont dues à des parasites très rapprochés appartenant au genre tréponème. Celles que voici maintenant n'ont avec la syphilis que des ressemblances cliniques et sont causées par des germes banaux ou des virus inconnus.

Nous nous perdrions si nous voulions seulement énumérer toutes les lésions, auxquelles on a attribué le qualificatif de syphiloïde, parce qu'on avait pu ou on pourrait les confondre avec l'une des manifestations (et elles sont nombreuses) de la syphilis. Voir dans le *Concours Médical* les articles de Barthélemy sur les affections syphiloïdes, et de Gougerot, sur les capillarites (*Concours Médical*, 22 décembre 1935).

Je me bornerai à dire quelques mots :

1° **Des capillarites nécrosantes syphiloïdes** (Gougerot) ;

(1) Blacklock, Matlett. — Syphilis et Frambœsia. (*Bruxelles Médical*, 17 sept. 1933.)

(2) Van der Schaar. — Frambœsia Impfungen auf Paralytiker. (*Derm. Zeits.*, déc. 1931.)

(1) E. Hoffmann. — Algunos Datos acerca de la Framboesia Experimental. (*Actas Dermo-sifiligraf*, oct. 1932, t. XXV, pag. 3.)

(2) Kakishita. Inocul. Experiments on Rabbits and Guinea-pigs (*Zentralblat fur Bacteriol. Abt. I*, T. 119, p. 212-217, décemb. 1930.) — Hoffmann. Framboesia experiment. in rats. *Acta Dermatologica*, T. XX, 1932.) — H. Misaizu. Siprochætal contents of spleen, liver and kidneys in framb. of rats. *Acta Dermatolog.*, T. XX, 1932 ; Sp. Pallidula in the lymphnodes of mouse experimentally infected with framb. (*Bull. Soc. japon. de Syphiligr.*, T. X, 18 février 1934.)



leur étude est encore récente et des causes diverses doivent les provoquer, y comprise la syphilis sans doute ; —

2° Du chancre lymphogranulomateux, parce que j'ai un peu contribué à le mettre en vedette (1) et qu'il peut en imposer vraiment, siègeant dans la zone génitale et suivant une contagion vénérienne, pour l'accident initial de la syphilis. Je vous montre un très beau moulage d'une des variétés de ce chancre poradénique, le type syphiloïde, infiltré ; la lésion est nettement arrondie, évidée plus ou moins au centre, en forme de cupule peu profonde (sur ce moulage d'un malade de Sézary la cupule est plus profonde, ulcéreuse, qu'il n'est habituel), suintant peu, indolente, atone ; l'induration, l'adénopathie correspondante peuvent vraiment faire penser un temps à la syphilis ; mais cette adénopathie est douloureuse, lentement progressive et aboutit à de petits abcès et de petites fistulisations ; le chancre lui-même ne contient aucun tréponème et bien qu'il puisse être qualifié de syphiloïde, il représente cependant un type très particulier d'ulcération, d'herpès un peu large — une lentille à peu près — irrité par des applications caustiques répétées, qu'il suffit d'avoir vu une fois pour soupçonner ensuite sa nature.

La maladie de Nicolas-Favre, caractérisée surtout par le bubon poradénique (bubon climatique) et le chancre ou microchancre poradénique qui constitue vraisemblablement sa lésion d'inoculation, paraît responsable en outre de certains condylomes ano-rectaux et de lésions inflammatoires aboutissant au rétrécissement (dit inflammatoire) du rectum, que les auteurs anciens attribuaient aussi à la syphilis et que la positivité de la réaction de Frei a fait rapporter depuis peu à cette nouvelle origine. Celle-ci répond à un virus filtrant, capable de reproduire chez le singe, après une dizaine de jours d'incubation, une méningo-encéphalite et — par injection sous-préputiale de cerveau virulent à d'autres singes — une poradénite inguinale bilatérale.

3° La syphiloïde post-érosive. La précédente infection rappelle le syphilome initial ; celle-ci prend l'allure des syphilides secondaires.

En 1886, Jacquet et Sevestre décrivaient sous le nom de syphiloïde post-érosive une affection érosive d'abord, puis papuleuse, à contours fréquemment circinés et survenant sur les fesses de nourrissons, infectées de façon banale et irritées par le frottement des langes. Il s'agit vraisemblablement d'une complication impétigineuse, d'où le nom de *syphiloïde papuleuse post-impétigineuse*, que lui donne Glaubersohn (2). Les éléments, isolés ou confluents, sont arrondis ou ovalaires, nettement délimités, denses au toucher, à surface lisse rougeâtre, parfois légèrement ulcéreuses. Le prurit manque habituellement à ce stade ou ne frappe guère ; mais il a pu précéder l'état papuleux, qui s'apparenterait ainsi aux lichénifications circonscrites post-prurigineuses de Brocq.

Il peut y avoir des poussées successives ; mais la guérison, qui peut être lente, se fait spontanément, pour peu que les lésions soient isolées.

Tous les auteurs ont relevé l'apparition de cette syphiloïde chez les enfants affaiblis du premier âge.

Assez récemment, chez des femmes adultes ou âgées, Lipschütz a décrit une éruption papuleuse, qu'il dénomme *pseudo-lues papulosa* ; située sur la peau du bord des grandes lèvres et de l'anus, elle se composait de papules demi-circulaires, nettement délimitées dures, à épiderme intact, avec ou sans prurit et guérissant spontanément. La nature de l'affection est inconnue (3).

4° La syphiloïde du chat. On peut se demander si le nom de syphiloïde post-érosive ne conviendrait pas également à une curieuse maladie du chat, qui a particulièrement attiré mon attention depuis que je vais me documenter à l'École d'Alfort sur les sujets de comparaison entre les maladies humaines et animales.

Déjà remarquée par Germain, qui l'avait appelée « dermite lymphadénique », puis par Thibierge et Leblois (1) qui avaient signalé la ressemblance des éléments éruptifs de cette dermite avec les plaques syphilitiques cutanées ou à la rigueur avec de petites tumeurs de mycosis fongoïde, le Professeur Henry et moi-même en avons décrit les caractères cliniques, les formes que le syphiligraphe ne pouvait que rapprocher morphologiquement de la syphilis, tout en démontrant par ses recherches microbiologiques et histologiques que l'origine de cette maladie n'avait, vraisemblablement rien de commun avec les tréponémoses. C'est pourquoi le nom de syphiloïde lui parut devoir être provisoirement appliqué à cette dermatose.

Avec M. Henry, nous avons surtout réuni sous ce même nom des manifestations qui jusqu'à ce jour ne paraissaient avoir entre elles aucun rapport : la « dermite lymphadénique », certaines lésions dites de « léchage », le pseudo-cancroïde de la lèvre du chat, certains processus ulcéro-gommeux (2).

Le *pseudo-cancroïde de la lèvre* supérieure mérite d'être envisagé tout d'abord, car il y a de grandes probabilités pour qu'il soit la lésion initiale de la maladie, celle-ci (dermite papuleuse et ulcéreuse) moins fréquente que celle-là, qui peut guérir sans doute sans être suivie de généralisation.

C'est toujours sur la lèvre supérieure, tantôt d'un côté, tantôt des deux symétriquement, au contact de la partie convexe de la longue canine, dont la pointe aiguë vient au contact de la lèvre inférieure (la seule par conséquent qui pourrait être piquée ou pincée et qui cependant est rarement atteinte) que l'on voit se développer une érosion chancriforme, arrondie ou allongée transversalement, en forme de petite cupule moulée sur la convexité de la canine. La lésion est donc à peine creuse, à surface lisse, peu suintante, de couleur rouge un peu éteint, apparemment indolente et de consistance dure. L'aspect est tout à fait celui d'un syphilome initial et l'analogie se complète par l'existence d'une adénopathie dans la région sous-maxillaire correspondante.

Mais, contrairement au chancre syphilitique, cette lésion une fois constituée a peu de tendance à la guérison et c'est pourquoi les vétérinaires l'enlèvent chirurgicalement ; mais la récidive est fréquente, souvent rapide parfois lointaine : l'état général s'altère et l'on voit alors survenir parfois, longtemps après l'accident syphiloïde labial ou pendant qu'il évolue lentement, les lésions de syphiloïde cutanée, qui sont celles de la « dermite lymphadénique » : elles constituent sans doute les phénomènes de la période d'état de la maladie, qui peut néanmoins rester limitée à cette localisation chancriforme

Période d'Etat : *les syphiloïdes papuleuses de la peau.* C'est généralement sur le pourtour des régions ano-génitales ou sur la face interne des cuisses et souvent unilatéralement qu'on voit se développer ces lésions.

Ce sont des plaques glabres, surélevées en plateau, fermes, humides, de couleur rose ou jambonnée, à contours bien délimités, de forme généralement ovale. Ces plaques, dont la taille est celle d'une lentille à une pièce de un franc et dont le nombre n'excède guère huit à dix éléments, rappellent tout à fait les plaques muqueuses hypertrophiques cutanées de la syphilis, telles qu'on les voit particulièrement dans les régions péri-ano-génitales. L'analogie est complétée par l'existence d'une forte réaction adénique inguinale.

Les ganglions poplités sont habituellement pris également et même lorsqu'il s'agit de lésions éloignées.

Les lésions syphiloïdes paraissent être le siège d'un léger prurit, car l'animal lèche ses lésions ; il est possible que le frottement dur de sa langue rapeuse les exagère.

---

(1) L. Bory. — Le chancre lympho-granulomateux. (*Bull. de la Soc. Fr. de Dermatol. et de Syphiligr.* n° 9, 1926, p. 451-458, séance du 10 novembre 1921.)

(2) S. A. Glaubersohn. — La syphiloïde papuleuse post-impétigineuse. (*Acta Dermato-vénéréologica*, 1934, p. 77).

(3) Callomon. — Die nicht venerische genital Erkrankungen. *Leipzig*, p. 88.

(1) Thibierge et Leblois. — Présentation d'un chat atteint de la dermatose désignée sous le nom de dermite lymphadénique. (*B. Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil.* Séance du 13 mars 1924, p. 130.)

(2) A. Henry et Louis Bory. La syphiloïde du chat. Lymphogranulomatose éosinophilique prurigène. Ses rapports avec le pseudo-cancroïde des lèvres du même animal. *Ibid.* n° 6, juin 1934. — Nouveaux cas de syphiloïde du chat. *Ibid*, n° 6, juin 1935. — Nouveaux cas de syphiloïde du chat. *Ibid*, n° 7, juillet 1936.

Leur évolution est curieuse : lentement développées, puis occupant toute une région (la face postéro-interne de la cuisse habituellement), elles peuvent rester longuement stationnaires ou rétrocéder plus ou moins complètement, de façon spontanée ; mais la récidive, plus ou moins éloignée, est à peu près fatale et l'animal maigrit, se cachectise et meurt.

Telles sont les deux manifestations les plus fréquentes de cette maladie :

Syphiloïde chancriforme labiale.
Syphiloïde papuleuse cutanée.

Il me semble déjà que deux autres manifestations peuvent lui être rattachées :

Des syphiloïdes pseudo-gommeuses, ulcérations disséminées, à rebord arrondi et dur, à fond légèrement suppurant et pouvant, à un certain moment de leur évolution vers une guérison spontanée, rappeler les petites cupules, cratériformes, à fond étroit, à peine suintant, à bords ronds et indurés, du chancre lymphogranulomateux syphiloïde, que je vous ai décrit tout à l'heure.

Des syphiloïdes eczématiformes, liées vraisemblablement au prurit et à l'eczématisation secondaire.

Quelle pouvait être la nature de cette curieuse maladie, dont la fréquence paraît assez grande, contrairement à ce que nous pensions d'abord ? L'analogie morphologique avec la syphilis devait nous faire essayer de juger cette question au double point de vue microbiologique et anatomo-pathologique.

Recherches microbiologiques. J'ai, dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, recherché, en surface ou en profondeur sur les coupes imprégnées à l'argent ou traitées par le Ziehl, des germes susceptibles d'être identifiés avec les tréponèmes ou les bacilles tuberculeux. Mes résultats ont été constamment négatifs.

Recherches anatomo-pathologiques. L'étude minutieuse histologique des lésions n'est d'ailleurs favorable à aucune de ces deux origines préalablement supposées, syphilis ou tuberculose félines.

Elle nous a révélé par contre l'unité des réactions et par conséquent l'unité de l'agent qui les provoque, dans les accidents chancriformes des lèvres, les plaques cutanées et les hypertrophies ganglionniares.

Les recherches expérimentales, que nous poursuivons, M. Henry et moi, ne nous ont pas encore donné de résultats ; les jeunes chats seuls nous paraissent non inoculables ; c'est tout ce que nous pouvons dire pour le moment. Nos inoculations à l'œil et à la vaginale du lapin peuvent être considérées comme négatives.

Deux cas de péritonite généralisée par corps étrangers du rectum

Par MM. Bréchot et Streusant

Nous avons eu occasion d'observer deux cas de péritonite généralisée par corps étrangers du rectum. Ces faits sont rares. Ils prennent une gravité particulière parce que les dévoyés de la sensualité qui en sont les victimes, pris d'une honte trop tardive, n'osent pas consulter dès le début des accidents ou s'obstinent à ne point renseigner sur leur cause. Il en résulte un temps perdu ou une erreur d'orientation clinique qui, soit en provoquant le retard de l'opération, soit en nécessitant au cours de celle-ci des explorations viscérales multiples compromettent les chances de guérison.

Les deux faits que nous rapportons en constituent le témoignage par l'opposition de leurs résultats.

Il s'agissait, dans le premier cas d'un homme de 36 ans, amené le 11 juillet 1936 pour un syndrome abdominal grave.

Il racontait que quarante-huit heures auparavant était apparue une douleur à l'hypogastre, qui s'était rapidement généralisée. On était frappé par l'existence de signes de collapsus : cyanose, polypnée. La température était à 40, le pouls à 120. En outre, le malade présentait des vomissements bilieux et se plaignait de douleurs qu'il situait à l'hypogastre.

Il existait une immobilité respiratoire de l'abdomen, une contracture généralisée, plus marquée dans l'étage *sous-ombilical*, et une zone douloureuse dans cette région. La matité hépatique était conservée.

Le toucher rectal déterminait une douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas, sans autre particularité.

Chez cet homme on pensait, en raison du siège maximum des signes abdominaux, à une péritonite appendiculaire.

Mais l'intervention (incision iliaque droite) montra l'appendice sain. Par contre, l'existence de liquide séro-purulent commandait la recherche de la cause de cette péritonite.

On pratiqua une exploration complète (par une incision médiane) de l'estomac, des voies biliaires, de l'intestin.

On finit par découvrir, au fond du Douglas, l'existence de matières, et deux perforations sur la face antérieure de l'ampoule rectale. Suture des perforations, un drain dans le Douglas. Extériorisation du sigmoïde en vue d'une fistulisation secondaire.

Ce n'est qu'après l'intervention que le malade avoua s'être introduit deux jours auparavant dans le rectum, un corps étranger. Cette manœuvre avait été suivie d'une violente douleur.

Malgré le traitement mis en œuvre, (sérum salé hypertonique intraveineux, sérum physiologique intraveineux, sérum antigangréneux), la mort survient trente-six heures après l'intervention.

Notre deuxième malade est un homme de 52 ans, amené à l'hôpital le 15 novembre 1936 ; il présentait tous les signes d'une péritonite généralisée : vomissements, douleurs abdominales diffuses, et à l'examen de l'abdomen : une immobilité respiratoire, une contracture généralisée à maximum sous-ombilical. Il n'y avait pas de sonorité pré-hépatique.

Le toucher rectal permit d'éclairer le diagnostic, car le doigt arrivait sur l'extrémité inférieure d'un corps étranger. Le palper abdominal combiné faisait percevoir son extrémité supérieure au-dessus du pubis, à gauche de la ligne médiane.

L'état général était grave, le facies tiré, la fièvre élevée (40), le pouls à 120.

Ce malade précisa que quarante-huit heures auparavant, il s'était introduit dans le rectum une pierre à aiguiser. Le lendemain : apparaissaient des douleurs pelviennes à irradiations abdominales, des vomissements.

A l'intervention (laparotomie médiane sous-ombilicale) : l'on trouva du pus, des fausses-membranes, et sur la face antérieure du côlon sigmoïde, près de la jonction recto-sigmoïdienne une perforation de 2 centimètres environ, à bords sphacéliques. Elle était située au contact de l'extrémité supérieure du corps étranger. Celui-ci était perçu à travers les parois du rectum.

On procéda d'abord à l'extraction du corps du délit : un aide, après dilatation anale, saisit son extrémité inférieure avec une pince à kyste, et, pendant qu'on mobilisait l'extrémité supérieure, il parvint à l'extraire par les voies naturelles, une pierre à aiguiser de forme losangique, de 25 centimètres de long, de 3 centimètres de large à sa partie médiane, et pointue à ses deux extrémités.

L'intervention a été terminée par la suture de la perforation et le drainage du Douglas.

La suture ayant paru satisfaisante, on ne pratiqua pas de colostomie.

La guérison fut rapide et sans incidents.

Ces deux observations montrent la nécessité d'avoir présente à l'esprit la possibilité de perforations rectales par corps étranger.

Si, dans notre premier cas, le malade avait averti le chirurgien ou si un interrogatoire plus pressant et plus précis l'avait mené aux aveux, l'intervention eût été de suite une laparotomie médiane et l'exploration du rectum. Il est probable que ce malade eut guéri, comme le second.

En dehors de ces considérations qui justifient la publication de ces observations, existe-t-il quelques faits méritant d'être mis en évidence ? Nous serons fort brefs, les deux malades vus quarante-huit heures après le début des perforations présentaient tous les caractères des péritonites généralisées aiguës.

La localisation de la douleur primitive ?

Le premier ressent une violente douleur au moment de la

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Indications et moyens de la pyréthothérapie en pratique courante

La pyrétothérapie est le traitement des maladies par la fièvre provoquée. La fièvre n'est pas le seul phénomène enregistré. Il se produit concomitamment une série de modifications humorales, et probablement une modification intéressant tout l'organisme, qu'on désigne souvent sous le nom, de compréhension vague et très large, de « choc ». Il s'agit de choc hyperpyrétique.

LA PYRÉTOTHÉRAPIE EST UNE MÉTHODE DE BRUTALITÉ. — Assez aveugle, il faut bien le dire, elle est indiquée dans deux circonstances : en premier lieu, au cours de certaines infections dont on sait qu'elles guérissent habituellement à l'occasion d'un changement profond et soudain de l'état de l'organisme et en particulier des humeurs ; en second lieu, au cours de certaines affections chroniques, infectieuses ou diathésiques, à titre de modificateur des conditions générales de l'organisme.

A la première indication correspondent, par exemple, nombre de déterminations gonococciques, méningococciques, mélitococciques, strepto ou staphylococciques, etc...

A la seconde, certaines déterminations de la syphilis (la P. G. en est l'exemple le plus éclatant mais non exclusif), nombre de dermatoses rebelles, les asthmes sévères ou en état de mal, etc...

La pyrétothérapie reconnaît des *contre-indications formelles* : la tuberculose pulmonaire au premier chef, les tares hépatiques et surtout rénales, l'état cachectique, l'existence d'une suppuration collectée (qui ne relève que de l'éradication chirurgicale et peut, maladroitement « ouverte » par le choc pyrétique, être la source d'un essaimage des germes).

Contre-indications relatives : le grand âge, c'est question d'espèce et l'état civil n'est pas tout ; le très jeune âge, le nourrisson réagissant très mal ; le diabète : il le faut réduire conjointement par l'insulinothérapie.

Quels sont en pratique les *moyens de la pyrétothérapie* ? Nous laisserons de côté la pyrétothérapie par *agents physiques* (ondes courtes) qui connaît outre-Atlantique une singulière vogue actuellement et qui, paraît-il, donne de remarquables résultats mais nécessite une installation particulière, un personnel exercé, des patients remarquablement dénués de pusillanimité. Nous écarterons également la pyrétothérapie par les *agents animés* dont la malariathérapie est le type.

Il nous reste les *vaccins*, les *protéiques*, les *substances chimiques*. Nous ne voulons pas ici les citer tous mais seulement indiquer ceux qui nous ont paru, dans notre pratique, fidèles et d'un maniement facile.

Nous retiendrons, parmi les vaccins, le T. A. B. chauffé de Pasteur, le Dmelcos, le Propidon. Parmi les protéiques, le lait. Parmi les chimiothérapies, l'huile soufrée, la térébenthine.

Le vaccin antityphique permet de réaliser des chocs particulièrement intenses, mais brefs. On injecte par voie intraveineuse I goutte, puis II ou III gouttes à l'injection suivante s'il y a lieu.

L'hyperthermie obtenue est en règle considérable, à 40° et plus, jusqu'aux environ de 41°. Elle ne dure que quelques heures, inscrivant un clocher aigu sur la courbe thermique.

Le Dmelcos injecté par voie veineuse donne des résultats comparables, mais moins violents. Il existe dans le commerce des boîtes où les ampoules sont graduées pour leur emploi dans la thérapeutique du bubon chancrelleux. On commencera par injecter l'ampoule correspondant à la dose microbienne la plus faible (225 millions de germes). Suivant la réaction obtenue on aura loisir ensuite de calculer la dose pyrétogène nécessaire. On peut également utiliser la voie intramusculaire : la réaction pyrétique est un peu retardée, un peu moins forte, un peu plus étalée, durant souvent 24 heures au lieu des quelques heures habituelles.

Le Propidon est bien connu. On injecte, soit intramusculaire, soit sous-cutané profond (c'est la voie que je conseille) à la face externe de la cuisse, le contenu d'une ampoule de 4 c. c. La réaction est généralement mixte, locale d'allure phlegmoneuse, générale pyrétique non pas en clocher aigu mais plus étalée et durable là aussi. Souvent d'ailleurs la réaction est dissociée : on n'obtient que la fièvre ou seulement la réaction locale.

Le lait peut être utilisé comme agent pyrétique. Il est assez inconstant dans ses effets. On injecte 2 à 10 c. c. intramusculaire (en veillant bien à ne pas introduire le produit dans un vaisseau), ou de préférence sous-cutané. Les réactions sont comparables à celles du Propidon. Il existe dans le commerce des laits ou des caséines spécialisés pour la protéinothérapie. Leur effet pyrétique n'est pas aussi constant d'après notre pratique que celui du lait formulé magistralement comme suit :

Lait écrémé........................ 5 c. c.
pour une ampoule n° ...., à tyndalliser deux fois à 60°

L'huile soufrée, utilisée sous forme de spécialités dont il existe d'excellentes dans le commerce, ou sous forme de préparations magistrales, à 1 % ou mieux peut être à 0 gr 50 %, à raison de un à cinq centimètres cubes, s'injecte, *très profondément*, intramusculaire. Le clocher fébrile n'apparaît qu'une dizaine d'heures après l'injection. L'ascension est rapide, la descente plus lente et qui peut, présentant parfois un deuxième petit crochet, s'étaler sur 36 à 48 heures. *L'action pyrétique de l'huile soufrée s'épuise vite.* Il faut en règle augmenter très notablement les doses d'une piqûre à l'autre si l'on veut obtenir à nouveau une hyperthermie importante.

L'essence de térébenthine, qu'il faut utiliser vieillie, sert à déterminer le classique « abcès de fixation » de Fochier. C'est une pyothérapie autant qu'une pyrétothérapie. On injecte à la face externe de la cuisse, sous la peau (*et non surtout sous l'aponévrose*), 2 c. c. d'essence de térébenthine. Localement, au bout de quelques heures commence la douleur qui devient rapidement très forte, nécessitant souvent des pansements humides. Après une douzaine d'heures, aspect phlegmoneux, en même temps que la température s'élève vers 39°5 et va y rester pendant quelques jours. Vers le troisième jour apparaît la fluctuation. *Il ne faut pas se hâter de donner issue au pus.* On n'incisera que vers le sixième ou septième jour. L'incision ne sera pas large « chirurgicale », mais étroite et « mesquine ». Il y a intérêt même souvent à entretenir la suppuration un certain temps.

Ces différentes méthodes de pyrétothérapie, de choc pyrétique, ne sont pas tout à fait équivalentes. Certaines, dont le Dmelcos est le type, donnent lieu seulement à la réaction générale hyperthermique et de façon brève. L'abcès dit de fixation, à l'inverse, donne une action locale extrêmement marquée qui l'emporte de beaucoup en intérêt sur la fièvre. Entre les deux se placent le propidon, l'huile soufrée, le lait, dont l'action est mixte, moins intense, mais assez durable.

Suivant le cas envisagé on choisira donc sa méthode. Une arthrite gonococcique par exemple sera traitée par le Dmelcos intra-veineux. Un anthrax, ou un phlegmon de l'amygdale, par le propidon. Une encéphalite, un état de mal asthmatique, par l'abcès térébenthiné.

Quelques idées très simples :

1° On emploie une méthode très brutale parce que l'on sait que le sujet peut en faire les frais ; il faut donc l'employer correctement, c'est-à-dire obtenir une réaction suffisante, soit au moins 40 avec le Dmelcos par exemple.

2° L'action pyrétogène s'épuise vite. Il faut donc augmenter en règle largement les doses si l'on doit recourir à nouveau à la méthode, quoiqu'en principe si d'emblée on a obtenu un choc pyrétique suffisant la répétition soit inutile.

3° Certains sujets ne réagissent pas à une drogue qui réagissent très bien à une autre. Si un sujet donné par exemple ne dépasse pas 38° avec une injection de propidon correcte il vaut mieux passer au Dmelcos ou au T. A. B. Il arrive d'ailleurs, quoique rarement, qu'aucune méthode ne marche. On ne s'y obstinera pas. *La pyrétothérapie est une thérapeutique qui doit être rapide et violente ou ne pas être.*

Dr Marcel PERRAULT
Chef de clinique à la Faculté

perforation, puis celle-ci se localise à l'hypogastre où elle demeure prépondérante. Le deuxième a un maximum des douleurs dans la région pelvienne. Cette localisation du début de la douleur primitive dans les perforations viscérales abdominale a une valeur, mais elle n'est que relative. Nous avons tous vus des perforations d'ulcère gastrique avec maximum de la douleur immédiate dans la région appendiculaire, des perforations de collections pelviennes avec douleur primitive dans les fosses iliaques.

Elle ne doit pas dispenser de l'analyse soigneuse et de la recherche du maximum de douleurs à la palpation.

Dans des perforations rectales par éclatement sous tension gazeuse, la douleur primitive a pu être localisée d'abord dans la région sous-hépatique.

Dans les deux cas, la douleur une fois installée, était prépondérante dans la région sous-ombilicale.

La palpation de l'abdomen contracturé était là à son maximum manifestant l'intensité plus grande des lésions inflammatoires dans le segment sous-ombilical quoique la contracture soit généralisée et que l'immobilité respiratoire marquent l'extension à toute la séreuse.

L'on peut dire qu'ordinairement, pendant la première étape, le péritoine atteste encore le voisinage de la lésion provocatrice par l'exagération de la douleur provoquée et par le maximum de la contracture sous la palpation.

C'est la valeur séméiologique de la modalité des symptômes qui doit être utilisée.

Remarquons également que, dans les deux cas, il n'y avait pas de sonorité préhépatique et sans vouloir nier la valeur de ce signe qu'on a jadis voulu mettre au premier rang ne nous laissons jamais influencer par son absence.

C'est la contracture de la paroi et du diaphragme qui domine et commande. Mondor, dans son remarquable volume a rendu service en insistant longuement sur ce fait, en ne craignant pas d'y revenir, de s'y attarder dans un livre d'enseignement pratique.

Nous n'avons nullement l'intention de nous étendre sur les symptômes des péritonites aiguës généralisées qui a un stade plus avancé, sont sauf quelques faits particuliers similaires.

Mais le toucher rectal ne doit jamais être omis. En plus de la sensibilité du Douglas, il peut manifester la présence du corps étranger ou une muqueuse ulcérée tomenteuse, une perforation même ou encore la présence de sang, constatations qui guideront le diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, si nous n'avons pas d'indication par l'étude des antécédents ulcéro-gastriques par des crises antérieures d'appendicite, par la présence de symptômes antérieurs de lésions coliques et si aucun des symptômes immédiats ou aucune particularité de l'examen clinique ne nous guide, la laparotomie médiane sera faite. Il faut aller doucement, regarder avant de remuer les anses grêles, déprimer le côlon transverse, voir si le pus ou des gaz ne viennent pas du segment sus-mésocolique, soulever la paroi regarder si l'on ne trouve, ni pus plus épais, ni fausses membranes dans la région appendiculaire, explorer ensuite le Douglas les trompes, le rectum.

La perforation rectale sera suturée. Si elle est étendue, si ses bords sont largement sphacélés, il sera prudent de faire une colostomie. Si le corps étranger est encore dans le rectum il sera retiré par les voies naturelles.

« Tout examen cardiologique tend, en dernière analyse, à évaluer la capacité fonctionnelle du cœur. Il importe donc non seulement d'établir par une sémiologie précise le bilan des altérations et troubles des enveloppes (myocarde, péricarde, endocarde), mais encore de vérifier, dans la mesure du possible, le fonctionnement du réseau coronarien, de l'appareil automatique (système nerveux intramyocardique) et de l'appareil régulateur (système extracardiaque). » (R. Donzelot. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles), en pathologie cardiovasculaire. Un vol., Masson, édit.)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Hôtel-Dieu)

Sur un cas de rétinite diabétique (1)

Par M. le Professeur F. TERRIEN

Observation. — La malade dont je désire vous entretenir aujourd'hui, s'est présentée dans mon service le 23 octobre 1936, en se plaignant de troubles visuels progressifs apparus depuis quelques semaines. A l'examen, l'acuité visuelle est très abaissée, elle n'est seulement que de 2/10. L'interrogatoire minutieux nous apprend qu'auparavant la vision a été bonne. La malade est âgée de 45 ans ; à l'âge de 19 ans, elle a eu la fièvre typhoïde ; en 1918, une fausse couche à la suite d'une grippe ; l'examen des urines pratiqué à ce moment a montré la présence de sucre dans une proportion élevée (80 grammes par litre) ; en même temps, la malade a présenté et depuis elle présente les symptômes habituels du diabète. On l'a traitée par les injections d'insuline et un régime approprié.

Ce traitement l'améliora considérablement sans, toutefois, la guérir. Actuellement, la glycosurie est élevée et atteint 100 grammes par 24 heures ; les troubles visuels ne se sont manifestés que depuis quelques semaines.

Amblyopie et pseudo-amblyopies diabétiques. — Il est de règle, que les troubles visuels d'origine diabétique ne se manifestent qu'après plusieurs années de maladie ; leur pronostic est assez sérieux et il convient d'instituer un traitement énergique aussi bien local que général. Dans la plupart des cas, le diabète est très léger ; il arrive même qu'il n'est pas diagnostiqué avant l'apparition des troubles visuels. A ce moment le malade vient consulter un ophtalmologiste, le fond de l'œil révèle alors des lésions de rétinite diabétique et l'interrogatoire apprend que depuis longtemps le sujet présentait de discrets symptômes de diabète.

Quels sont les troubles visuels observés chez un diabétique. C'est tout d'abord, une diminution progressive de la vision. Déjà Trousseau attirait l'attention sur ce fait. Un ancien diabétique se plaint de voir de plus en plus mal ; l'examen ophtalmoscopique montre des altérations caractéristiques du fond de l'œil et l'ophtalmologiste pose le diagnostic de rétinite.

L'acuité visuelle est habituellement très diminuée ; dans notre cas elle de 2/10.

Cette amblyopie diabétique n'est améliorée ni par les verres correcteurs, ni par le procédé de la fente, contrairement à la pseudo-amblyopie qui elle disparaît après l'adjonction de verres appropriés.

Ces pseudo-amblyopies reconnaissent diverses causes. Ce seront le plus ordinairement des modificatiions de la réfraction : en plus, le sujet devenant légèrement myope, ou en moins, la presbytie ou l'hypermétropie s'accusant davantage.

α) *Augmentation du pouvoir réfringent de l'œil. Myopie.* — L'apparition d'une myopie *légère* n'est pas rare chez le diabétique.

On s'est demandé quelle en est la cause ? Il faut se rappeler que la myopie peut être due à trois causes : elle est provoquée par un œil trop long, trop volumineux, c'est la myopie axile : ou bien elle apparaît à la suite de modifications des courbures du cristallin ; enfin, elle peut dépendre de l'exagération de la réfringence des milieux de l'œil — c'est la myopie d'indice.

Laissons la myopie axile, qui ne peut entrer ici en ligne de compte, le diabète ne pouvant provoquer l'allongement

(1) Leçon du 13 novembre 1936, résumée par Mme le Docteur Rodzevitch.

du globe oculaire et examinons ces deux dernières causes de myopie, celle qui peut résulter du diabète. L'exagération des courbures du cristallin peut être due à des spasmes du muscle ciliaire. Elle est réalisée nous le savons par l'instillation des myotiques qui, avec la contraction du sphincter de la pupille entraînant également celle du muscle ciliaire et par là même une exagération de l'accommodation.

Rien n'est plus simple que de reconnaître semblable contracture : il suffit de provoquer la paralysie de ces muscles par l'instillation d'atropine. Si la myopie provient du spasme du muscle ciliaire elle disparaît sous l'influence de ce médicament. Certains auteurs ont beaucoup insisté sur l'importance de cette cause ; les spasmes sont fréquents chez les diabétiques mais ils n'expliquent pas tous les cas de la myopie.

D'autres auteurs ont incriminé une myopie d'indice (c'est en effet la cause la plus habituelle).

Elle serait la conséquence d'une exagération de réfringence de l'humeur aqueuse contenant du sucre en quantité plus considérable. Toutefois, il est prouvé que même au cours d'une glycémie élevée, le sucre de l'humeur aqueuse ne dépasse pas de beaucoup le taux normal. La myopie diabétique ne peut donc être rapportée à la présence du sucre dans l'humeur aqueuse.

Par contre, le cristallin d'un diabétique devient souvent plus réfringent, provoquant de ce fait une légère myopie et le sujet parfois, se félicite de l'amélioration qu'il éprouve pour la vision de près, celle-ci devenant possible sans le secours des verres correcteurs de la presbytie qu'il portait jusque-là. Il faut toujours se méfier de semblable amélioration qui n'est souvent que le premier stade de la cataracte. L'examen du cristallin à ce moment montrera des signes de sclérose et parfois même de petites opacités en forme de petites stries. Ainsi en présence d'un diabétique dont la vision diminue, pensez toujours à la possibilité de la cataracte et examinez son cristallin, car le diabète favorise l'apparition de la sclérose.

Celle-ci est d'ailleurs un fait assez général dans la cataracte sénile au début, le diabète mis à part. Aussi, chez tout sujet âgé qui voit sa presbytie s'améliorer et arrive à lire sans le secours des verres qu'il était habitué à porter jusque-là, il faut craindre l'apparition ultérieure d'une cataracte.

Chez l'enfant, la cataracte diabétique est très rare ; mais contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, les troubles visuels sont très précoces, souvent quelques semaines après le début du diabète et la cataracte se développe très rapidement, favorisée par les troubles de la nutrition.

On peut rapprocher de ces troubles de la nutrition la cataracte observée chez la grenouille quelques heures après l'introduction sous-cutanée de cristaux-sel. L'opacité du cristallin apparaît à la suite de l'imprégnation des tissus par la solution saline et il suffit de laisser ensuite l'animal vingt-quatre ou quarante-huit heures dans l'eau pure pour voir les cataractes disparaître et le cristallin redevenir transparent.

b) *Diminution du pouvoir réfringent.* — Elle s'observe aussi très fréquemment ; la vision baisse progressivement et le malade est obligé d'augmenter très fréquemment la force de ses verres.

D'après les recherches de Fisch et de Granström, ces modifications de la réfringence du cristallin au cours du diabète seraient la conséquence d'une rétention chlorurée sèche que l'on retrouve non seulement dans les tissus de l'organisme mais aussi dans le cristallin.

Cette rétention chlorurée sèche (rétention du chlorure de sodium sans rétention d'eau) déterminerait une exagération de réfringence, d'où la myopie constatée. Au contraire l'hydratation du cristallin entraînerait une diminution de réfringence et de l'hypermétropie.

Ainsi d'après la conception de Granström la véritable cause des modifications de réfraction chez les diabétiques serait un changement du pouvoir fixateur de l'eau dans le noyau du cristallin : la déshydratation provoquerait la myopie et l'augmentation l'hypermétropie.

Paralysies des nerfs oculo-moteurs. — Les troubles visuels peuvent être encore la conséquence d'une parésie ou d'une paralysie du muscle ciliaire, ou d'autres muscles de l'œil. La IIIe paire est fréquemment touchée.

Lors de paralysie de l'accommodation, le sujet voit bien de loin mais mal de près et on observe une dilatation de la pupille qui est en mydriase. Parfois cette paralysie d'accommodation s'accompagne d'autres. Mais ces paralysies diabétiques disparaissent assez vite sous l'action du régime. Un caractère assez particulier qui pourra permettre de les faire reconnaître est la présence de douleurs névralgiques périorbitaires.

Lésions rétiniennes. — Les troubles visuels diabétiques dus aux lésions de la rétine se différencient nettement des pseudo-amblyopies, de caractère passager et facilement améliorées par des verres correcteurs ou par le procédé de la fente ou du trou sténopéiques. L'amélioration du trouble visuel lorsque le sujet regarde au travers d'un petit trou, fait avec une épingle dans un carton ou au travers d'une fente, montre qu'il s'agit seulement d'un trouble de réfraction.

Cet emploi de la fente sténopéique constitue une grande ressource lors de certaines déformations de la cornée, telles le kératocone, reconnaissant vraisemblablement une origine endocrinienne ou au stade initial de la cataracte, pouvant alors permettre la lecture.

Bien entendu la fente ou le trou sténopéiques n'apportent aucune amélioration lors de lésions de la rétine.

Spasmes vasculaires. — Parfois il s'agit de troubles passagers, conséquence de spasmes. Mais bien souvent le spasme lui-même est déterminé par des altérations vasculaires : endartérite, artério-sclérose ou parfois par la seule hypertension.

Ces spasmes déterminent l'ischémie du territoire nerveux correspondant, et l'irrigation rétinienne revêtant le type terminal, le spasme se traduit cliniquement par l'apparition d'une amaurose passagère. Ces spasmes, fréquents chez les diabétiques, s'ils portent sur l'artère centrale de la rétine ou l'une de ses branches provoquent des troubles profonds dont le pronostic est réservé, car bien souvent le spasme n'est que le premier stade de l'oblitération complète, entraînant la perte définitive de la vision.

Le spasme, lorsqu'il porte sur les vaisseaux irriguant les voies optiques, donne lieu au syndrome de la *migraine ophtalmique*, céphalée spéciale à localisation hémicrânienne, accompagnée d'hémianopsie homonyme passagère.

Parfois, les troubles visuels au cours du diabète pourront se traduire par une hémianopsie bitemporale, conséquence de la compression du chiasma par l'hypophyse hypertrophiée, se manifestant cliniquement par l'association des troubles visuels et du syndrome hypophysaire. Claude Bernard et Pierre Marie ont rapporté des observations des diabétiques atteints de troubles visuels avec acromégalie.

Point n'est besoin de rappeler ici les expériences bien connues de Claude Bernard, déterminant l'apparition du diabète par la piqure du plancher du quatrième ventricule. On comprend que par un mécanisme de cet ordre l'hypertrophie de l'hypophyse puisse provoquer de la glycosurie. Et de fait les observations de Pierre Marie nous montrent qu'elle se rencontre dans près de la moitié des cas d'acromégalie. Ce peut-être un symptôme prémonitoire. Si bien que la radiographie du crâne en pareil cas, avec les altérations de la selle turcique qu'elle peut déceler, sera toujours une sage précaution.

On ne saurait songer d'ailleurs à semblable éventualité chez notre malade. Diabétique depuis dix-huit ans, elle présente actuellement des troubles visuels dépendant d'une lésion organique de la rétine, et l'examen ophtalmoscopique montre des altérations du fond de l'œil assez caractéristiques pour poser le diagnostic de rétinite.

Ces lésions sont évidentes. L'examen ophtalmoscopi-

que montre des hémorragies rétiniennes assez abondantes et des altérations vasculaires avec quelques exsudats blanchâtres. Ces hémorragies sont dues aux altérations des vaisseaux. Mais il n'y a pas d'œdème papillaire ou péripapillaire, contrairement à ce qu'on observe le plus ordinairement dans les rétinites néphrétiques.

L'hypertension artérielle, si fréquente chez les diabétiques anciens, favorise bien entendu l'apparition de ces hémorragies, aggravant le pronostic, du fait de la fréquence des récidives et de la lenteur de la résorption.

Chez notre malade on constate une série de points hémorragiques, avec de petits exsudats blanchâtres siégeant à la macula qui traduisent les altérations vasculaires. La tension artérielle est de 25-9,5 et cette hypertension entraîne, avec les varices des membres inférieurs, des céphalées, des sensations de fourmillements, d'engourdissements et des bourdonnements d'oreilles. L'urée sanguine est sensiblement normale, mais on trouve 1 gr. 50 d'albumine par litre d'urine. La glycémie et la glycosurie sont élevées.

Ces hémorragies de la rétine chez les sujets âgés, surtout chez les diabétiques, sont toujours très graves, et l'hypertension artérielle, nous venons de le dire, vient encore aggraver le pronostic. Par contre chez les sujets jeunes des hémorragies rétiniennes se résorbent parfois. Si elles siègent à la périphérie de la rétine elles auront pu même passer inaperçues, donnant seulement la sensation de mouches volantes. Elles seront alors découvertes par hasard, à la suite d'un examen ophtalmoscopique ou à l'occasion d'un choix de verres.

Le diagnostic différentiel se pose avec la rétinite néphrétique ; dans celle-ci les hémorragies sont plus discrètes, les taches blanchâtres siègent autour de la papille, la macula présente un aspect étoilé caractéristique, on observe souvent un œdème papillaire rappelant, toutes proportions gardées, celui d'une tumeur cérébrale. Enfin l'étoile maculaire est tout à fait caractéristique et ne se rencontre jamais dans la rétinite diabétique pure. Toutefois, la confusion est loin d'être rare, les diabétiques ayant souvent une atteinte rénale et dans ce cas, les lésions du fond de l'œil présentent les caractères des deux affections.

On a même contesté la réalité de la rétinite diabétique pure, car il n'est pas rare de constater avec la glycémie une élévation du taux de l'urée. Celui-ci nous l'avons vu, était sensiblement normal chez notre malade, tandis que lors de rétinite néphrétique on trouve dans la plupart des cas des chiffres élevés. Toutefois, celle-ci se manifeste parfois sans augmentation du taux de l'urée sanguine, et avec M. Renard nous avons rapporté au Congrès d'Amsterdam en 1929, 4 observations de cet ordre. Chaillous, Magitot et d'autres en ont également rapporté.

Les hémorragies considérables de la rétinite diabétique sont souvent dues à une thrombose de la veine centrale, et l'examen ophtalmoscopique permet d'observer tous les degrés de lésions hémorragiques.

Le pronostic de cette rétinite diabétique, tout en étant très sérieux, est cependant moins sombre que celui de la rétinite néphrétique, sur la gravité de laquelle les ophtalmologistes, les premiers, avaient attiré l'attention. Car lors de la rétinite néphrétique la quantité d'urée sanguine constitue l'élément principal du pronostic. Malgré l'absence possible d'élévation du taux de l'urée, relevée dans certaines observations, les constatations de Widal et Morax conservent toute leur valeur. L'hypertension, comme cela résulte des statistiques rapportées par Onfray dans son intéressant travail, et par d'autres, semble constituer la condition principale d'apparition de la rétinite au cours du diabète et aussi le principal facteur de gravité, coïncidant alors le plus souvent avec une atteinte rénale.

Notre malade elle-même est très hypertendue et de ce chef le pronostic ne peut être que très réservé.

Traitement. — Il faut s'adresser tout d'abord à la maladie initiale, c'est à dire au diabète qui sera traité par les moyens habituels. Le régime sera plus ou moins sévère et au besoin on aura recours aux injections d'insuline, médicament qui peut n'être pas sans danger et sera toujours administré sous le contrôle du médecin.

En l'absence d'hémorragies rétiniennes et si une opération de cataracte ou une iridectomie doivent être pratiquées, les injections deviennent indispensables, car la cataracte sénile n'est pas rare chez les diabétiques. L'insuline injectée avant, pendant et dans les jours qui suivent l'opération permettra d'éviter les hémorragies et les infections post-opératoires, accidents particulièrement fréquents avant sa découverte. Il y aura lieu souvent de donner au sujet ainsi traité une certaine quantité de sucre et le malade doit être surveillé de près.

Par le traitement local on cherchera à favoriser la résorption des hémorragies rétiniennes. On tentera tout d'abord de diminuer l'hypertension générale et celle de l'œil s'il est hypertone. Dans ce but on pratique des saignées à la région temporale à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées, ces dernières d'un emploi, plus commode mais d'un effet thérapeutique inférieur. Lors de phénomènes inflammatoires l'application de sangsues sur les régions temporales fait disparaître immédiatement les douleurs oculaires.

Enfin ces troubles vasculaires peuvent provoquer l'apparition du glaucome et de toutes les formes de glaucome, le plus malin, le glaucome hémorragique, se manifestant par une augmentation considérable de la pression intraoculaire, avec douleurs extrêmes. Les vesseaux de l'iris deviennent très saillants et souvent sa surface sera parsemée de petites hémorragies. Cette hypertonie du globe oculaire n'est point rare chez le diabétique atteint de rétinite. Aussi afin de prévenir l'apparition des accidents glaucomateux on instillera très régulièrement dans l'œil ou dans les deux yeux la solution de pilocarpine au centième, deux, trois et même quatre fois par jour.

Il n'existe pas d'autres moyens favorisant la résorption des hémorragies ; les compresses chaudes appliquées sur les paupières risquent d'en déterminer de nouvelles par la congestion qu'elles peuvent provoquer.

Le traitement général cherche à diminuer l'hypertension artérielle ; on surveillera le rein et au régime convenable seront associées au besoin les injections d'acécholine.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine [1]

Par Pr. MERKLEN
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

VIII. Sur les études en Allemagne et pays voisins

Les études de médecine françaises diffèrent notablement des études étrangères dont beaucoup se calquent sur les allemandes ; elles sont les unes et les autres la traduction d'états et de besoins ethniques.

En Allemagne le travail des étudiants se poursuit sur onze semestres. Sans doute en France avons-nous des semestres d'été et d'hiver dissemblables dans leurs programmes ; mais il n'empêche que nous envisageons l'année dans son entier. Nous n'entendons pas les phrases habituelles des jeunes Allemands qui disent étudier de-

(1) Voir *Progrès médical*, 2, 16, 23 janvier, 6 et 13 février 1937.

puis cinq semestres, rester dans tel service deux semestres, etc... Du reste les vacances marquent le point : si celles de l'été durent moins longtemps que les nôtres, l'année scolaire est coupée au printemps par une assez longue suspension de travail.

Ces semestres, les étudiants ne sont pas tenus, à certaines réserves près, de les passer dans une seule et même Faculté. Ils ont la latitude de se déplacer. On les voit commencer dans telle ville où les sciences paramédicales sont particulièrement bien enseignées ; se rendre ensuite pour un semestre dans une autre où le renom d'un professeur les attire ; finir par une troisième qu'illustre un spécialiste renommé, où ils demeurent un nouveau semestre. Ils jouissent, on le voit, d'une liberté assez large dans la conduite de leurs études. Chez nous le changement de Facultés et d'Ecoles doit être demandé aux autorités universitaires, qui ne peuvent l'accorder que dans la limite des règlements.

Les professeurs ne sont pas moins ambulants. Leur carrière les mène d'une Université plus petite à une Université plus grande, à condition que leurs cours et travaux leur vaillent cet avancement. Les Facultés ont un intérêt matériel direct à posséder des professeurs de marque qui leur attirent des élèves ; payés d'autre part en partie par ceux-ci, les maîtres recueillent le fruit de leurs efforts et de leurs mérites.

Ce roulement du corps enseignant, par l'émulation qu'il suscite, imprime une réelle force aux études médicales étrangères ; il semble même que ce sot lueir vraie force. On a souhaité le voir s'installer en France, où il ne joue que dans des circonstances très spéciales et où il joue de moins en moins. Mais il ne faut pas demander l'impossible. L'esprit de terroir est si ancré en nous qu'il triomphe sans mal des valeurs les moins contestées. Et puis à côté de l'esprit de terroir, il y a celui de l'école, celui de la camaraderie et de l'amitié, celui de la combinaison. Mais pourquoi insister davantage ?

Croira-t-on qu'à l'étranger on plaint parfois les étudiants français ? Les pauvres, dit-on, passent leur scolarité en multiples examens qui se succèdent à la file et ne laissent pas de répit. Le contraste paraît de prime abord frappant avec les deux seuls examens imposés aux étudiants allemands, l'un après cinq semestres portant à peu près sur les branches de nos deux premières années, l'autre à la fin des études sur tout le reste.

Si les examens allemands embrassent chacun un grand nombre de matières et durent plusieurs jours, l'étudiant français est par contre dans l'attente sans cesse réitérée de l'examen ou des examens de l'année. Nous reviendrons sur ce système dans le dernier chapitre ; contre lui on a fait remarquer que la mémoire oublie l'année suivante une bonne part de ce qu'elle a enregistré la précédente ; rien de plus juste. Mais pourquoi l'étudiant allemand, une fois terminées ses deux séries d'examens, retiendrait-il davantage ? La mémoire durable de l'âge adulte est celle qui se maintient par un perpétuel renouvellement ; autrement dit on ne se souvient que de ce qu'on pratique (mis à part les individus à amnésies hypertrophiées, qui feront toujours l'étonnement de leurs contemporains). Tout différemment se comporte l'enfant qui emmagasine dans sa mémoire vierge au point que, devenu à son tour père de famille, il se montre parfois susceptible de sortir de leur sommeil les fables de La Fontaine ou les odes d'Horace.

C'est pourquoi le meilleur service à rendre à l'étudiant est de confier avec prédilection à sa mémoire les grandes lignes, même schématiques, des chapitres importants. Grâce à elles, il saura plus tard consulter et comprendre les livres où sont réparés ses oublis.

Dans un autre domaine l'étudiant étranger, averti et réfléchi, envie son camarade français. Le stage est évidemment notre grande force médicale, par laquelle sont atténuées diverses imperfections. En Allemagne certains milieux s'en sont rendus compte ; il y a quelques années le problème a en effet été discuté de près. Je m'étonnerais que l'esprit pratique du pays ne finisse par avoir raison des préjugés. Possédant ce qu'elle possède déjà, laboratoires, chercheurs, roulement des professeurs, la Germanie jouira ce jour-là d'un enseignement médical qui ne sera pas loin d'être le premier. (1)

Seuls les assistants accompagnent le professeur dans ses visites ; ils acquièrent par là une supériorité évidente. La majorité des étudiants s'en tirent d'ordinaire parce que, conscients de l'insuffisance des études médicales théoriques, ils demandent des places d'assistants aux nombreux hôpitaux dont dispose le Reich. En réalité ils y font office d'internes auprès des chefs de service : stage extra-universitaire à la fin des études ou à leur suite qui supplée à la carence de l'enseignement officiel.

***

Je croirais manquer à un devoir en négligeant de signaler que, lors de la transformation de l'Université allemande de Strasbourg en Université française, l'institution du stage au lit des malades fut un des premiers soucis du doyen Weiss. Pour aboutir il n'eut pas trop de sa ténacité coutumière. Mais les étudiants s'habituèrent très vite à cette nouvelle manière dont ils sentirent d'eux-mêmes que s'imposaient les avantages, et il ne faudrait pas leur parler aujourd'hui de revenir à l'ancienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1937

L'industrie du crin de Florence peut-elle être nationale ? — *MM. Em. Perrot et P. Bruère.* — La France tirant de l'Etranger la presque totalité des *crins* dits *de Florence* utilisés en chirurgie et son ravitaillement pouvant ainsi dans des moments douloureux, se trouver entièrement compromis.

Les auteurs demandent que l'Académie attire l'attention des Pouvoirs publics sur la nécessité qu'il y aurait (la possibilité en est démontrée), en édictant d'urgence les mesures nécessaires pour la reprise de la campagne séricicole au printemps, de mettre la France à l'abri du marché étranger, en assurant une production métropolitaine des crins chirurgicaux nécessaires à la consommation normale du pays et indispensable en cas de conflit.

Étude pour l'application d'un test de salubrité aux coquillage français. — *M. G. Dubreuil.* — Il n'existe en France, aucun moyen légal de rebuter un lot de coquillage des marchés, qui se revèle impur à l'analyse. Usa-t on du test de la Fishmongers et C°, qui donne ses résultats en dix-huit à vingt-quatre heures, les coquillages seraient vendus et consommés avant qu'on soit fixe sur leur salubrité.

Pour remédier à cet état de chose, on pourrait procéder par étapes, qui constituerait des expériences successives et une mise au point progressive.

1° Etablir d'abord un test de salubrité facultatif, qui serait recherché par certains producteurs ou vendeurs soucieux de la pureté des produits qu'ils livrent à la consommation, pour des lots d'origine connue et toujours la même ;

2° Etablir ensuite s'il y a lieu un test de salubrité obligatoire pour la mise en vente de coquillages salubres, dans les marchés surveillés.

Le premier test, facultatif, devrait être établi, par des laboratoires agréés de bactériologie. Il comprendrait l'attestation de pureté d'après la teneur en colibacilles et en germes. Cette teneur limitée serait établie d'après des études systématiques

(1) Le régime actuel, qui fait céder le cerveau devant le muscle enlève quelque valeur à ce qu'était hier la vérité. Il faudrait voir sur place. Les échos ne sont pas ceux de Traube ou de Virchow.

faites en diverses zones des côtes et toujours suivant une même méthode, d'accord avec l'Office scientifique des Pêches, qui, par ce moyen, compléterait et préciserait peut-être sa documentation sur certains points précis du littoral. L'attestation ne vaudrait naturellement que pour les mollusques en provenance directe de la zone déterminée, elle donnerait droit an producteur de s'en prévaloir. Si le résultat était mauvais, les producteurs seraient naturellement incités à installer ou à utiliser un établissement de purification créé sous la pression des circonstances.

Le contrôle obligatoire à la vente serait à étudier par la suite et d'après les résultats obtenus par le contrôle facultatif.

Les frais du contrôle facultatif serait assez réduits dans le cas où les opérations seraient faites par un laboratoire de bactériologie déjà outillé.

Les anémones de la mer dans la pathologie de l'homme. — *M. Skévos-Servos* (d'Athènes) présente un aperçu sur des lésions cutanées, déterminées par le contact d'une anémone qu'il appelle l'*hellénopolype*.

Frotté sur le corps de l'homme, l'hellénopolype produit dans quelques minutes, parfois immédiatement, ses réactions dont les symptômes sont d'autant plus intenses et plus durables que le polype servant à l'expérience est grand, ou qu'on se sert de deux polypes à la fois, et que la peau de l'homme sur lequel a lieu l'expérience est plus délicate.

On n'a encore aucun remède spécial pour neutraliser le venin de l'hellénopolype ; éviter l'usage de l'ammoniaque liquide, de l'eau oxygénée, de l'alcool pur ou des divers moyens antiseptiques, et préférer le vinaigre ordinaire et puis l'huile d'olive.

Communication inter-auriculaire. — *MM. P. Cossie* et *R.-S. Arana*. — Trois observations se rapportent à des communications inter-auriculaires avec constatation autopsique.

Election de deux correspondants étrangers dans la 1re division (Médecine). — *Classement des candidats* : en première ligne : M. Austregesilo, de Rio-de-Janeiro, M. Le Sage, de Montréal ; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Baldwin, de Saranac Lake, B. Udaondo, de Buenos-Aires, Pezzi, de Milan, Maranon, de Madrid, Akil Mouktar, d'Istambul.

MM. Austregesilio, professeur de clinique neurologique à la Faculté de Rio, M. Le Sage, professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal, sont élus.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 3 février 1937

Le président annonce à la compagnie la mort de M. Gernez membre titulaire.

M. Rouvillois président pour 1936, quitte le fauteuil présidentiel qui est occupé par M. Baumgartner. Le nouveau président prononce son discours inaugural.

Valeur hyperthermie. — *M. Truffert* a observé un cas de ce syndrôme après ablation d'un cartilage nasal. L'autopsie montra un œdème diffus de la pie-mère et de l'encéphale.

Infarctus intestinaux. — *M. Grégoire* apporte deux observations de *MM. Loverdos* (Céphalonie) et *Asseiln* (Châteauroux) concernant toutes deux des infarctus intestinaux par choc d'intolérance. Sous l'influence du traitement adrénalinique, l'infarctus disparut totalement sous les yeux des opérateurs.

Pneumopéritoine. — *M. Sauvé* fait un rapport sur une observation de *M. Kapandji*. Malade ayant une rétension d'urine après traumatisme abdominal, ainsi qu'une contracture intense. A l'intervention rupture intrapéritonéale de la vessie, avec un énorme pneumopéritoine. Il est probable que le sondage de la vessie effectué chez ce malade a fait pénétrer de l'air dans cet organe et de là dans le péritoine.

M. Chevassu insiste aussi sur la possibilité de pénétration d'air dans la vessie, si la sonde a son pavillon au-dessus du niveau vésical. Il faut donc lorsqu'on met une sonde à demeure se méfier de cet inconvénient qui peut être une raison d'infection vésicale.

Gliome kystique rétropéritonéal. — *M. J. J. Herbert* (Aix-les-Bains) a observé chez une malade très hypertendue l'existence d'une tumeur abdominale. L'intervention montra derrière le péritoine de la fosse iliaque une tumeur kystique multilobulée avec un prolongement latéro-vertébral. L'exérèse sous-péritonéale fut suivie d'un abaissement de pression de 33 à 23. L'examen anatomopathologique mit en évidence qu'il s'agissait d'un gliome et non d'une tumeur surrénale. Ce gliome semble avoir pris naissance sur le nerf crural.

M. Chevassu insiste sur le fait que les abaissements de tension artérielle se voient de façon transitoire après des interventions autre que les interventions nerveuses.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier 1937

Méningite à diplococcus pharyngis flavus III au cours des oreillons. — *MM. Brunel* et *Dérobert* rapportent l'observation d'une méningite survenue au décours d'une fluxion parotidienne d'apparence banale caractérisée par des signes méningés peu marqués, par l'absence de germes pathogènes à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien qui était clair, légèrement xanthochronique, contenant 9 gr. 50 d'albumine, 0 gr. 56 de glucose et 24 leucocytes par mc., dont la formule leucocytaire a toujours été à prédominance monocytaire (56 %) et dont la culture seule a mis en évidence des diplocoques gram négatif ayant tous les caractères du diplococcus pharyngis flavus III. Ce même germe fut retrouvé dans l'exsudat pharyngé, dans l'expectoration et dans les urines. L'hémoculture fut négative.

Contribution à l'étude du métabolisme des protides au cours du myélome multiple. — *MM. P. Carnot, H. Bénard, J. Caroli* et *F. Kayser* rapportent une observation de myélome multiple, survenu chez un homme de 59 ans. Le diagnostic avait été porté cliniquement sur les symptômes suivants : albuminurie, algies rhumatoïdes, tuméfaction osseuse et para-osseuse de la clavicule, fracture cervicale spontanée, état général grave. Ce diagnostic a été vérifié grâce à la constatation de lacunes osseuses radiologiques, d'une protéinurie de Bence-Jones caractéristique et grâce à une ponction sternale qui a révélé la nature plasmocytaire de l'affection. La radiothérapie, sans modifier les signes radiologiques a fait disparaître les douleurs et transformé l'état général du patient. Cette observation est la première en France où a été constaté et étudiée une hyperprotéinémie, au cours du myélome multiple. Celle-ci atteignait 112 grammes, il y avait une hyperglobulinémie (69 gr. 2). Un rapport sérine globuline, 0,62.

La fraction globulinique était constituée surtout par de la pseudo-globuline. Se basant sur l'ensemble des observations publiées à l'étranger, les auteurs insistent sur l'intérêt de ces bouleversements du métabolisme des protides, ils montrent que l'hyperprotidémie est le signe essentiel du myélome multiple. Il n'est pas un signe constant, car il manque lorsqu'il y a une forte protéinurie. Enfin c'est un symptôme tardif. D'autre part, l'hyperprotidémie du myélome est toujours une hyperglobulinémie. Ces signes humoraux ont parfois comme corollaire l'autoagglutination des hématies et la précipitation du sérum à 56° pendant l'inactivation. Les auteurs insistent sur la fréquence avec laquelle cette maladie, d'autre part, se complique d'une dégénérescence amyloïde systématisée à l'appareil locomoteur. Ils pensent que ce trouble profond dans le métabolisme des albumines est lié à un hyperfonctionnement de la moelle osseuse qui fabrique en trop grande abondance de la protéine de Bense-Jones. Quand celle-ci n'est pas évacuée par l'urine, elle est retenue dans le sang, d'où un état d'hyperglobulinémie. Cette dernière altération biologique peut être à son tour considérée comme le lien biologique qui unit le myélome multiple à la maladie amyloïde.

M. Bariéty rappelle d'une part que des dosages pratiqués autrefois avec M. Achard lui ont montré qu'il existait souvent dans la méningite tuberculose une hyperprotéinémie considérable pouvant atteindre on même dépasser 110 grammes.

D'autre part, il a remarqué que chez des chiens atteints de maladie amyloïde, le taux des globulines du sérum s'abaisse brusquement lorsque se forment les dépôts amyloïdes dans les organes.

Cirrhose bronzée avec infantilisme et insuffisance cardiaque. — ***MM. A. Germain*** et ***A. Morvan*** rapportent l'observation d'un syndrome endocrino-hépato-cardiaque de M. de Gennes. Ni syphilis ni alcoolisme ; paludisme ancien sans stigmates sanguins actuels. L'antécédence de l'atteinte pluri-glandulaire, apparemment congénitale, est en faveur de l'origine endocrinienne de la cirrhose. L'insuffisance cardiaque, difficilement réductible, semble purement fonctionnelle, d'origine également endocrinienne, en particulier surrénale.

Poussée hypertensive et crise épileptiforme ayant précédé un accès de delirium tremens et une polynévrite alcoolique. — ***MM. L. Rivet*** et ***W. Aubrun*** relatent l'observation d'un homme de 45 ans, alcoolique invétéré, mais n'ayant jusque-là présenté aucune manifestation pathologique relevant de cette intoxication, qui fut admis d'urgence à l'hôpital pour des troubles vertigineux avec obnubilation. Aussitôt admis, il présenta une grande crise épileptiforme, avec tension de 26 x9 (Vaquez-Laubry). Dès le lendemain, la tension baissait à la normale, pour s'y maintenir définitivement, mais le malade, qui était porteur d'un gros foie cirrhotique, faisait une crise de delirium tremens, au décours de laquelle s'installait une polynévrite alcoolique à marche ascendante, avec syndrome de Korsakoff. Au bout de trois mois, l'ensemble de ces troubles, ne faisant que s'aggraver, nécessita l'internement. Les auteurs relatent le fait sans entrer dans la discussion des diverses hypothèses pathogéniques qui pourraient être soulevées à son sujet.

Complications intestinales spasmodiques au cours de l'anémie pernicieuse (faux rétrécissement, subocclusion). — ***MM. P.-E. Weil*** et ***Ménétrier*** rappellent que l'on connaît actuellement l'existence de spasmes pyloriques faisant croire au cours de l'anémie biermérienne à la présence d'un cancer du pylore ; il semble même que leur existence ne soit pas exceptionnelle.

Ils rapportent deux cas de Biermer où des complications spasmodiques de même ordre s'observent du côté de l'intestin.

Dans un cas, un homme entre à l'hôpital pour des crises douloureuses sous hépatiques, d'abord passagères puis permanentes, influencées par les repas, et pour une constipation opiniâtre avec contracture des muscles grands droits. Ces signes s'accompagnaient d'une anémie grave (G. R. 1 800 000, hem. 50, V. G. I, 38). Aérogastrie et aérocolie sans signes radiologiques nets de rétrécissement. L'hépatothérapie permit de remettre le sujet à 5 millions de globules et les signes intestinaux diminuèrent. Cependant les auteurs étaient si persuadés de l'existence d'une sténose organique qu'ils firent opérer le malade, chez qui aucune lésion intestinale ne fut trouvée. Le malade qui ne se soigna plus revint trois ans plus tard pour une rechute grave d'anémie mais sans aucun signe intestinal.

Dans le second cas, une femme atteinte depuis longtemps de diarrhée chronique, fait une anémie biermérienne (G. R. 1.640.000, H. 50, V. G. I, 5). Cette femme fait à un moment donné des crises douloureuses prolongées du flanc droit avec un arrêt des matières et des gaz et présence d'une petite tumeur fixe du flanc droit. La belladone et le traitement hépatique font cesser ces signes assez rapidement. La malade est actuellement guérie de son anémie et de ses troubles intestinaux. Pendant la crise il n'y eut pas d'examen radiologique, mais auparavant, on avait noté des signes de spasmes du côlon.

Il semble bien que chez ces malades des spasmes intestinaux prolongés puissent faire croire à des rétrécissements organiques ou à une occlusion intestinale. Il faut donc pratiquement bien connaître ces faits pour ne pas recourir à la chirurgie : le traitement du Biermer et la belladone permettent la disparition de ces complications.

Polynévrite rhumatismale constituée au cours d'un rhumatisme articulaire et polyviscéral. — ***MM Hugues Gounelle*** et ***Julien Warter*** ont observé une polynévrite de type moteur au décours d'un rhumatisme. Sujet de 18 ans à passé rhumatismal, température élevée pendant huit semaines, successivement atteintes polyarticulaires, phases de péricardite et de pleurésie sérofibrineuse ; constitution d'une maladie de Corrigan ; action sédative du salicylate. Parésie et amyotrophie des antéro-externes des jambes, steppage, douleur à la palpation, abolition des achilléens, réaction de dégénérescence partielle ; persistance du syndrome trois mois et demi après la défervescence thermique et deux mois et demi après la suppression du salylate. Guérison en deux mois après traitement associé salicylo-physiothérapique.

Lipomatose de la langue au cours d'une lipomatose symétrique. — ***MM. M. Duvoir, L. Pollet*** et ***J.-L. Herrenschmidt*** présentent un malade porteur de lipomes multiples de la langue à prédominance unilatérale, au cours d'une lipomatose symétrique. Il s'agit d'un cas d'une particulière rareté : les observations publiées de lipomes de la langue sont associés à d'autres lipomes sont exceptionnelles ; quant à l'association avec une lipomatose symétrique, ils ne l'ont trouvé signalée que dans une observation de Simon datant de 1929.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les hypotensions des maladies infectieuses leur traitement par le Pressyl

Au cours de toutes les maladies infectieuses et des intoxications, l'abaissement de la pression artérielle, surtout lorsqu'il est associé à des signes de défaillance cardiaque, fait l'objet d'une surveillance quotidienne. Tout traitement d'une telle hypotension doit donner une sécurité prolongée.

Sur ce fond d'adynamie artérielle peuvent se greffer des collapsus cardio-vasculaires suraigus, graves complications qui doivent être traitées énergiquement par un cardio-tonique associé à un hypertenseur.

Dans la période de convalescence, la pression artérielle reste abaissée et, le plus souvent même, elle ne reprend sa valeur normale qu'au terme de la convalescence.

Le Pressyl, constitué par l'association d'un hypertenseur, la pressédrine, à un cardiotonique, la camphramine, convient au traitement de toutes les hypotensions des maladies infectieuses grâce à une grande souplesse posologique.

Dans la fièvre typhoïde, le Pressyl (2 à 5 comprimés par jour) évite la chute tensionnelle et la défaillance cardiaque que révèlent la tachycardie, l'assourdissement des bruits du cœur. En cas de collapsus, grave complication de la dothiénentérie, le Pressyl, par voie intraveineuse ou sous-cutanée, est un traitement d'urgence donnant une sécurité prolongée.

Dans la grippe sporadique ou épidémique, l'effondrement de la pression artérielle est de pronostic grave. L'injection sous-cutanée de Pressyl remonte pour plusieurs heures, les chiffres manométriques et permet de doubler le cap dangereux de la maladie.

La pneumonie du vieillard comme celle des *débilités* ou des *éthyliques* s'accompagne régulièrement d'une défaillance cardio-vasculaire : à titre préventif deux comprimés de Pressyl, matin et soir constituent les gardiens du tonus cardiaque et vaso-moteur

Dans la diphtérie, la défaillance cardiaque et l'hypotension sont des signes de malignité. Il est donc prudent en même temps qu'on administre le sérum, de donner chaque jour 2 à 6 comprimés de Pressyl pour parer à ces accidents.

Dans la scarlatine grave, le Pressyl injecté par voie sous-cutanée s'oppose à la chute tensionnelle. Il est toujours admirablement toléré par le rein.

Les hypotensions des convalescences. — Plus les maladies sont longues, plus elles s'accompagnent d'hypotension. Chez les vieillards, en particulier, la récupération des chiffres manométriques après une maladie infectieuse ne s'opère que très lentement. Bien toléré par les jeunes comme par les sujets âgés, le Pressyl relève la pression, soutient le pouls, renforce le cœur.

Asthénie post-grippale. — L'asthénie post-grippale mérite d'être isolée des autres convalescences avec hypotension du fait de sa fréquence, de son intensité et de sa longue durée. La fatigabilité musculaire qui s'exagère rapidement à l'effort, s'accompagne souvent de myalgie, d'impression de vide cérébral, de psychasthénie. Les comprimés de Pressyl (deux à cinq par jour), par leur effet angio et cardiotonique suppriment tous les symptômes en rapport avec l'hypotonie artérielle et abrègent la convalescence.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic

Le diagnostic des tuberculoses de primo-infection est susceptible d'être précisé par les réactions serologiques : la séro-agglutination, la déviation du complément et le pouvoir bactéricide, toutes les trois spécifiques.

I. *Séro-agglutination.* — Le pouvoir agglutinant est et demeure le témoin d'une tuberculose existante ou cliniquement guérie, qui a pu être d'ailleurs très légère. Comme la tuberculine, il peut servir au diagnostic du terrain allergique, non seulement chez l'enfant, mais chez l'adolescent ou l'adulte et l'on peut admettre les règles suivantes :

1° Lorsqu'un adolescent ou un adulte présente un pouvoir agglutinant positif, de même qu'une réaction positive à la tuberculine, il est en état d'allergie due à une tuberculisation présente ou passée, et toute évolution ultérieure de tuberculose ne devra pas être considérée comme une primo-infection, mais bien comme le développement d'une tuberculose antérieure ou d'une réinfection.

2° Lorsque, au contraire, chez un adolescent ou un adulte non malade, le pouvoir agglutinant est nul, il est à peu près certain que ce sujet n'a pas été infecté antérieurement et qu'une évolution ultérieure de tuberculose devra être considérée comme une primo-infection. Cependant la valeur négative de l'absence de pouvoir agglutinant, au point de vue de l'allergie, est moins grande que celle de sa présence pour témoigner de cette allergie.

II. *Déviation du complément.* — Une déviation positive signifie la presence d'une lésion tuberculeuse évolutive ou, au moins, encore active. Les causes d'erreur sont : la syphilis à Bordet Wassermann positif, le paludisme, des injections récentes de sérum antidiphtérique.

1° Par conséquent, en dehors de ces cas : une déviation du complément positive indique un organisme déjà tuberculisé et chez lequel une évolution ultérieurement constatée de tuberculose ne devra pas être considérée comme une primo-infection.

2° Mais la déviation du complément reste négative dans beaucoup de cas de tuberculose légère (pleurale, ganglionnaire, etc.) et ne peut par conséquent être considérée comme un signe certain de non-tuberculisation.

3° D'autre part elle disparait après guérison et son absence n'a que peu de valeur rétrospective.

III. *Pouvoir bactéricide du sérum.* — Sa valeur, lorsqu'il est bien net, se rapproche de celle des réactions précédentes pour le diagnostic du terrain tuberculeux : lorsqu'elle a été positive chez un sujet, elle a indiqué une tuberculose présente ou récente. Une maladie tuberculeuse ultérieurement constatée chez ce sujet ne sera donc pas de primo-infection.

Par contre son absence à un moment donnée de la vie ne peut prouver que le sujet n'a pas été tuberculeux, car elle a pu exister au moment d'une primo-infection et disparaître avec la guerison.

On peut résumer ainsi : 1° Lorsque toutes ces réactions sérologiques sont ensemble négatives, c'est la preuve que le sujet n'est pas infecté de tuberculose et ne l'a pas été récemment. Chez l'adolescent et surtout chez l'enfant, toute évolution ultérieure de cette maladie devra être considérée chez lui comme primo-infection, évoluant sur un terrain vierge, non tuberculisé. 2° Lorsque ces réactions sont positives, même chez un sujet paraissant indemne de tuberculose, elle sont la preuve d'une tuberculisation antérieure, plus ou moins latente, plus ou moins récente, mais d'autant plus certaine que les trois réactions sont toutes positives ensemble.

(P. Courmont. Rôle de la sérologie dans le diagnostic des tuberculoses de primo-infection. *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1936.)

Maladies vénériennes

Une observation de blennorragie chez un jeune garçon de 6 ans inspire quelques reflexions.

1° La blennorragie est rare et diagnostiquée tardivement chez les garçons de cet âge ; elle s'accompagne presque toujours de balanite, sauf dans ce cas où il s'agissait d'un Israélite.

2° Les vaccins ont échoué. Cela n'a rien d'étonnant ; tous les faits d'expérience, toutes les statistiques sont là pour montrer que la vaccination ne guérit pas la blennorragie, que la vaccination associée à une autre thérapeutique (balsamiques, gonacrine, etc.) n'a aucune action efficace, que la vaccination associée aux grands lavages ne raccourcit pas l'évolution.

3° Les grands lavages ont donné un résultat rapide et satisfaisant ; l'écoulement, qui durait depuis deux mois, a été guéri en trois semaines.

(R. Le Loutre. Blennorragie chez un enfant de 6 ans. *Maroc médical*, 15 octobre 1936.)

Thérapeutique

Une pommade à l'oxyde jaune de mercure est un vieux remède que l'on a peut-être un peu trop délaissé et qui donne d'excellents résultats dans les suppurations rebelles cutanées.

Deux observations montrent son efficacité. Dans le premier cas il s'agissait de la suppuration abondante (staphylocoques et streptocoques) d'un ancien ulcère variqueux ; dans le second d'abcès des jambes, consécutifs à des abcès du sein ; dans le pus on n'avait trouvé que des diplocoques à Gram négatif.

(Hautefeuille et Mlle Darras. Traitement des suppurations

chroniques cutanées par la pommade à l'oxyde jaune de mercure. *Gazette médicale de Picardie*, juillet 1936.)

Varia

On sait pratiquement que le syndrome entéro-rénal est souvent provoqué ou aggravé par l'usage immodéré des purgatifs salins ou des lavages d'intestin sous haute pression (Macquet, de Lille).

Ce serait être vraiment bien jeune, bien enfant même que de s'imaginer modifier une mode sous prétexte de santé (Ch. Laurent, de Saint-Etienne).

La saphénectomie est le traitement souverain de l'ulcère variqueux, mais non des ulcères chez les variqueux (Viannay, de Saint-Etienne). J. LAFONT.

Echos et Glanures

Médecins et duels. — *Détaché des Souvenirs de M. J.-Joseph Renaud dans* CONFESSIONS (4 février 1937) :

Parmi les médecins habituels des duels, il y a l'optimiste qui n'apporte avec lui qu'un flacon de teinture d'iode. Le consciencieux qui étale en pleine vue des combattants un arsenal chirurgical et pharmaceutique. Le calé en anatomie qui pendant un repos, dit à son client : « Si vous n'avez pas paré cette dernière attaque, vous aviez le canal cholédoque perforé ». L'humanitaire qui, à la plus minuscule égratignure, parle de tétanos afin d'arrêter la rencontre. Le sanguinaire qui ricane s'il ne panse un biceps traversé ou quinze centimètres dans la hanche. L'étourdi comme celui qui me dicta pour un procès-verbal cette description d'un coup à la main : « Blessure pénétrante au cinquième espace interdigital ». Naïvement j'écrivis cela. On rit beaucoup, à mes dépens, quand ce procès-verbal parut dans la presse.

J'ai fait se battre dans la forêt de Saint-Germain, au pistolet, deux médecins de quartier. Comme ils étaient largement sexagénaires, les conditions ne présentaient qu'un danger minime : un seul échange de balles à trente mètres : commandement à 110 au métronome, c'est-à-dire très rapide. Ce fut donc sans la moindre appréhension que je donnai mon commandement de « Feu ! »

A cet instant, une grosse dame sortit d'un buisson et s'élança entre les adversaires en s'écriant :

— Je ne veux pas qu'il meure !

Des cerises tremblaient à son chapeau et elle avait des mitaines de soie violette. C'était une vieille cliente de l'un des adversaires.

Estimant que sa bronchite chronique ne pouvait être convenablement soignée que par lui elle avait tenté le coup de Claire de Beaulieu au dernier acte du *Maître de Forges*.

On l'emmena. Mais l'autre médecin ayant déclaré, à haute voix : « Cette bronchite chronique fait vivre depuis quinze ans mon adversaire ! », celui-ci vint lui appliquer une gifle retentissante.

Le pain actuel. — Bon pain. — *Détaché d'un mémoire de M. le Professeur Rochaix dans* LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (5 janvier 1937) *intitulé* : LE PROBLÈME DU PAIN (PAIN ACTUEL. — BON PAIN. — LA DIMINUTION DE LA CONSOMMATION DU PAIN).

Ce qui caractérise avant tout le pain actuel au point de vue de sa constitution en principes nutritifs, c'est la prédominance presque exclusive de l'amidon, l'insuffisance en gluten, en sels minéraux, en diastases, l'absence presque complète de vitamines. C'est un aliment presque purement amylacé, d'une grande valeur énergétique, certes, mais qui devrait renfermer la majeure partie des éléments précieux qui se trouvent comme

nous l'avons vu, dans le grain. Il est donc dépouillé d'une partie de sa valeur nutritive.

Est-ce vraiment le point de vue qui doit nous préoccuper ? Il ne faut pas oublier que l'homme est omnivore. Il ne se nourrit pas exclusivement de pain. Le pain complet lui-même n'est pas un aliment complet. Le pain ne constitue qu'une partie de notre nourriture et nous trouvons dans les autres aliments, très variés à notre époque, les éléments qu'il ne nous fournit pas.

On a accablé le pain actuel de méfaits qu'il n'a pas commis.

On a tiré des conclusions erronées d'expériences montrant que les animaux nourris exclusivement avec du pain, présentent divers troubles : expériences de Weill et Mouriquand, de Scheunert, etc. . Elles ne font, au point de vue qui nous occupe, que confirmer qu'il manque dans le pain certains éléments indispensables (vitamines, etc.) et qu'il est nécessaire de le compléter dans la ration par d'autres aliments.

On a accusé le pain actuel, en raison de l'élimination du germe, et par conséquent de l'absence de vitamine E, de reproduction, d'être « au moins en partie », responsable de l'hyponatalité de notre race « essentiellement mangeuse de pain ». Mais, comme l'a fait remarquer Gauducheau, le fait n'aurait d'importance que si nous ne consommions que du pain blanc, sans autre aliment. Nous trouvons de la vitamine E, dans d'autres aliments usuels, la chair musculaire, les viscères, le beurre, les feuilles de végétaux comme les laitues, dans l'huile d'olive, la plupart des huiles comestibles, etc... On ne peut vraiment pas soutenir que le pain blanc soit un facteur d'hyponatalité ou de dénatalité. Les causes de la diminution des naissances en France, comme dans la plupart des pays civilisés, sont d'ordre moral et social.

Son action sur l'abaissement de la vigueur de notre race n'est pas plus démontrée, que d'ailleurs cette diminution elle-même.

On lui a attribué des épidémies d'ictères, des cas de pellagre, la carie dentaire, un rôle dans l'origine de la tuberculose, de certaines formes de cancer, etc... On s'est livré souvent à des exagérations insoutenables.

Le pain actuel reste un aliment incomplet, qui pourrait être plus riche en d'autres éléments nutritifs que l'amidon, avoir d'autres qualités dont nous nous occuperons plus loin, mais il ne faut pas le charger de crimes imaginaires.

Les deux points de vue auxquels il faut se placer sont ceux qui ont été très bien mis en évidence par Lenglet dans diverses publications, en particulier dans son remarquable article du *Médecin de France.*

En premier lieu, y a-t-il dans le pain des éléments nutritifs que l'on ne trouve pas dans d'autres aliments ?

En second lieu, le pain blanc qui nous est offert et qui constitue encore pour beaucoup le prncipal aliment, est-il parfaitement digestible et assimilable ?

Il est évidemment impossible de répondre à la première question d'une façon définitive. Nous ne connaissons pas toutes les substances renfermées dans le grain, en particulier dans cette assise aleuronique que Lenglet qualifie de « couche merveilleuse »

Mais comme le fait cet auteur, on peut déjà souligner que dans aucun des aliments de consommation courante on ne trouve dans d'aussi fortes proportions de l'*acide glutamique.* « Or, l'acide glutamique est le facteur principal dans le glutathion de l'oxydation du soufre organique ». Et combien d'autres acides aminés (on en a déjà isolé plus de 12) existent, dont le rôle peut être spécifique dans les divers phénomènes intraorganiques !

Muller insiste sur l'*acide phosphorique* dont le grain renferme 0,69 % (plus de la moitié des substances minérales). De tous les aliments végétaux, le blé est le plus riche en phosphore.

C'est également le végétal usuel, l'épinard excepté, qui renferme le plus de *magnésie* ; sa teneur atteint suivant les variétés 0,13 à 0,17 % de cette base.

Dans le germe du blé, la vitamine E de reproduction est particulièrement abondante et le pain, étant d'un usage quotidien, représente une source régulière d'apport abondant de cette vita-

mine. Il ne faut cependant pas tirer de son absence dans le pain actuel, les conséquences illégitimes que nous avons signalées.

On sait, depuis Castle, que le principe anti-anémie pernicieuse prend naissance au cours de l'action du suc gastrique (facteur intrinsèque) sur la viande musculaire (facteur extrinsèque). Ungley a montré que parmi les aliments, autres que la viande, pouvant renfermer le facteur extrinsèque, il faut placer le germe du blé, quoiqu'il en renferme proportionnellement beaucoup moins.

Il y a donc dans le grain de blé des substances qu'il y aurait intérêt à retrouver dans le pain.

La seconde question est essentielle. Ce n'est pas l'absence en soi, dans le pain, de certaines vitamines, de certaines diastases, de certains sels minéraux, dont l'homme peut trouver l'équivalent dans sa nourriture variée, qui importe le plus. Ce qui est indispensable pour la digestion et surtout pour l'utilisation tissulaire ultérieure des constituants alimentaires du pain, c'est que soient associés à ces constituants les diastases, les sels minéraux jouant le rôle de catalyseurs (« catalyseurs métalliques » de Lenglet), qui se trouvent soit dans le germe, soit dans l'assise protéique et qui leur correspondent physiologiquement. « Ce n'est pas seulement parce qu'une farine est riche en amidon qu'elle provoque des troubles intestinaux, qu'on a caractérisés sous le nom d'amidonisme, c'est que cette farine est privée des diastases, des vitamines et de certains minéraux de l'assise protéique » (Lenglet).

Nos aliments doivent, autant que possible, renfermer les facteurs nutritifs spécifiques qui s'y trouvent de façon naturelle et qui sont le mieux adaptés à l'assimilation des autres constituants alimentaires. L'harmonie de constitution du grain de blé doit être maintenue dans la mesure du possible dans le pain, pour que subsiste l'harmonie des phénomènes biologiques de la digestion et de l'assimilation.

Il faut donc que le pain conserve la majeure partie du gluten, des diastases, des vitamines, des sels minéraux du grain. Il faut qu'il soit « équilibré » (Bruère).

Voilà le nœud de la question et c'est à le trancher que l'on doit tendre quand on parle de « bon pain ».

A ce point de vue principal, il faut en ajouter d'autres, qui n'ont pas la même importance, au point de vue de la nutrition proprement dite, mais qui ont cependant leur intérêt au point de vue de la physiologie alimentaire.

L'aspect engageant du pain est un facteur d'appétit et de bonne digestion. On connaît, à ce sujet les belles recherches de Paulow.

Il faut reconnaître que le pain actuel présente un avantage sur le pain bis, à ce point de vue. Si le public s'est engoué pour le pain blanc, c'est que sa blancheur immaculée lui inspire confiance et qu'il passe pour être de qualité plus fine. Cet engouement, qui se perpétue depuis une cinquantaine d'années, disparaîtra peu à peu quand le public se sera rendu compte que le pétrin mécanique, dans une boulangerie bien tenue, évite les contaminations de la pâte et que la couleur bise uniforme est un signe de meilleure valeur alimentaire du pain.

Par contre, le pain blanc actuel est moins savoureux que le pain fabriqué avec une farine moins blutée. Cette qualité compense son défaut de blancheur. Le « bon pain » doit être savoureux, sans odeur aigrelette et bien entendu de moisi.

Il doit etre bien levé. La mie doit être élastique et revenir lentement à son premier volume, quand on la comprime entre le pouce et l'index. La question de la cuisson du pain présente une grande importance : lorsque la mie n'est pas cuite, elle est indigeste.

Il doit pouvoir rassir, se conserver facilement pendant plusieurs jours, avec les qualités qui viennent d'être indiquées, ce qui n'est pas le cas pour le pain blanc actuel qui se dessèche rapidement sans rassir.

Les Livres de la semaine

DESCHATRE (Henri). — **La santé des petits. Ce que toutes les mamans doivent savoir.** Coll. Vie Pratique. In-16. Br. : 12 fr. (*Hachette*).

GUÉPIN (Dr A.-J.). — **Colloïdité.** In-8. 111 p. Br. : 15 fr. (*Libr. Heywang*).

LINGME (Dr Georges). — **Pour apprendre à mieux vivre, conseils pratiques aux « nerveux »** (21,5/14). 216 p. Br. : 25 fr. (*V. Allinger*).

STEKEL (Wilhelm). — **La femme frigide.** Coll. Psychologie. 520 p. Br. : 24 fr. (*N. R. F.*)

Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 9 — 27 FEVRIER 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 24 février. — M. Arsonneau : Les pelvitomies dans un service de maternité parisien. — M. Gall : L'accouchement prématuré à la Maternité de Lariboisière de 1926 à 1936. — M. Sauvage : Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — Mlle Carlet : Histoire des idées sur la guérison des cavernes depuis Laënnec. — Mlle Helman : Formes cliniques de l'abcès latéro-pharyngien dans la petite enfance. — M. Deséglise : Les glandes à sécrétion interne dans les cirrhoses hépatiques.

25 février. — M. Gascon : Traitement ambulatoire des fistules ano-rectales. — M. Lobel : Valeur clinique de la sphygnioscopie rétinienne. — M. Cottenceau : Tuberculose pulmonaire et traumatisme du thorax. — M. Galup : L'asthme d'origine psychique.

27 février. — M. Chio Jen : Le choléra à Changaï dans les dix dernières années 1926-1935. — M. Devigneville : Etude critique de la fatigue musculaire et de la réglementation des heures de travail dans l'industrie. — M. Baulande : Le bain de lumière général et l'hydrothérapie dans le traitement des séquelles de rhumatismes.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Sénèque, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgical 1er mars 1937, à 17 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme. — Parois de l'abdomen, estomac, foie, pancréas.

Clinique médicale des Enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants, le mardi 2 mars 1937, à 9 heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins à 9 heures : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur. — Lundi et jeudi, à 10 heures : Policlinique par le professeur. — Mardi à 10 h. 30 : Leçon de médecine et de thérapeutique pratiques, par les chefs de clinique et de laboratoire. — Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence sur les maladies infectieuses, par M. Jean Cathala. — Vendredi, à 10 h. 30 : Leçon de dermatologie, par M. Léon Tixier. — Samedi, à 10 heures : Cours de clinique, par le professeur.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 8 avril 1937, à midi à la Faculté de médecine de Paris. Tous les internes des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris de 1re, 2e ou 3e année sont admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard, le 5 avril. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 17 mars inclusivement.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mercredi 7 avril 1937, à midi à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Ils devront déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 17 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1935, au plus tard, le 5 avril. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 17 mars inclusivement.

Cours pratique de sympathologie clinique. — Le Professeur Laignel-Lavastine, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Pasteur Vallery-Radot, Alajouanine, Paul Chevallier, Tinel, Bailliart, Justin-Besançon, Gallot, Vinchon, Largeau, Fay, G. d'Heucqueville, Madame Michel Gaultier, MM. Sambron, Nouaille et Fischer, fommencera le lundi 1er mars 1937, à 10 heures, à la Pitié, service 4, un cours pratique sur les actualités sympathologiques, en dix leçons avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours fait les lundis, mercredis et samedis à 10 heures, comprendra une introduction anatomo-physiologique par M. Laignel-Lavastine, une conférence et des exercices pratiques.

Ordre des leçons : Lundi 1er mars, M. Laignel-Lavastine : Anatomo-physiologie du sympathique (projections). — Mercredi 3 mars, M. Tinel : Circulation cérébrale. — Samedi 6 mars, M. Bailliart : Circulation rétinienne. — Lundi 8 mars, M. Pasteur Vallery-Radot : Migraine. — Mercredi 10 mars, M. Alajouanine : Arthropathies. — Jeudi 11 mars, M. Paul Chevallier : Urticaire. — Samedi 13 mars, M. Rosenthal : Sympathique des tuberculeux. — Lundi 15 mars, M. Justin-Besançon : Corps sympathomimétiques. — Mercredi 17 mars, M. Delherm : Physiothérapie des sympathalgies. — Samedi 20 mars, M. Laignel-Lavastine : Avenues actuelles de la sympathologie.

Clinique médicale de la Pitié. (M. A. Clerc, professeur.) — M. Clerc recommencera son enseignement le mercredi 10 mars à 11 heures (amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié) et le continuera selon le programme ci-dessous.

1° Tous les mercredis, à 11 heures, leçon à l'amphithéâtre des cours par le professeur.

2° Les lundis, mardis, jeudis, samedis, à 9 heures, conférence de séméiologie élémentaire par les chefs de clinique (salle des conférences).

3° Les lundis, jeudis, vendredis et samedis, à 10 heures, visite dans les salles, pavillon La Rochefoucauld (service 6).

4° Les lundis et jeudis, à 11 heures, radioscopie, électro et phono-cardiographie.

5° Les mardis, à 10 heures (salle de conférences, service n° 6) consultation spéciale des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Policlinique par le professeur.

6° Les vendredis, à 11 heures (salle de conférences) présenta-

tion de malades par le professeur ou les chefs de clinique. En outre, leçons sur un sujet d'actualité médicale, selon le programme ci-dessous.

Le 16 avril, M. RACHET, médecin des hôpitaux : Syndromes dysentériques. — Le 14 mai, M. MOUQUIN, agrégé, médecin des hôpitaux : Traitements actuels des artérites oblitérantes des membres. — Le 4 juin, M. HAGUENAU, agrégé, médecin des hôpitaux : Diagnostic des céphalées.

Ces leçons auront lieu dans la salle des conférences.

Gynécologie. — *Cours de perfectionnement*. — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, M. R. Palmer, M. R. Moricard, M. J. Guillot, M. P. Lejeune et Mlle M. Wolff, fera ce cours du lundi 8 mars au samedi 20 mars 1937, avec la collaboration de MM. L. Mallet, J. Pulsford, L. Bonnet et J. Longuet.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Le Professeur Mocquot, fera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 45 un exposé clinique sur les malades qu'il va opérer. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 8 mars, 9 h. 45 : Exposé clinique par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Opérations par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Consultation par M. PALMER. — 15 heures, M. PALMER : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 9 mars, 9 h. 15, M. LEJEUNE : Technique de la diathermie et des diathermo-coagulations. — 10 heures : Consultation, par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Opérations par les assistants. — 10 h. 30 : Electro-coagulations, par M. LEJEUNE. — 11 h. 30, M. MORICARD : Biopsies utérines (*projections*). — 17 heures, M. PALMER : Blennorragie. Métrites. Leucorrhées.

Mercredi 10 mars, 9 h. 15, M. PULSFORD : Technique des applications d'ondes courtes. — 9 h. 45 : Opérations, par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Consultation, par Mlle WOLFF. — 11 heures, M. LEJEUNE : Technique de l'hystéro-salpingographie au lipiodol. — 17 heures, M. MORICARD : Physiologie génitale. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 11 mars, 9 h. 15, M. R.-C. MONOD : Complications des kystes de l'ovaire. — 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique, par M. MORICARD. — 10 heures : Opérations par les assistants. — 10 h. 30 : Electro-coagulations, par M. LEJEUNE. — 12 heures, M. MALLET : Principes de curiethérapie. — 17 heures, M. GUILLOT : Rétro-déviations utérines. Prolapsus génitaux.

Vendredi 12 mars, 9 h. 15, M. PALMER : Technique de l'insufflation utéro-tubaire. — 9 h. 45 : Opérations, par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Consultation, par M. LEJEUNE. — 11 heures : Consultation de stérilité, insufflations tubaires par MM. PALMER et LEJEUNE. — 17 heures, M. PALMER : Myomes utérins. Conservation ovarienne.

Samedi 13 mars, 9 h. 15, M. PULSFORD : Technique de la radiothérapie des myomes utérins. — 10 heures : Examen des malades à opérer, par le Professeur MOCQUOT. — 11 heures : Leçon clinique, par le Professeur MOCQUOT. — 17 heures, M. LEJEUNE : Avortement et complications. Lundi 15 mars, LEJEUNE : Avortement et complications.

Lundi 15 mars, 9 h. 15, M. PALMER : Exploration urologique en gynécologie. — 9 h. 45 : Opérations, par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Consultation, par M. PALMER. — 17 heures, M. PALMER : Annexites. Abcès pelviens.

Mardi 16 mars, 9 h. 30, M. BONNET : Traitement chirurgical de la stérilité tubaire. — 10 heures : Consultation, par le Professeur MOCQUOT. — 10 h. 30 : Electro-coagulations, par M. LEJEUNE. — 11 h. 30, M. MORICARD : Examen histologique des lésions annexielles (*projections*). — 17 heures, M. LEJEUNE : Grossesse extra-utérine. Métrorragies.

Mercredi 17 mars, 9 h. 15, M. MORICARD : Technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine. — 9 h. 45 : Opérations, par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Consultation, par Mlle WOLFF. — 11 heures: Hystéro-salpingographies, par M. LEJEUNE. — 17 heures : M. GUILLOT : Cancers de l'utérus.

Jeudi 18 mars, 9 h. 15, M. PALMER : Technique de l'hystéroscopie. — 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique, par M. MORICARD. — 10 heures : Opérations par les assistants. — 12 heures, M. MALLET : Technique du traitement radiothérapique du cancer du col utérin. — 17 heures, M. LEJEUNE : Stérilités.

Vendredi 19 mars, 9 h. 15, M. LONGUET : Tuberculose stéro-annexielle. — 9 h. 45 : Opérations par le Professeur MOCQUOT. — 10 heures : Insufflations utéro-tubaires, par M. PALMER. — 10 heures : Consultation, par M. LEJEUNE. — 11 heures : Consultation de stérilité et insufflations tubaires, par MM. PALMER et LEJEUNE. — 17 heures, M. PALMER : Phénomènes douloureux.

Samedi 20 mars, 9 h. 15, M. PULSFORD : Technique de l'électrothérapie des métrites. — 9 h. 45 : Examen des malades à

opérer, par le Professeur Mocquot. — 11 heures : Leçon clinique, par le Professeur Mocquot. — 17 heures, M. Moricard : Pathologie et thérapeutique hormonales.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de clinique thérapeutique médicale.— M. le Professeur F. Rathery fera son cours de clinique thérapeutique tous les jeudis à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service par le Professeur F. Rathery :

Mardi et vendredi à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition. Rhumatismes. — Mercredi, à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

9 heures à 9 h. 30 : Tous les jours, leçon élémentaire de séméiologie par les chefs de clinique et les internes du service. — 9 h. 30 à 10 h. 30 : Visite dans les salles. — 10 h. 30 à 11 h. 15 : Les lundis, mardis, mercredis et vendredis, présentation de malades sous la direction du professeur, par MM. Boltanski, Kourilsky, Julien Marie et Mollaret, médecins des hôpitaux ; Mlle Dreyfus-Sée, MM. Derot, Doubrow, Jean Hesse, Hurez, Largeau, Moline, Pautrat, Sigwald, Thoyer, à la salle de conférence du service. — 11 h. 15 à midi : Examens spéciaux (facultatifs pour les stagiaires).

Consultations externes : assistants : Docteur Froment, Docteur Moline. — Mardi et vendredi, à 9 heures : Diabète sucré et maladies de la nutrition. Rhumatismes. — Mercredi, à 9 heures : Maladies médicales des reins. — Jeudi, à 9 heures : Examens des malades nouveaux.

Examen radiologique : Assistant, Docteur Piffault, mercredi.

Leçons du dimanche sur les thérapeutiques nouvelles. — Une série de dix conférences sur les thérapeutiques nouvelles sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le dimanche matin à 10 h. 30 à partir du 7 mars 1937.

Programme des conférences

7 mars, M. le Professeur F. Rathery : La thérapeutique insulinique dans le diabète sucré.

14 mars, M. le Docteur Delherm : Electro-radiologiste de la Pitié : Le traitement physiothérapeutique des rhumatismes chroniques.

11 avril, M. le Docteur Moline, ancien chef de clinique : La thérapeutique des eczémas.

18 avril, M. le Docteur F. Trémolières, médecin des hôpitaux : Le traitement de la colopathie muco-membraneuse.

25 avril, M. le Docteur A. Courcoux, médecin des hôpitaux : Le traitement de la pleurésie séro-fibroneuse.

2 mai, M. le Professeur Grégoire : Les indications de la splénectomie dans les affections médicales.

9 mai, M. le Docteur Chiray, agrégé : Le traitement de la soi-disant insuffisance hépatique.

23 mai, M. le Docteur Garcin, médecin des hôpitaux : Le traitement de l'épilepsie.

30 mai, M. le Docteur Cathala, agrégé : Le déséquilibre alimentaire et son traitement chez les enfants du premier âge.

6 juin, M. le Docteur M. Derot, ancien chef de clinique : Traitement du rhumatisme gonococcique.

Ces conférences sont libres, mais elles sont plus particulièrement réservées aux médecins praticiens.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1937-1938. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Sains-Pères, n° 49, à leur répartition dans les éablissements de l'Administration pour l'année 1937-1938, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937) : internes entrant effectivement en 4e et en 3e année, le mercredi 17 mars 1937, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le jeudi 18 mars 1937, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le vendredi 19 mars 1937, à 15 heures.

MM. les élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 15 avril 1937), le samedi 20 mars 1937, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1937) : ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1931), le lundi 19 avril 1937, à 15 heures ; de 5e année (ayant concouru

en 1932), le mardi 20 avril 1937, à 15 heures ; de 4e année (ayant concouru en 1933), le mercredi 21 avril 1937, à 15 heures ; de 3e année (ayant concouru en 1934), le jeudi 22 avril 1937, à 15 heures ; de 2e année (ayant concouru en 1935), le samedi 24 avril 1937, à 15 heures ; de 1re année (ayant concouru en 1936) du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le lundi 26 avril 1937, à 15 heures ; de 1re année (ayant concouru en 1936) du n° 201 à la fin (rang de classement au concours), le mardi 27 avril 1937, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Concours pour la nomination à dix-huit places de médecin de l'Assistance médicale à domicile. — Ce concours sera ouvert le mercredi 19 mai 1937, à 9 h. 30. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.)

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 15 à 17 heures, du mardi 20 avril au lundi 3 mai 1937 inclusivement.

Université de Lyon. — Au cours de l'année scolaire 1935-36, il a été délivré :

— Doctorat en médecine d'Etat : 147 diplômes (dont 9 à des femmes et 5 à des étrangers).

— Doctorat en médecine d'Université : 22 diplômes (tous à des étrangers).

— P. C. B. : 114 diplômes (dont 13 à des femmes et 12 à des étrangers).

— Diplôme d'Etat de pharmacien : 48 (10 à des femmes).

— Diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste : 37 (11 à des femmes).

— Diplôme d'Etat de docteur vétérinaire : 35.

— Diplôme de sage-femme : 40.

— Diplôme d'herboriste : 6 (4 à des femmes).

Université de Bordeaux. — *Chaire de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.* (Professeur H.-L Rocher.) — Le cours de perfectionnement d'orthopédie (orthopédie non sanglante et chirurgie orthopédique) aura lieu en 1937, du lundi 15 mars au samedi 20 mars à l'hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne.

Il comprendra, des conférences théoriques, des démonstrations opératoires, des présentations de malades et des exercices pratiques sur les grandes questions de l'orthopédie (malformations du squelette, déviations vertébrales, tuberculoses et infections ostéo-articulaires, paralysie infantile), par le Professeur Rocher, assisté de ses collaborateurs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 8 mars. Droits d'inscription : 200 francs. Exemption de ce droit pour les étudiants et les internes des hôpitaux de Bordeaux.

Fédération des Sociétés des sciences médicales de l'Afrique du Nord. — Le VIIe Congrès de la Fédération aura lieu à Alger, les 22, 23 et 24 mars 1937.

Il sera consacré à l'étude des typhus et pseudo-typhus, avec des rapports par MM. Burnet, de Tunis, Gaud, de Rabat, Blanc de Casablanca, Donatien et Lestoquard, Lemaire, Ferrari et Liaras, d'Alger.

Des conférences seront faites par MM. Hardy, recteur de l'Université d'Alger, Brumpt.

Plusieurs excursions facultatives et indépendantes ont été organisées : Tipasa et la Côte Turquoise, un jour 70 francs ; Bou Saada et les danseuses Ouled Naïl, deux jours 220 francs ; le Sahara : territoire des Oasis Ouargla Touggourt, retour par Biskra, et Timgad Constantine, douze jours : 1.500 francs ; Le Sahara : le tour du grand Erga occidental : Adrar, Timimoun, Fort Mac-Mahon, El Golea, quatorze jours : 2.650 francs.

Un forfait spécial de Marseille à Marseille, assurera aux congressistes les traversées, le séjour à Alger et les excursions de Tipasa et Bousaada pour 1.700 francs, en 1re classe, 1.475 francs en 2e classe, le tout avec excellents hôtels.

Réduction sur les chemins de fer français de 40 % au minimum.

Droit d'inscription au Congrès : 50 francs.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat général du Congrès : Laboratoire de parasitologie, Faculté de Médecine, Alger.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins colonels Grenier, de l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne, à l'E.-M. de la région de Paris ; Augé, de l'hôp. Dominique-Larrey, Versailles, sous-dir. de la 17e région ; Sergeant, de l'hôp. Scrive, Lille, sous-dir. de la 1re région.

Les médecins lieutenants-colonels Feuillé, de l'hosp. mixte de Verdun, à l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne ; Cazalas, de l'hôp. Scrive, à Lille, médecin-chef ; Debord, de l'Ecole prép. technique de Tulle, à l'hosp. mixte de Limoges.

Le médecin commandant Roques, de l'hôpital Broussais, à Nantes, à l'hôp. Dominique-Larrey, à Versailles.

Les médecins capitaines Létang, du 37e au 153e d'inf. ; Chauzy, des troupes de Tunisie, au 42e d'inf. ; Pascal, de la 3e légion garde rép. mobile, à l'Ecole prép. technique de Tulle ; Perrin, du 173e d'inf., à l'hôp. Rosaguti, Bastia ; Fourès, du 153e, au 37e d'inf. ; Labarthe, du 42e d'inf., à la base aér. de Bordeaux ; Tête, du 106e d'art., au 4e esc. du train ; Tissandié, des troupes du Levant, à la base aér. de Lyon-Bron ; André, de la base aér. de Lyon-Bron, au 73e bat. alpin de fort. ; Ramnoux, de la base aér. de Chartres, au 404e de déf. contre aéronefs ; Chiffot, du 73e bat. alpin de fort., à la 3e légion garde rép. mobile.

Le médecin lieutenant François, du 404e de déf. contre aéronefs, aux troupes du Maroc.

Association générale des médecins de France. — Le Doceur Christen, de Versailles, décédé le 30 novembre 1936, a légué une somme de 25.000 francs en faveur des confrères âgés et des veuves et orphelins secourus par l'Association. Ceux-ci ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste d'un généreux et regretté confrère qui a bien voulu se souvenir du rôle d'assistance de l'Association générale des médecins de France.

Voyage au Maroc de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé effectuera du 20 mars au 2 avril prochain, un voyage archéologique et touristique au Maroc, voyage placé sous le patronage des Services des Antiquités, des Beaux-Arts et des Arts indigènes du Maroc. L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Tanger, Casablanca, Mazagan, Safi, Marrakech, Rabat, Salé, Meknès, Mouley Idriss, Volubilis, Fès, Tlemcen, Oran, Port-Vendres.

Les inscriptions seront closes le 1er mars. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 35, boulevard Raspail, Paris (VIe).

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'amaurose transitoire par commotion cérébrale

Par MM.

Le Médecin-Colonel **FONTAN**, Sous-directeur de la 8e Région

et le Docteur **René BERGÈS**, Chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Toulouse

Au cours du mois d'avril 1935, nous avons observé un cas d'amaurose transitoire chez le médecin-lieutenant L... victime d'un grave accident d'automobile, qui remontait à quelques heures à peine lorsque nous vîmes le blessé ; ce dernier avait repris connaissance. Relativement calme sur son brancard, les yeux grand ouverts, il répétait avec insistance « Où suis-je ? Pourquoi n'y vois-je plus ? » La grande pâleur de son visage, la teinte un peu livide des lèvres, la soif qu'il accusait, le refroidissement des extrémités, la rapidité et la petitesse de son pouls témoignaient d'un état de shock sérieux.

Lorsque les injections d'huile camphrée, de sérum physiologique et les divers autres moyens thérapeutiques habituels eurent amélioré cet état inquiétant, on put examiner de plus près les blessures : une plaie de la région fronto-sourcilière gauche, une fracture de la cuisse du même côté, siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du fémur avec déplacement du fragment condylien en arrière et en haut, comme le montra la radiographie immédiatement pratiquée.

L'exploration de la plaie crânienne ne découvrit aucune fissure osseuse et la ponction lombaire ramena un liquide céphalo-rachidien absolument eau-de-roche.

Malgré la douleur de ses blessures, L... ne s'inquiétait que de la perte de sa vision. Cependant ses pupilles paraissaient normales, en très légère mydriase, réagissant à la lumière. Les mouvements oculaires avaient gardé leur intégrité. Malheureusement l'état du blessé nécessitant une intervention urgente, il ne fut pas pratiqué d'examen immédiat du fond d'œil.

Or, le lendemain, une amélioration se produisit et l'amaurose régressa progressivement, en sorte que, deux jours après, la vision reprenait toute sa valeur. Bien entendu, l'examen ophtalmoscopique à ce moment, ne décelait pas le moindre trouble papillaire ou vasculaire.

Par la suite il nous a été possible de noter la nervosité de ce traumatisé, ses tics et une agitation ressortant selon toute évidence de l'hystéro-traumatisme. Mais ne retenons que son amaurose transitoire, ici consécutive soit à l'état de shock, soit au traumatisme crânien.

Ce cas n'est pas unique ; aussi présenterons-nous d'abord un court rappel historique.

Historique. — Les troubles oculaires dans les traumatismes du crâne ne constituent pas une découverte récente. Déjà, Hippocrate avait remarqué que « *les lésions du sourcil causaient assez souvent de l'aveuglement* » par une sorte de phénomène réflexe ou sympathique, parti, pensait-il, des nerfs lésés au niveau du point frappé et transmis au nerf optique. Galien préconisait un collyre spécial ; de même David Armenicus. Enfin, dans le texte latin d'Ali Ben Issa on peut lire ceci : *Et accidit hoc ex casu super capud... Et est infirmitas que non curabitur nec habet curam* ». Plus près de nous, Sabatier (1830), Ribes, Dupuytren, Boyer, Chassaignac, etc., firent de telles observations, proposant d'ailleurs des explications pathogéniques diverses. En 1837, Sichel consacrait dans son *Traité de l'ophtalmie, la cataracte et l'amaurose* », une page à l'amaurose cérébrale traumatique. « La cécité que déterminent certaines lésions du crâne y disait-il, se classe naturellement parmi les amauroses cérébrales congestive, inflammatoire et asthénique. L'amaurose partage le caractère de l'affection cérébrale ». De son côté, en 1868, Knapp étudiait les aspects ophtalmoscopiques consécutifs aux fractures du crâne, aspects dus, selon lui, à des hémorragies des gaines optiques. Ses descriptions ont été complétées par celles de Manz (1872), Talko (1873) et Purtscher (1910).

Les cas examinés par Dupuy-Dutemps (1914), Canque et Teulières, Bougault et Thoral sont très particuliers ; de même ceux de Hartmann et Valat, où il existait des lésions traumatiques partielles du nerf optique (1926) ; ceux de Duverger et Spinnhirny, avec lésions d'atrophie (1923). Enfin, en 1923, Worms a consacré une intéressante revue générale aux séquelles visuelles subjectives des blessures du crâne, revue dans laquelle nous avons trouvé de très précieux renseignements. Signalons aussi les thèses de Firbach, de Garrido, de Brizais et le travail important de Velter (Cft. Bibliographie).

Mais ces divers auteurs ne parlent pas, ou peu, des amauroses transitoires. Celles-ci méritent cependant plus qu'une mention, comme en témoignent les publications de Lemière, de Bussy et de Coutela (Cft. Bibliographie). Aussi nous proposons-nous de les étudier plus longuement.

Etiologie. — Nous connaissons de multiples causes de cécité. Nous n'essaierons pas d'établir un parallèle entre toutes. Il se peut qu'il existe des traits communs entre la forme que nous envisageons et les cécités par certaines intoxications (quinine, optochine), par méningite séreuse, par compression du thorax ou par hémorragie (Terrien et Lelièvre). L'observation de Bailliart, concernant une malade qui présentait des crises de cécité, des troubles de la face et des extrémités rappelant la maladie de Raynaud, est, elle aussi, intéressante à noter. Ces perturbations paraissaient d'origine thyroïdienne, etc., etc...

Pour ce qui est des traumatismes crâniens et vertébraux leurs répercussions sur l'encéphale sont de deux ordres : la contusion et la commotion. La contusion peut accompagner la plaie pénétrante, la fracture directe irradiée ou non. Dans l'ébranlement cérébral ou commotion, il se produit, au dire de Verneuil, « des changements temporaires, souvent notables mais non durables, de simples désordres passagers caractérisés par une suspension temporaire des propriétés, usages et fonctions des parties ébranlées ».

Des troubles purement fonctionnels, ou en tout cas sans lésions nettement appréciables, caractériseraient donc la commotion. Ces troubles encéphaliques sont-ils à l'origine de l'amaurose transitoire dans les traumatismes crâniens ? Qu'elle est la pathogénie de celle-ci ?

Deux ordres de théories ont été imaginés : 1° les théories des lésions organiques ; 2° les théories des modifications fonctionnelles. Envisageons-les successivement.

I. — *Théories des lésions organiques.* — A la suite des traumatismes crânio-faciaux on a pu observer diverses modifications organiques des membranes profondes de l'œil, du nerf optique ou des voies rétro-chiasmatiques.

Ainsi, Lagrange a décrit les lésions d'ébranlement des membranes profondes de l'œil ; elles appartiennent au syndrome traumatique postérieur. De même, Purtscher, en 1910, créa le terme d'angiopathie rétinienne traumatique pour des lésions des parties centrales de la rétine dues à des traumatismes crâniens et vertébraux. Vogt et Knusel en ont rapporté trois cas : 1 fois les lésions étaient bilatérales, 2 fois unilatérales, sous l'aspect de foyers blancs, arrondis, larges de 1/4 à 1 d. papillaire environ ; l'amélio-

ration visuelle étant survenue progressivement, avec persistance toutefois d'un scotome en croissant.

Les lésions du nerf optique consistent soit en une atteinte directe du nerf optique par un projectile ou par une esquille osseuse (Chassaignac, Belin), soit en une compression par le canal optique, une collection sanguine ou, plus tardivement, par un cal osseux.

Certes, ces constatations expliquent un certain nombre de cécités unilatérales plus ou moins complètes et définitives ; mais elles n'expliquent évidemment pas les amauroses bilatérales passagères. Aussi ne les rappelons-nous que pour mémoire. Il convient toutefois de faire une exception pour les collections sanguines péri-optiques. Nous avons déjà vu quel rôle Knapp leur faisait jouer. Von Holder les a retrouvées dans maintes autopsies. Selon Parinaud, Bouveret, etc., elles résultent d'une hémorragie méningée qui, pour Cantonnet, est la conséquence d'une fracture ; mais ni Uhtoff, ni Rollet n'admettent, entre les deux, des rapports absolus.

Par ailleurs, dans les hémisphères, les voies optiques peuvent être comprimées (hémorragies) ou écrasées (enfoncement osseux). Or, dans ces cas, il s'agit rarement de lésions bilatérales mais de lésions unilatérales avec hémianopsie ; de plus, elles sont presque toujours définitives.

Enfin, à un degré moindre que ces altérations organiques si nettes, l'ébranlement cérébral entraînerait des modifications moléculaires du tissu nerveux. Ainsi trouverait-on : de l'hypertension, de la lymphocytose, de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, avec quelques hématies et une légère hyperhémie de la papille rapidement améliorée par la ponction lombaire (Babinski). Mais cet ébranlement moléculaire explique-t-il seul la cécité ? Nous ne le croyons pas.

II. — *Théories des troubles fonctionnels.* — Les théories qui se basent sur les troubles fonctionnels sont multiples. Hippocrate croyait à un réflexe parti des nerfs atteints par le traumatisme, Sabatier à une paralysie réflexe des nerfs ciliaires, etc., etc...

Plus récemment, Lemière expliquait l'amaurose par des troubles vaso-moteurs des zones visuelles corticales, troubles analogues à ceux du syndrome d'instabilité vasculaire décrit par Logre et Boutier. Selon Bussy, au contraire, il se produirait un spasme des artères rétiniennes, d'où anémie de la rétine ; tout se passerait au niveau du sympathique de l'œil et il s'agirait, en somme, de troubles physiopathiques ou réflexes. Ceci est-ce possible ? Oui, sans doute. Les troubles vaso-moteurs rétiniens ont été observés dans diverses circonstances et rappelons notamment l'observation de Cantonnet concernant une épileptique (Cft. *Bibliographie*).

Enfin, quelques auteurs ont parlé d'hystéro-traumatisme ou même d'hystérie tout court.

Ainsi les théories pathogéniques proposées sont multiples. Les diverses observations connues permettent-elles de faire un tri parmi elles et de n'en garder qu'une seule ? Il ne semble pas, car chaque auteur s'est précisément basé sur une observation pour élaborer sa théorie : celui-ci ne trouve pas de modification du fond d'œil, celui-là note de la stase papillaire, tel autre de la pâleur, tel autre enfin, ne trouve pas de modification locale mais insiste sur les antécédents nerveux du blessé. De sorte que chaque cas paraît illustrer une opinion. Il est bien certain qu'il ne peut s'agir de lésions marquées ; mais, vu le long trajet des neurones visuels, pourquoi ne pas admettre la possibilité de pathogénies diverses suivant le point intéressé ? Pourquoi ne pas admettre, en attendant les résultats de l'expérimentation, qu'il y a, tantôt anémie rétinienne, tantôt anémie et stupeur corticale, tantôt enfin hémorragie légère ?

Étude clinique. — Les troubles visuels consécutifs aux contusions crâniennes sont de divers ordres suivant leur pathogénie et suivant l'intensité de la commotion. Nous envisagerons surtout la cécité.

Un accident survient ; un blessé perd connaissance et, dès son réveil, constate avec stupeur qu'il est aveugle. Sa cécité est absolue et bilatérale ; il n'accuse même pas la perception lumineuse. Parfois cependant celle-ci n'est pas abolie ou même la cécité n'est pas complète : il y a seulement amblyopie plus ou moins prononcée, plus ou moins égale des deux côtés, ou encore simple rétrécissement du champ visuel.

L'état des papilles est lui aussi variable : Coutela dit qu'elles se contractent normalement, Bussy qu'elles sont en mydriase. Toutefois les réflexes ne disparaissent jamais complètement.

Il existe assez souvent un certain degré de blépharospasme (Bussy) et de convergence des globes (Coutela).

Pour Coutela il y a intégrité du fond d'œil. Mais Bussy note la finesse des vaisseaux rétiniens et la pâleur de la papille ; Lemière parle de papillite. C'est cette dernière que signalent la majorité des auteurs : hyperhémie de la papille, aspect variqueux de ses veines dilatées et irrégulières... Les hémorragies péripapillaires ne sont pas constantes (Priestley-Smith) et font surtout prévoir des troubles définitifs.

Le rétablissement de la vision se fait progressivement, en quelques heures ou en plusieurs jours (quatre heures, dix jours). Le blessé perçoit peu à peu les contours des objets, puis les couleurs et enfin les détails. Ce rétablissement peut aussi se faire par à-coups ou être d'abord incomplet : persistance de troubles divers (brouillards, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel, amblyopie...). Enfin, parfois, des lésions définitives, en foyer, cachées par l'amaurose transitoire, se manifestent après la régression de celle-ci dont elles apparaissent comme les séquelles.

Mais, à côté de l'amaurose transitoire, les auteurs ont observé des phénomènes visuels tout aussi transitoires : phosphènes et lueurs diverses, visions colorées, éblouissements, diplopies, asthénopies. Il existe enfin des troubles plus persistants : photophobie, myopie spasmodique, strabisme, etc...

Terminons en disant que Coutela groupe dans le *syndrome commotionnel oculaire* les troubles suivants : photophobie, cécité, amblyopie, rétrécissement du champ visuel.

Diagnostic. — Le diagnostic de cécité est fait par le blessé lui-même, sinon, au début, il est impossible. Aussi un grand nombre de cas ont-ils pu passer inaperçus, ce qui explique que ni Saint-Martin, ni Lavabré, ni Velter ne la signalent.

D'ailleurs, l'important et le difficile résident dans les diagnostics différentiel et pathogénique.

Le diagnostic différentiel devra certes s'efforcer d'éliminer la simulation et l'hystérie, mais aussi et principalement les amauroses non transitoires. L'examen clinique (étude des réflexes pupillaires, ophtalmoscopie, recherche des signes associés, ponction lombaire...) le permettra, dans une certaine mesure ; souvent, toutefois, il faudra attendre le verdict de l'évolution : ainsi pour la névrite rétro-bulbaire, pour la contusion de l'occipital dans laquelle, à la cécité immédiate et passagère, fait place une hémianopsie latérale.

C'est encore l'examen clinique le plus complet qui, seul, peut permettre un diagnostic pathogénique. En particulier, la connaissance des réflexes pupillaires et des modifications papillaires est nécessaire. Ainsi pourra-t-on porter un pronostic plus ferme et plus sûr.

Dans notre cas, l'intégrité des réflexes pupillaires, l'absence de modifications du fond d'œil malgré le siège frontal du traumatisme, (mais notre vérification a peut-être été trop tardive), le caractère bilatéral de la cécité... ont fait supposer, après le pronostic sombre du début, l'existence de troubles passagers d'ébranlement de la sphère visuelle corticale, sans qu'on ait pu toutefois en préciser la nature : spasme ? stupeur cellulaire ? etc., etc.

Pronostic. — Traitement. — D'après l'exposé précédent l'amaurose est transitoire et bénigne. Il faut seulement se

rappeler que l'amaurose traumatique peut se compliquer de lésions en foyer, récidiver de façon définitive après une courte guérison et être enfin, pendant quelques jours, le seul signe d'une lésion mortelle à brève échéance.

Contre la cécité transitoire tout traitement semble inutile. Toutefois, on pourra pratiquer une ponction lombaire et utiliser les médicaments vaso-moteurs locaux ou généraux, suivant la pathogénie. En somme, il faut surtout traiter l'état commotionnel et laisser dans leurs poussiéreux flacons les collyres de Galien ou d'Armenicus.

BIBLIOGRAPHIE

Bailliart. Les troubles visuels subjectifs chez les blessés craniocérébraux. *Soc. d'opht. de Paris*, année 1923. *Annales d'oculistique*, 1924, p. 382. — Barthélemy et Dufour. Troubles visuels qui accompagnent les blessures du lobe occipital. *Revue Méd. de l'Est*, 1910, p. 213. — Bergmann. *Volk. Klinische Vortrage*, 1881. — Bertein. Double lésion optique après traumatisme occipital. *Ann. d'ocul.*, 1926, p. 221. — Bolluck et Méricot de Treigny. A propos d'un cas de stase papillaire traumatique. *Soc. d'opht. de Paris*, 1921. — Bongault. Contribution à l'étude de l'hématome des gaines optiques. *Th.*, Paris, 1913. — Bouveret. Hématome du nerf optique dans l'hémorragie cérébrale. *Revue de Médecine*, 1895. — Brizais. *Thèse*, Paris, 1929. — Bunge. Augenspiedeldiagnose der Blutingen in der Sechnewenscheide. *Münchner Med. Woch.*, 1905. — Bussy. Amaurose transitoire chez les commotionnés. *Annales d'oculistique*, 1918, t. 155. — Caillaud. Double exophtalmie post-traumatique non pulsatile résorbée spontanément : atrophie optique grise. *Annales d'oculistique*, 1922. — Canque et Teulières. Ophtalmoplégie traumatique et atrophie optique. *Soc. d'opht. de Paris*, 1917. — Casali. Hématome des gaînes du n. o. *Archives d'opht.*, 1907. — Cause. Traumatismes de l'orbite. *Archives d'opht.*, 1908. — Coutela. Troubles visuels d'ordre commotionnel par traumatismes crâniens. *Annales d'ocul.*, 1917. — Dupuy-Dutemps. Pathogénie de la stase papillaire. *Thèse*, Paris, 1900. L'hémorragie des gaines du n. o. *Annales d'ocul.*, 1914. — Duverger et Spinnhirny. Traumatisme et atrophie du nerf optique. *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1923. — Gauch. Manifestations oculaires dans les fractures du crâne. — Gonin. Le diagnostic ophtalmoscopique des hémorragies intravaginales du nerf optique. *Annales d'oculistique*, 1903. — Hartman et Valat. Lésions traumatiques partielles du nerf optique au niveau du canal optique. *Société d'ophtalmologie de Paris*, 1926. — Israel. Atrophie optique simple d'un œil et stase papillaire de l'autre dans un cas de traumatisme crânien compliqué de méningite. *Ann. d'ocul.*, 1926, p. 773. — Jocqs. Les atrophies du nerf optique consécutives à un traumatisme de la tête. *Clinique ophtalmologique*, mai 1908. — Jost. Lésions du fond d'œil et du nerf optique à la suite d'un traumatisme de l'orbite. *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1925. — Kalt. Atrophie post-traumatique du nerf optique. *Soc. d'opht. de Paris*, 1910. — Lagrange et Valude. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*. — Lagrange. Des lésions d'ébranlement des membranes profondes de l'œil dans les traumatismes du crâne et de la face. *Ann. d'ocul.*, 1926, p. 81. — Liebrecht. Fracture du crâne et nerf optique. Nouvelles communicaitons. *Von Græf's Arch. f. opht.*, vol. 83, fasc. 3. — Manz. *Deutsche Arch. J. Klin. Medizin*, 1872. — Marquez. Cécités consécutives aux grandes hémorragies. *Archivos esp. de Enferm. del Aparato dig. y de la nutr.*, déc. 1925. — Monthus et Decourt. Amaurose après rachianesthésie. *Ann. d'ocul.*, 1922, p. 861. — Panas. Contribution à l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophtalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1876. — Picard et Dreyfus. Compression du thorax suivie de cécité bilatérale immédiate et définitive. *Soc. d'opht. de l'Est.*, 4 déc. 1927. — Rollet. Les hématomes des gaines du nerf optique. *Archives d'opht.*, 1908. — Slagolew. A propos des blessures indirectes du nerf optique. *Archives d'ophtalmologie* 1916-17. — Terrien. Troubles oculaires à la suite de traumatismes crânio-cérébraux. *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1926. Atrophies optiques post-hémorragiques. *Concours Médical*, 1936, p. 2627. — Thoral. *Thèse*, Paris, 1924. — Uhtoff. *Société d'ophtalmologie de Heidelberg*, 1901. — Valude. Atrophie optique traumatique. *Annales d'oculistique*, 1911, t. 146. — Velter. Les troubles oculaires dans les blessures du crâne. *Arch. d'opht.*, 1918, p. 17-91. — Vogt et Knusel. Lésions rétiniennes à distance de Purtscher par traumatisme crânien. *Klinische Monatsblaetter für Angenheilkunde*, 1921, p. 513. — Wiegmann. Deux cas de lésions du nerf optique à évolution insolite après un traumatisme du crâne. *Klinische Monatsblatter für augenheilkunde*, 1920, t. 64. — Worms. Les troubles visuels subjectifs chez les blessés crâniocérébraux. *Ann. d'ocul.*, 1923, p. 456.

Le diabète des tout petits

Par le Dr R. LIÈGE

Ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté

Les cas de diabète sucré survenant dans la petite enfance ne sont pas de constatation courante, aussi nous paraît-il intéressant de rapporter l'observation suivante recueillie à notre consultation de l'hôpital de la Glacière, et d'y joindre quelques commentaires sur les particularités du diabète des tout petits.

* * *

Gérard B... nous est adressé le 28 mai 1936 par notre confrère le Docteur Bonnemaison, de Maisons-Alfort, parce qu'il présente du sucre dans ses urines.

Gérard est né à terme le 5 février 1935 avec un poids de 6 livres 150. Il est donc âgé de 15 mois et 23 jours.

Il a été vacciné au B. C. G. à sa naissance.

On ne note rien de spécial dans ses antécédents.

Le père et la mère sont bien portants, leurs urines ne contiennent pas de sucre. La grand'mère maternelle qui nous conduit Gérard es elle-même bien portante.

Un frère de la mère est mort de tuberculose pulmonaire bien avant la naissance de l'enfant.

L'un des premiers troubles en date qui ait inquiété les parents est l'amaigrissement.

A dix mois Gérard pèse 10 kg., mais à 15 mois il ne pèse plus que 8 kg. 900.

Les urines, paraissant poisseuses et laisser sur le linge un dépôt sont examinées, le 13 mai. Cet examen révèle 60 gr. de glucose par litre.

Le 28 mai Gérard pèse 8 kg. 900 (1 kilo environ de moins que la moyenne de son âge) et mesure 76 cm. 1/2.

Les urines ne contenant pas d'acétone l'enfant est tout d'abord mis à la diète hydrique pendant quarante-huit heures.

L'aglycosurie se trouve réalisée.

On réalimente l'enfant avec un régime comportant 60 grammes d'hydrates de carbone. La glycosurie reparaît. Elle est de 37 grammes, puis de 61,20, puis de 67,50.

Conservant le même régime on commence le traitement insulinique à la dose de 20 unités cliniques par jour. La glycosurie diminue. Le 3 juin on note 6 gr. 25., le 6 juin 0 gr. 75, le 9 juin l'aglycosurie est à nouveau réalisée, mais le 17 juin on note 17 gr. 50 de glucose par litre d'urine. Pendant toute la durée du mois de juin on ne trouve pas d'acétone dans les urines, et la glycosurie reste minime oscillant entre des traces et un maximum de 27 grammes.

L'enfant a bon appétit. Son poids augmente. Le 2 juillet il pèse 10 kg. 600 et est emmené au bord de la mer.

A son retour l'état général est bon, l'enfant pèse 11 kg. 700 et mesure 80 cm. Le traitement insulinique a été poursuivi sans interruption. Il n'y a pas eu d'acétone dans les urines et la glycosurie, variable est toujours minime.

Au mois d'octobre on note un peu d'acétone dans les urines et la glycosurie augmente. Elle atteint 26 grammes, 36 gr., 42 grammes. L'enfant est perdue de vue.

* * *

En pratique le diabète infantile se rencontre le plus souvent à partir de cinq ans ; c'est de huit à quatorze ans que l'on observe le plus habituellement des enfants diabétiques.

Au-dessous de cinq ans le diabète est rare.

Dans les premiers jours de la vie les observations de nouveau-nés diabétiques sont exceptionnelles et discutables. Les observations déjà anciennes (1) de Ludwig, de Rossa, de Bell ne paraissent pas probantes; toutefois Kitselle a rapporté un cas de diabète survenu chez son propre fils à l'âge de 14 jours et dans une observation plus récente de Lawrence (2) le diabète survient chez un bébé de dix-huit jours.

(1) Citées par M. L. Baumel. — Le diabète sucré observé chez un enfant de six mois. Guérison. *Arch. de méd. des enfants*, p. 147.

(2) Lawrence. — Diabète avec gangrène chez un enfant de 18 jours *Arch. of Diseases in Childhood*, London, 1931, déc. p. 313.

Dans la pemière année de la vie quelques observations de nourrissons diabétiques ont été rapportées.

Dans un cas de J.-C. Shippers (1) le diabète est décelé chez un nourrisson de huit mois.

Dans la seconde année de la vie et jusqu'à cinq ans le nombre des cas observés augmente.

G. Roche (2) dans une thèse récente en groupe dix observations, toutefois ce n'est que dans deux cas que le diabète a été décelé dans le cours de la seconde année, une fois à vingt mois et demi, une autre fois à vingt-deux mois.

Dans une observation de Legendre (3) le diabète apparaît à 22 mois.

Dans le cas rapporté par Meslay (4) et Babonneix (4) le diabète est apparu à treize mois et dans les observations de Lenshupp (2) on trouve également un cas où la maladie a été décelée à cet âge.

La statistique de Wegeli qui sur 102 cas de diabète infantile n'en note que trois au-dessous d'un an, mais 26 de un à cinq ans, celle de Saunby qui sur 152 cas en note deux cas seulement au-dessous de un an mais 28 de un à cinq ans montrent bien la rareté du diabète dans la petite enfance et la fréquence beaucoup plus grande de cette maladie au delà de cette période de la vie.

Qu'il apparaisse chez des nourrissons ou chez des enfants plus âgés le problème étiologique que pose le diabète infantile est toujours le même ; l'influence de l'hérédité, des maladies infectieuses, de la syphilis, des traumatismes, d'une alimentation défectueuse, pourraient se discuter ici pour les tout petits sans plus de chances d'arriver à une conclusion ferme que pour le diabète infantile en général.

Signalons cependant l'existence d'un diabète héréditaire familial dont la connaissance de date déjà ancienne est due à Lion et Moreau (5) qui considèrent que le diabète infantile serait familial dans 23,5 p. 100 des cas ; tantôt tous les enfants d'une même famille sont atteints, tantôt une partie des enfants sont épargnés.

Cette notion est importante du point de vue de la pratique médicale journalière. Lorsque l'on décèle du sucre chez un enfant, il importe de faire pratiquer une analyse d'urines chez les frères et sœurs, chez les parents. Dans le cas de Gérard, enfant unique, cette recherche pratiquée chez les parents et grands-parents est restée négative.

Il convient de rapprocher de cette notion de diabète héréditaire et familial pour les mêmes raisons d'intérêt pratique la coexistence du diabète chez des jumeaux, faits plus récemment mis en évidence par Kuchens (6), Curtis (7), Bunic et Dougerthy (8).

Telles sont les quelques considérations utilitaires auxquelles prêtent la fréquence et l'étiologie du diabète des tout petits.

***

Du point de vue clinique il est certain que si l'on veut déceler le diabète dans la petite enfance, il faut, si rare soit-elle, en connaître la possibilité et savoir y penser devant certains symptômes peu fréquents à cet âge.

« Mutatis mutandis » le diabète des tout petits reproduit trait pour trait le tableau clinique du diabète de la seconde enfance.

Les symptômes du début sont variables.

Tantôt ce sont les troubles urinaires qui attirent l'attention des parents.

Les langes sont toujours mouillés. Les urines sont incolores.

Dans d'autres cas les urines sont poisseuses.

Si l'enfant est plus âgé et que la propreté se soit établie, l'énurésie constitue un symptôme assez souvent noté.

L'attention des parents est quelquefois attirée par la polydypsie qu'accompagnent souvent des troubles nerveux. L'enfant devient grognon, irritable ; il pleure continuellement, a une soif anormale, se jette sur le biberon avec avidité.

Chez le nourrisson la polyphagie se confond avec la polidypsie.

La stagnation de poids ou l'amaigrissement sont signalés dans nombre d'observations comme les symptômes ayant attiré l'attention.

Chez Gérard on a pratiqué une recherche de sucre dans les urines parce qu'elles laissaient un dépôt blanchâtre sur le linge, et que l'on surveillait attentivement l'enfant en raison d'un amaigrissement notable.

L'examen des nourrissons diabétiques pour être complet comportera comme chez les enfants plus âgés l'étude de l s glycémie, le dosage de la glycosurie, la recherche de corp cétoniques, la réaction de Bordet-Wassermann, l'étude de la réserve alcaline du métabolisme de base.

Toutefois il ne faut pas trop s'attarder à des recherches souvent difficiles en raison de la difficulté des prises de sang dans le jeune âge et il est prudent d'instituer aussi rapidement que possible un traitement par l'insuline.

Les observations de diabète du nourrisson parues avant l'ère insulinienne montrent en effet sa gravité plus grande encore à cet âge qu'à un âge plus avancé.

C'est un diabète avec tendance rapide au coma.

Les observations parues depuis l'ère insulinienne montrent par contre que convenablement traité, même chez de très jeunes enfants, le pronostic est bien meilleur.

Dans les deux cas de Lereboullet et Gournay rapportés dans la thèse de Mlle Roche où le diabète fut découvert dans le courant de la seconde année de la vie, grâce au traitement insulinique, l'un est en vie depuis cinq ans, l'autre depuis huit ans.

Le Prof. P. Nobécourt (1) dans une récente leçon clinique présente à l'âge de 5 ans une fille chez laquelle le diabète a débuté à vingt-trois mois.

***

Du point de vue du diagnostic le Prof. P. Lereboullet écrit ici même en 1933 : « S'il faut savoir découvrir le diabète du jeune enfant là où il existe réellement il faut aussi se garder de le voir là où il n'existe pas ».

Certaines erreurs sont à éviter : les glycosuries transitoires les galactosuries.

Pour notre part, nous avons observé en clientèle de jeunes enfants dans les urines desquels on trouvait 2 gr. 50, 3 grammes de sucre. La simple réduction du sucre alimentaire suffisait à faire disparaître une glycosurie que l'on ne retrouvait pas dans les années suivantes.

En pratique comme l'a indiqué Lépine on ne saurait parler de diabète que si la glycosurie dépasse 10 grammes par litre à plusieurs analyses consécutives.

La galactosurie disparaît d'après Mlle Roche en remplaçant le lait par la farine et le thé additionnés de glucose.

Comme le diabète de la seconde enfance le diabète des tout petits nécessite un régime et un traitement insulinique. Comment établir l'un, comment conduire l'autre ?

---

(1) SCHIPPERS. — Diabète sucré chez un enfant de huit mois traité par l'insuline. *American journal of Diseases of Children*, 1925, n° 2, p. 337.

(2) G. ROCHE. — Contribution à l'étude du diabète sucré chez les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Thèse Paris, 1933.

(3) LEGENDRE. — Diabète suraigu survenant chez un enfant de 22 mois. *Arch. de méd. des enfants*, 1901, p. 157.

(4) MESLAY et BABONNEIX. — Diabète chez un nourrisson. *La Pédiatrie pratique*, 15 juillet 1920.

LENSHUPP. — Quelques observations sur le diabète sucré pendant les premières années de la vie. *Arch. Paediatrica*, avril 1928, p. 130.

(5) LION et MOREAU. — Diabète infantile familial *Arch. de Méd. des Enfants*, janvier 1909.

(6) KUCKENS. — Diabète chez deux jumeaux univitellins. *Kleinsche Woch*, n° 48, 1923.

7) CURTIS. — Diabète chez les jumeaux. *Boston Journ. Amer. medic. Assoc.*, 23 mars 1929.

(8) BUNIC et DOUZERTHY. — Diabète chez les jumeaux (cinq cas). *Atlant. journ. of the Amer. medic. Assoc.*, 5 janv. 1929.

(1) P. NOBÉCOURT. — A propos d'une fille de cinq ans atteinte d'un diabète sucré ayant débuté à 23 mois. Glycosurie faible pendant la première phase ; hépatomégalie et ralentissement de la croissance staturale. *Le Concours Médical*, n° 48, 29 nov. 1936.

LEREBOULLET. — Le diabète sucré des jeunes enfants. Etude clinique et thérapeutique. *Progrès Médical*, 21 oct. 1933.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XV°)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Un enfant encore au lait est diabétique. Quel régime convient-il de lui donner ?

La base du traitement, réduction des hydrates de carbone est difficile à réaliser pendant la première enfance.

En pratique, à la période d'allaitement on laissera l'enfant au lait de femme ou au lait de vache. Si l'enfant est à un lait condensé ou à un lait sec on utilisera de préférence des laits riches en graisse et pauvres en sucre. S'il est nécessaire on remplacera le lait par du babeurre que l'on peut ou non additionner de beurre.

A la période du sevrage s'il est possible on fixera la tolérance aux hydrates de carbone.

Celle-ci se révélera souvent faible, or la nécessité d'une ration suffisante d'hydrate de carbone est nécessaire à la croissance comme l'ont établi Nobécourt, Lereboullet, Mouriquand. Par conséquent pour bien faire il ne faut pas trop diminuer cette ration et le problème se ramène à savoir quelle est la quantité d'insuline nécessaire pour faire tolérer au bébé la ration d'hydrates de carbone nécessaire à sa croissance.

On y arrive par tâtonnement en commençant par des doses faibles que l'on augmente progressivement.

L'on a cependant peu d'intérêt à augmenter les doses d'insuline pour arriver à l'aglycosurie, car la persistance d'une légère glycosurie permanente ou intermittente constitue une soupape de sûreté qui peut permettre d'éviter des accidents d'hypoglycémie.

Pendant les cinq mois que nous avons suivi Gérard il n'y a pas eu d'incident ; par ailleurs, le poids et la taille se sont accrus normalement.

ACTUALITÉS

Considérations sur certains points relatifs aux études de médecine [1]

Par Pr. MERKLEN
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg

IX. Coup d'œil d'ensemble

Si l'enseignement médical voulait répondre aux critiques, trop souvent systématiques, qui lui sont adressées, il pourrait dire que l'arbre se juge à ses fruits. On s'accorde à reconnaître que les médecins français sont le plus souvent à hauteur de leur tâche, opinion qui se confirme dès qu'on a l'occasion de fréquenter un assez grand nombre d'entre eux. Mais ce n'est pas, insistent certains esprits, à leurs études qu'ils sont redevables de leurs connaissances ; c'est la pratique qui leur a enseigné ce qu'ils savent. Si oui, remarquons que la pratique ne leur aurait rien appris de bien solide sans leurs acquis antérieurs. Comment donc oublier que l'essentiel des études est de meubler le cerveau de façon à le rendre apte à se meubler ensuite par lui-même ?

Vous dites qu'on n'a pas tout enseigné au médecin dans les Facultés. Comme si on pouvait tout lui exposer ! Quel est à l'inverse l'examinateur qui exigerait que le candidat ait creusé toute la branche sur laquelle il l'interroge ?

(1) Voir *Progrès médical*, 2, 16, 23 janvier, 6, 13 et 20 février 1937.

Les études médicales sont ainsi agencées qu'un étudiant qui travaille régulièrement chaque jour, en s'en référant aux obligations du programme, offre de fortes chances de passer ses examens sans coup férir. Mais on doit se demander si le programme ne le surcharge pas en examens. Dans la *Liberté* du 7 mars 1911, M. François de Tessan dit avoir interrogé Gustave Le Bon sur les réformes à introduire dans l'enseignement supérieur, qui répondit, comme il l'eût fait encore aujourd'hui, que « en France nous vivons pour passer des examens ». Vérité assurée. « Et puis, ajouta-t-il, quand nous avons triomphé dans un concours, nous occupons le reste de notre existence à désapprendre les formules qui ont encombré le début de notre carrière ». Nouvelle vérité.

Pensez au nombre de jurys que doit aborder l'étudiant en médecine jusqu'à la fin de ses études. Cette répétition finit par exercer sur lui une véritable tension, surtout si, ce qui est fréquent, il a quelque prédisposition anxieuse (1). Est-ce qu'on lui laisse le temps de réfléchir à ce qu'il emmagasine et ne bride-t-on pas jusqu'à un certain point sa personnalité ? En voulant lui faire parcourir tous les cycles de la science médicale, grands et petits, obéit-on toujours à son intérêt ? Question importante qui vaut qu'on y réfléchisse.

De même à la répartition des examens, qui ont souvent lieu très tôt dans le cours de l'année scolaire. Je me rappelle qu'étant doyen ce fut un de mes étonnements (j'avais eu le tort de n'y avoir pas pris garde auparavant) de devoir consentir dès le début de juin à des examens de fin d'année, et je mesurais les distances de juin au novembre passé et au novembre à venir. Il y a même dans certaines Facultés des examens en mai, paraît-il, ce qui comporte un risque pour les reçus de six mois de vacances. Certains étudiants enfin ont droit de se prévaloir de la possibilité de passer en juin et juillet leur cinquième examen, leurs trois cliniques et leur thèse, et ils y réussissent. Entre nous soit dit, mieux vaut ne pas trop ébruiter au dehors de pareils tours de force ; on pourrait nous interroger sur leur valeur. Fort heureusement la sixième année prendra-t-elle à sa charge les examens de clinique et la thèse.

Les étudiants, aussitôt prises leurs inscriptions initiales, manifestent le désir d'être conduits près des malades ou le regret de ne pas l'être. Ils soulèvent ainsi, sans le savoir, une question souvent discutée où s'affrontent deux méthodes.

L'une, la française, consiste à les jeter dès la première année dans la clinique. L'autre, allemande et américaine, demande que la pathologie ne soit étudiée qu'après connaissance du normal ; elle a été préconisée chez nous par Leriche.

Cette seconde manière a pour elle la logique. Si la logique avait toujours raison, beaucoup de choses seraient simplifiées, et ici notamment il serait inutile d'aller plus loin. Mais la logique est souvent entravée par une série d'éléments adjacents qui ont bien leur intérêt. Ainsi l'expérience montre que le jeune étudiant ne perd pas les heures de la première année consacrées à la clinique : c'est le fait. Pendant quelques mois il commence par nager, selon une expression qui lui est assez chère ; puis peu à peu il voit quelques linéaments se dessiner dans le bloc et assez vite alors, la deuxième année et les suivantes, la forme prend tournure.

Pourquoi dès lors retarder ce travail de cristallisation progressive ? Est-il nécessaire d'avoir appris le métabolisme des hydrates de carbone pour retenir les signes cardinaux du diabète ? A son heure viendra la physiologie pathologique. A son heure aussi la pathogénie, cette

(1) En province les élèves sont en général beaucoup plus connus des professeurs qu'à Paris. Ainsi à Strasbourg en ai-je rencontré plusieurs aux examens avec qui j'étais en relations quotidiennes et qui travaillaient très convenablement. Ils étaient fort capables d'être reçus et ils l'étaient en effet. Quoique les circonstances leur fussent aussi favorables que possible, ils arrivaient en proie à l'invincible trac.

partie mouvante de la médecine qu'on ne saurait aborder sans mûre acquisition des bases indiscutées.

A supposer que je fasse erreur, resterait le commerce de plusieurs mois de malades, dont la perte serait réelle pour le débutant. Car il y a des images qui à ce moment se fixent en lui, des aphorismes qu'il écoute et retient, des données qu'il saisit et garde pour les comprendre dans la suite.

Je ne parle pas des raisons secondes malgré leur valeur, pour insister sur ce fait que la clinique de première année vaut, plus que toute autre, ce que vaut l'enseigneur. Il est des médecins pour se plaindre que le jeune étudiant n'acquiert rien ; et, quand on suit leur service, on s'aperçoit qu'ils omettent d'enseigner, ou tout comme. Un peu de flamme leur serait en effet nécessaire ; sinon la répétition des règles de la grammaire médicale risquerait de les précipiter dans le fastidieux. La récompense est dans la reconnaissance témoignée par le néophyte, tout heureux d'être épaulé et qui — ceci domine toutes les logiques — n'oublie pas ce qu'on s'est donné la peine de lui inculquer.

L'éducateur doit aussi ne pas négliger d'instituer un plan de travail, accédant en cela au vœu du Professeur Chavigny qui réclame que nos Facultés aient le souci de veiller à l'organisation du labeur des élèves. A côté des éventualités cliniques, il doit fournir dès le début à l'étudiant un raccourci des syndromes et des affections morbides courants, présenté avec méthode. Il doit en même temps lui enseigner la séméiologie sous toutes ses formes, lui montrant comment on touche, percute ou ausculte, lui apprenant à reconnaître les lignes essentielles d'une figure de radio, lui expliquant la façon de rechercher les principaux constituants d'une urine, etc... Cette technique de début est trop souvent négligée ; elle contient cependant le germe de la pratique du futur médecin sur laquelle son influence est décisive.

Toutes ces données reviennent à dire que la clinique doit être éclairée par la pathologie et guidée par la séméiotique. Dans le même sens il est nécessaire d'inciter sans cesse les élèves à la lecture réfléchie des chapitres relatifs aux malades examinés à l'hôpital et de les obliger à déterminer eux-mêmes les signes objectifs des entrants.

Il est inconcevable que des gens cependant intelligents perdent de vue que la pathologie est la base de la science comme de l'art médical. Nous a-t-on assez raconté que la clinique hospitalière doit suffire à former l'étudiant ? Or elle ne le forme solidement que s'il s'est familiarisé avec la pathologie. Aucun inconvénient à faire marcher les deux de pair ; mais, s'il doit y avoir priorité dans le temps, la pathologie d'abord. Entendre un souffle d'insuffisance mitrale en ignorant qu'il traduit un reflux systolique du sang, palper une ascite cirrhotique sans être renseigné sur l'hypertension portale, suivre une pleurésie sans en connaître l'évolution normale, c'est agir en empirique et non en médecin. Pourquoi de pareilles choses ont-elles besoin d'être répétées ? Autant se lancer dans un problème d'arithmétique avant d'avoir appris les quatre règles.

A lire certaines publications, on les voit incriminer les études cliniques. Parlant d'insuffisance de notions biologiques, de manque de stimulation à la recherche, d'emprise de la clinique sur le laboratoire, elles avancent que la clinique précoce serait responsable de la situation actuelle du labeur scientifique médical.

J'avoue ne pas saisir la filiation, et je ne suis nullement disposé à faire de la clinique le pelé, le galeux dont nous vient tout le mal. Il ne faut pas tirer des faits telles conséquences qu'ils ne comportent pas. Les programmes sont réglés de façon à ce que le temps d'hôpital ne nuise en rien à celui consacré aux études biologiques. Avec quelque surcharge, dira-t-on. Sans doute ; mais les étudiants qui s'en plaignent réclament tous plus de clinique et moins de biologie. Enfin fait dirimant : il y a des hommes de laboratoires éminents qui ont été des roupions ni meilleurs ni pires que leurs camarades.

Il est bon de conseiller à l'étudiant de fréquenter un assez grand nombre de maîtres durant son séjour dans les Facultés et les hôpitaux. On gagne à colliger les interprétations diverses d'un même fait, à entendre mettre en relief tel autre laissé jusque-là dans l'ombre, à envisager la nature et l'évolution d'une maladie sous des angles sinon opposés, du moins variés. Il n'est pas excellent de n'avoir été le lecteur que d'un seul livre. Cela n'empêche pas l'élève de s'attacher avec dilection à un homme qui l'aura particulièrement séduit et avec qui il se sent en sympathie ; cette action directe lui est d'un grand bénéfice. Il a intérêt d'autre part à fréquenter les uns après les autres de grands services, où l'enseignement est distribué sur une large échelle avec des possibilité de technique de laboratoire, d'instrumentation, etc., et des services plus petits, où le contact immédiats des malades est bien plus aisé comme celui du chef de service.

Bien des étudiants profitent d'une partie des vacances pour compléter leur fréquentation hospitalière. Les grandes vacances universitaires amputent à elles seules quatre mois sur douze ; on comprend donc, en les félicitant, les étudiants ni internes ni externes qui sentent l'insolite de la solution et consacrent à l'hôpital un temps dont il ne leur est pas demandé compte. Si, au lieu d'entrer dans les Facultés, nos élèves avaient abordé le commerce, l'industrie ou d'autres occupations, ils auraient eu quinze à vingt jours de repos. Dans l'*Informateur médical* du 15 novembre 1931 le Professeur Vanverts compte que le temps chaque année consacré au travail en médecine est inférieur à celui des congés. Dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* de mars 1936 le Docteur Robert Sorel fait remarquer que les magasins, les chemins de fer, les usines et les hôpitaux sont ouverts toute l'année. Il convient de transcrire ici les lignes de Doyen Spillmann (*loco citato*) :

« Les vacances légales ont lieu du 1er août au 1er novembre, mais l'interruption des cours, cliniques et travaux pratiques est, en réalité, d'une durée très supérieure. Les examens dits de fin d'année bouleversent complètement la fin de l'année scolaire. Dans les Facultés un peu importantes, les examens commencent dès le 15 juin et je ne suis pas très sûr que cette date ne soit sensiblement avancée dans certains grands centres. Dès que la période des examens est ouverte, les enseignements chôment, les stages sont virtuellement supprimés. Aux trois mois normaux de vacances s'ajoute donc un mois et demi pendant lequel la scolarité régulière est suspendue. Nous arrivons ainsi à un total de quatre mois et demi auxquels vont s'ajouter 10 jours au moins au nouvel an, et 15 jours à Pâques, soit 25 jours, ce qui donne 5 mois et 10 jours. En ajoutant encore à ce chiffre les 15 premiers jours de novembre et les quelques congés dus aux fêtes légales et aux événements tristes ou gais survenus au cours de l'année, on arrive péniblement à 6 mois d'enseignement, dont il faut défalquer 24 dimanches. En résumé, les Facultés de Médecine donnent environ 160 jours d'enseignement par an qui sont divisés, ô dérision, en deux semestres de 80 jours ouvrables chacun. Il est impossible de faire du bon travail en un espace de temps aussi court et il est urgent d'enrayer cette débauche de congés. »

Surtout, ajouterons nous, dans l'apprentissage d'une profession qui exige que celui qui l'exerce ait beaucoup vu. On en arrive toujours au point essentiel : mettre l'étudiant à même d'examiner le plus de malades possibles.

L'Administration universitaire est très au courant de cette nécessité, qui n'a pas échappé aux efforts d'amélioration qu'elle a réalisés ces dernières années. Elle veut que « tous les stagiaires soient associés, obligatoirement à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital dans la mesure et avec les moyens propres à chaque faculté » (art. 14).

Force est d'avouer que la pratique de ce réglement se heurte à des difficultés presque insurmontables. Nul doute que la préparation idéale de la clientèle voudrait que le

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique, par A. Policard. Un volume de 214 pages, avec 25 figures, 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage, dont l'auteur a publié déjà d'importants travaux sur la physiopathologie de l'os, envisage surtout l'articulation proprement dite, la diarthrose, à l'état normal. Cependant, entre la vie normale et la vie pathologique d'un tissu, aucune limite précise n'existe. Aussi divers problèmes de pathologie générale articulaire sont-ils évoqués ici, spécialement en ce qui concerne les mécanismes de production des troubles locaux, générateurs des symptômes accusés par les malades.

De plus en plus, en pathologie, on se trouve ramené au tissu. C'est dans le plan du tissu que se déroulent les processus pathologiques élémentaires qui déclenchent des perturbations dans le plan de l'organe. Cet ouvrage sur la constitution intime des articulations et sur leur histophysiologie deviendra donc indispensable aux cliniciens qui veulent éclaircir tous ces chapitres encore si troubles de la pathologie.

Dans le nombre immense des travaux consacrés aux articulations, l'auteur a fait un choix de références et donné celles qui correspondent aux travaux cités dans chaque chapitre.

Les hémorragies utérines avant et après la ménopause, par Claude Béclère. Un volume de 210 pages avec 68 figures, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage de M. Claude Béclère, basé sur l'étude minutieuse de plus de 150 observations établit sur une base solide des faits nouveaux longuement vérifiés.

« Avant la ménopause », 70 p. 100 des hémorragies sont d'origine fonctionnelle et dues à un trouble hormonal de l'ovaire. Il est inutile d'opérer ces femmes, le traitement médical a jusqu'ici peu d'action, c'est le triomphe de la rœntgenthérapie. Mais 30 p. 100 des malades présentent « des lésions cachées » utérines ou salpingiennes, qu'il est indispensable de dépister précocement pour leur appliquer immédiatement le traitement chirurgical. L'auteur montre en particulier que le « cancer du corps de l'utérus » est à cette période nettement plus fréquent qu'il n'était jusqu'ici classique de le dire.

Par contre, « après la ménopause » ce même cancer du corps de l'utérus ne s'observe pas dans 95 p. 100 des cas comme certains l'affirmaient : en réalité il n'existe que chez « la moitié des malades ». Les autres présentent de simples « lésions bénignes » justiciables d'un traitement médical ou diathermique.

L'auteur décrit en détail les méthodes qui permettent de diagnostiquer ainsi les diverses causes des hémorragies utérines. Une interrogatoire minutieux en est la base, un syndrome clinique très fréquent et jusqu'ici méconnu est un guide précieux. Mais « l'hystérosalpingographie » et le « curettage biopsique » sont indispensables pour établir avec certitude le diagnostic que la simple clinique ne permet même pas toujours de soupçonner.

En somme la métrorragie, si elle n'est pas due au cancer, peut être due à une lésion bénigne du corps utérin : métrite, polype, fibrome. Elle peut même se produire sans que la cavité utérine soit le siège d'une lésion quelconque. Si bien qu'aux métrorragies lésionnelles, le Docteur Claude Béclère oppose les métrorragies fonctionnelles, imputables à un trouble de la fonction ovarienne. C'est le nouveau côté de la question. Son intérêt n'est pas seulement spéculatif, il est aussi d'ordre pratique car il oriente la thérapeutique vers des voies nouvelles.

Divers

Aromathérapie. *Les huiles essentielles. Hormones végétales*, par R.-M. Gattefossé. Un volume 188 pages. Prix : 20 francs. Girardot et Cie, éditeurs, 27, quai des Grands-Augustins, Paris.

L'auteur établit que les produit aromatiques ont dans les végétaux, un rôle prépondérant pour la formation des tissus, des organes de reproduction et pour la défense contre les agents extérieurs. Les animaux sécrètent d'ailleurs aussi des odeurs, celles-ci sont repoussantes dans les cas de maladies ou de décomposition et sont au contraire agréables, dans l'état de santé, dans l'excitation sexuelle et dans certaines conditions psychologiques. Aux hormones odorantes des animaux nidoriens ou de tous les animaux en général, et de l'homme en particulier, il est possible de substituer les huiles essentielles, hormones végétales, dans des buts déterminés : inoffensives par surcroît, elles peuvent être la base d'une thérapeutique très étendue, car leur nombre est considérable et leurs propriétés spécifiques sont extrêmement variées.

Les Thermidoriens, par Georges Lefebvre. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e^). Broché : 13 francs.

La période thermidorienne a suscité moins de travaux historiques que celles de la Constituante et de la Convention. Elle est pourtant d'un grand intérêt. L'abandon progressif du Gouvernement révolutionnaire sert pour ainsi dire de contre-épreuve à qui veut apprécier la raison d'être et l'efficacité de ce Gouvernement : en abandonnant ses méthodes, les Thermidoriens se sont mis hors d'état de maintenir l'assignat, d'assurer le ravitaillement, de poursuivre la guerre et de conclure la paix générale. Au point de vue économique, la période offre aussi le spectacle du passage progressif d'une économie dirigée à l'économie libre, et de toutes les difficultés que présente cette nouvelle adaptation.

Mais l'intérêt principal de l'ouvrage est de replacer l'époque dans le cours général de l'histoire et de montrer que les Thermidoriens se sont

appliqués à renouer la tradition de la Constituante par la Constitution de l'an III ; d'un côté, en revenant à un régime électif et libéral ; de l'autre, en rendant aux « notables » la prépondérance politique, administrative et sociale. En même temps, l'inflation, en affaiblissant la fortune acquise, qui était surtout l'apanage des partisans de l'ancien régime, a fortifié en définitive la bourgeoisie révolutionnaire. Des deux tentatives, la première était prématurée, et la Constitution de l'An III n'a pas tardé à faire place à une nouvelle dictature ; mais la seconde a réussi et Bonaparte n'a pu que la consacrer.

De la période thermidorienne, on ne retient souvent que la réouverture des salons, la corruption provoquée par la spéculation, le désordre des mœurs, M. Georges Lefebvre a remis en pleine lumière ses caractères profonds, au point de vue politique, économique et social. Son étude, complétant avec la même objectivité scientifique les trois livres d'Albert Mathiez, rendra de grands services aux étudiants et apportera au grand public une des plus sûres relations de cette période révolutionnaire.

La sensibilité révolutionnaire (1789-1794), par Pierre TRAHARD. Un vol. 8° carré, planches hors texte, 30 francs. Boivin, édit., 3, rue Palatine, Paris.

Après avoir consacré quatre volumes aux *Maîtres de la sensibilité française au XVIIIe siècle*, M. Trahard tire la conclusion logique de cette étude. Si, en effet, la Révolution de 1789 ouvre une ère nouvelle dans l'histoire de l'humanité, elle a été conçue d'abord, réalisée ensuite par des hommes de l'ancien Régime, en qui revit l'hérédité du XVIIIe siècle. Des rapprochements avec la révolution russe de 1917 et avec les théoriciens révolutionnaires étrangers éclairent cette tragédie, et montrent que le problème de l'Homme et de la Révolution, envisagé dans toute son ampleur, reste un problème actuel, un problème de l'avenir.

Anthologie des poètes latins des origines au VIe siècle après J.-C., par Maurice RAT. Deux volumes in-16 de 748 et 680 pages. Librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe). Chaque volume, broché, 25 francs.

C'est la première fois qu'un éditeur publie un Florilège de la poésie latine aussi considérable par ses proportions et aussi diligemment présenté.

Ce vaste répertoire, qui apporte un utile complément à la collection renouvelée des classiques Garnier et qui embrasse dix siècles consécutifs, offre un choix de 68 poètes, dont certains n'avaient jamais été traduits avant ce jour. Il va d'Appius Claudius, « l'initiateur », à Fortunat qui fut, au seuil du Moyen-Age, « le dernier représentant des Muses d'Ausonie ».

La place faite à chaque poète est proportionnée à son importance. Le texte latin, établi d'après les derniers résultats de la critique contemporaine, est placé vis-à-vis de sa version française. Pour chaque auteur une notice succincte, mais substantielle, qu'accompagnent la liste des témoignages anciens, celle des principaux ouvrages à consulter, celle des principales éditions critiques et des meilleures traductions, enfin diverses épigraphes propres à piquer l'esprit du lecteur.

Le nom de Maurice Rat, qui a déjà donné, dans la collection des classiques Garnier, des traductions réputées de Catulle, Tibulle et Properce (Prix triennal Jules Janin 1932, à l'Académie française) et plus récemment des poèmes mineurs de Virgile (prix Langlois 1936) est un sûr garant des mérites de cette anthologie, destinée à mieux faire connaître et aimer la poésie latine, « mère de la nôtre et qui nous à transmis tous les sucs de la Grèce ».

Louis II de Bavière. *La légende et la vérité* (1845-1886), par Aldo OBERDORFER. Traduit de l'italien par Albert FALCIONELLI. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 22 gravures hors texte, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La vie fantastique du roi Louis II de Bavière, que de lourdes hérédités condamnaient à la folie, a été souvent étudiée et a provoqué bien des controverses. La nouvelle biographie que consacre à Louis II M. Aldo Oberdorfer, l'historien italien de Richard Wagner, sépare la vérité de la légende et, grâce à une subtilité psychologique remarquable, éclaire définitivement d'une lumière cruelle, impitoyable, ne laissant rien dans l'ombre, cette figure morbide. L'auteur s'est basé sur des documents irréfutables, inconnus ou peu connus, recueillis dans la correspondance privée du roi, dans son journal intime, dans les archives des chancelleries allemandes.

C'est en faisant des recherches sur Wagner, dont il écrivait la vie, iqu'Aldo Oberdorfer s'est attaché à la figure de Luis II. Dans son livre, il montre non seulement le drame intime, à la fois psychologique et pathologique, que fut la courte vie du roi, mais il étudie aussi de très près à l'aide des pièces d'archives — et c'est là où cette biographie apporte surtout du nouveau — l'importance qu'eut pour le destin de l'Allemagne, pour celui de toute l'Europe, la présence sur le trône des Wittelsbach d'un souverain déséquilibré au moment où se jouait le destin de son pays. Le rôle qu'a tenu Louis de Bavière pendant la guerre franco-allemande de 1870-71 n'est pas encore suffisamment connu. Si la Bavière, le plus puissant des Etats de l'Allemagne du Sud, le plus puissant des États allemands après la Prusse, avait été gouvernée en 1870 par un souverain autre que Louis II, Bismarck n'aurait certainement pas pu la faire sortir de sa neutralité aussi aisément qu'il le fit et le vieux roi de Prusse Guillaume ne serait peut-être pas devenu empereur d'Allemagne. Les historiens se sont longtemps posé la question : le roi Louis II a-t-il été acheté par la Prusse et Bismarck pour renoncer à cette époque à son opposition aux ambitions prussiennes ? Le livre d'Aldo Oberdorfer donne sur cette question si controversée des éclaircissements qui en montrent toute l'importance.

futur médecin fût astreint avant sa thèse à des occupations hospitalières actives. Mais à Paris et dans bien d'autres endroits ce serait empiéter sur le rôle dévolu aux internes et aux externes qui les assistent ou les suppléent. Comment ca serait-on en fait tous les étudiants des grandes Facultés ? On réclame parfois l'internat obligatoire pour les stagiaires (qui ne serait plus l'internat) ou d'autres modifications de même ordre ; on se garde bien d'exposer le *modus faciendi*, hors lequel rien n'est à retenir.

Les étudiants, conscients de la situation, se tirent d'affaire en remplaçant des médecins, en profitant de places possibles dans les hôpitaux hors des grands centres, etc., tous moyens de fortune qui ne sont pas à négliger. Nombreux sont ceux qui leur doivent beaucoup.

Une solution est intervenue par la création de la sixième année de médecine. Je sais les objections qu'elle soulève ; mais je sais aussi qu'elle seule peut donner l'apprentissage réel de la pratique médicale. C'est une nouveauté grosse de conséquences, dont la valeur ne frappera pas avant sa mise en œuvre ; en la défendant, le Doyen Roussy dit qu'elle « devrait être l'axe de la réforme » alors en gestation (*Bull. Trimestriel* de l'Organisation d'Hygiène de la Soc. des Nations, vol. I, n° 3, septembre 1932) ; elle est destinée à mon avis à exhausser les études médicales. Ses auteurs sont à féliciter de leur remarquable libéralisme. Ils disent en sustance aux étudiants : à votre choix faites un ou deux stages dans les conditions requises par la Faculté, conditions larges entre toutes puisque sont admis des stages cliniques ou de laboratoire, des stages dans ou hors des villes de Faculté, des stages même à l'étranger. Que désirer de plus ? Comme ce sont les Conseils de Faculté qui décideront des autorisations à accorder à certaines demandes, on peut être assuré qu'il y sera fait un large accueil.

A qui désirerait connaître dans sa totalité le sens à attribuer à cette sixième année il suffira de lire le substantiel exposé relatif à la Réforme des Etudes médicales publié dans la *Presse médicale* du 30 novembre 1932, n° 96, par le Doyen Roussy. On y verra qu'elle résoudra diverses questions délicates et qui, somme toute, se réduisent avant tout dans les conditions actuelles à des données de temps disponible. Le tout était que l'étudiant pût demeurer libre de l'utiliser et que, guidé par ses carences, ses besoins et ses aspirations, il ne fût pas bridé dans ses entournures : ce point de première importance est acquis.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

CHIRURGIE

Les myosites staphylococciques

Les lésions infectieuses déterminées dans les muscles par les microbes pyogènes ne sont pas exceptionnelles et méritent dit le Prof. Lenormant (*Journ. int. de chirurgie*, janv.-fév. 1937) de retenir l'attention. Particulièrement fréquentes dans certaines régions (Japon-Colonies), ou plus exactement dans certaines conditions étiologiques, elles ne sont pas rares en Europe, lorsqu'on veut bien les rechercher. Le microbe le plus souvent en cause — et de beaucoup — dans ces infections musculaires est le staphylocoque (dans une proportion de 65 à 90 %. On retrouve, dans plus de la moitié des cas, une lésion cutanée (furonculose, anthrax, panaris, plaie infectée) comme porte d'entrée de l'infection staphylococcique. Bien que cette infection soit évidemment hématogène, l'hémoculture est rarement positive, et seulement dans les cas graves ; en revanche, la présence de staphylocoques dans l'urine est assez souvent signalée.

Le rôle du terrain est de grande importance : la myosite staphylococcique s'observe surtout chez les sujets surmenés mal nourris, vivant dans des conditions hygiéniques défectueuses, affaiblis par des maladies parasitaires (d'où sa fréquence en milieu colonial). L'hyperglycémie, l'avitaminose constituent des facteurs prédisposants dont le rôle est indéniable.

Le traumatisme, le surmenage fonctionnel peuvent déterminer la localisation du staphylocoque sur tel ou tel muscle ou groupe musculaire.

Les foyers d'infection musculaire sont multiples, simultanés ou successifs (polymyosites), ou plus souvent uniques. Ils sont parfois symétriques, atteignant les mêmes muscles des deux côtés.

Les grands muscles du membre inférieur, en particulier le quadriceps crural (dans la proportion de 1 cas sur 3), sont le plus souvent frappés par l'infection staphylococcique.

Suivant la virulence du microbe et la résistance du sujet, l'infection staphylococcique réalise dans le muscle des altérations de gravité très différente (nécrose, suppuration, sclérose) et, par conséquent, se présente sous des aspects cliniques très divers.

On peut distinguer :

1° Une forme suraiguë, véritable phlegmon diffus du muscle, dans laquelle les signes généraux septicémiques sont prédominants, les signes locaux réduits à une tuméfaction douloureuse de la région atteinte, et où la mort survient presque constamment, sans que l'organisme ait réagi par la formation du pus.

2° Une polymyosite à foyers purulents simultanés, accompagnée de symptômes généraux encore très graves, mais dont la mortalité ne dépasse pas 20 % ; c'est une staphylococcie à localisations musculaires exclusives ou, tout au moins, prédominantes ;

3° Une polymyosite à abcès successifs, succédant d'ordinaire à une poussée de furonculose ou à un anthrax, qui peut se prolonger pendant plusieurs mois, avec reprise des accidents généraux à l'apparition de chaque foyer nouveau, mais qui finit habituellement par guérir après ouverture d'un dernier abcès.

4° L'abcès musculaire unique, variété la plus fréquente de la myosite staphylococcique, dont l'évolution est habituellement subaiguë : induration musculaire circonscrite, qui peu à peu se ramollit et finit par devenir plus ou moins nettement fluctuante ; la guérison est constante après évacuation du pus ;

5° Une myosite résolutive, à foyers unique ou multiples, qui débute comme la précédente, mais tourne court, disparaissant en quelques jours ou ne laissant après elle qu'un noyau d'induration dans le muscle.

A côté de ces formes, qui toutes s'accompagnent de phénomènes inflammatoires évidents et de symptômes généraux plus ou moins accentués, il y a des myosites staphylococciques chroniques, plus rares, mais qu'il faut retenir, en raison des difficultés de leur diagnostic :

1. L'abcès froid staphylococcique des muscles, qui ressemble en tous points à un abcès froid tuberculeux et ne peut être différencié que par l'examen bactériologique.

2. La myosite scléreuse, circonscrite ou diffuse : la première est anatomiquement un abcès chronique à paroi très épaisse, constituant un bloc fibreux avec, en son centre, quelques gouttes de pus. La myosite scléreuse diffuse, qui infiltre tout un corps musculaire, ressemble beaucoup cliniquement au sarcome des muscles ; le diagnostic, toujours difficile, entre ces deux affections, ne peut être établi avec certitude que par la myotomie exploratrice et la biopsie.

Le traitement de ces myosites est celui de toutes les infections à pyogènes. Dans les formes aiguës et subaiguës, tant qu'il n'existe pas de signe net de collection purulente, le traitement local se réduit à l'immobilisation de la région atteinte et la thérapeutique visera surtout à agir sur l'infection générale (chimiothérapie, vaccin, anatoxine staphylococcique).

Dans les myosites suraiguë à type septicémique, même traitement avec débridement des loges musculaires envahies.

Dans les formes moins graves où le pus a le temps de se collecter, il faut recourir à son évacuation dès qu'on en a décelé la présence.

Pour les myosites subaiguës, dans lesquelles la suppuration ne s'établit qu'après plusieurs semaines et pour lesquelles on a discuté la modalité de l'intervention locale, l'incision avec drainage est, de l'avis du Prof. Lenormant, la méthode de sécurité.

Dans les cas à foyers multiples et successifs, la thérapeutique antistaphylococcique par les vaccins et l'anatoxine sera adjointe au traitement local des abcès.

Dans les myosites chroniques la thérapeutique idéale consiste dans l'ablation en bloc du foyer, en passant en tissu sain.

V. G.

OBSTÉTRIQUE

Le traitement des vomissements graves de la gestation

Pour que l'on soit en droit de parler de vomissements graves, disent MM. Voron et Pigeaud (*Journ. de méd. de Lyon*, 5 février 1937), il faut, et il suffit, que la malade observée présente les quatre signes suivants :

a) Intolérance absolue pour les aliments solides et liquides ;
b) Amaigrissement important et continu atteignant 200 à 300 grammes par jour ;
c) Acétonurie ;
d) Elévation notable du taux du coefficient de Maillard.

Ce sont là les signes cardinaux qui doivent exister tous les quatre, pour que le diagnostic de « vomissements graves » puisse être légitimement proposé.

Les femmes enceintes, présentant réellement ces vomissements graves, et vues assez tôt au cours de l'évolution de leur maladie pour que la situation ne soit pas considérée comme immédiatement inquiétante, guérissent presque toutes lorsqu'elles sont soumises au traitement médical que MM. Voron et Pigeaud établissent comme il suit :

Tout d'abord, séparation des malades du milieu familial et isolement dans une clinique ou à l hôpital.

Le traitement médical institué alors comprendra :

a) *Un traitement de base* : diète absolue pendant vingt-quatre heures. Sérum salé sous-cutané. Sérum glucosé en goutte à goutte rectal. Médicaments sédatifs.

Reprise de l'alimentation liquide après un jour plein de diète absolue.

Reprise de l'alimentation solide au troisième ou quatrième jour.

Retour immédiat à la diète absolue en cas de récidive réelle.

b) *Un traitement symptomatique* : destiné à lutter contre le déséquilibre sympathique presque constant chez les vomisseuses. Esérine lorsque existent un syndrome solaire et une forte tachycardie. Belladone chez les hypervagotoniques (sialorrhée et pouls peu accéléré). Adrénaline chez les hypotendues.

Dans quelques cas, on sera conduit à utiliser les injections intraveineuses de solutions salées hypertoniques ; l'alimentation duodénale grâce à la mise en place d'une sonde de Camus, rendra des services chez les rares vomisseuses non améliorées par les traitements précédents.

L'avortement thérapeutique conserve ses indications ; celles-ci apparaissent comme véritablement exceptionnelles, si les directives thérapeutiques indiquées ont été correctement suivies.

F. B.

SYPHILIGRAPHIE

Le traitement des affections gastriques syphilitiques

Il y a cent ans, Andral admettait déjà la possibilité de lésions stomacales produites par la syphilis : « Nous ne voyons pas, écrivait-il, dans une leçon clinique (1), pourquoi, des ulcérations des muqueuses viscérales ne pourraient pas reconnaître la syphilis pour cause et céder à un traitement anti-syphilitique ; mais des observations de ce genre, la science les attend encore ».

Depuis les cliniciens — et Andral le premier, puisque la même année il publiait des observations qu'il classait comme gastrites et guérissait avec le mercure — ont apporté ces observations dont ils ont parfois exagéré la fréquence, mais dont bon nombre restent très nets.

M. B. Udaondo, dans un livre récent (2), s'est attaché à préciser les éléments indiscutables du diagnostic des gastropathies des syphilitiques ; et, son travail est aussi précieux par les données cliniques qu'il comporte que par les enseignements thérapeutiques qui en découlent.

Un diagnostic de syphilis gastrique établi doit toujours entraîner une épreuve thérapeutique dont les résultats démontreront ou non l'exactitude. Et ce traitement d'épreuve doit être prolongé un temps suffisamment long, car si, dans certains cas, les résultats sont rapides, dans d'autres, on n'arrive à la guérison qu'après des semaines et des mois.

Pour le choix des moyens curatifs, les opinions sont différentes. Fournier obtenait des résultats favorables avec le traitement mixte, mercure en injections et iodure de potassium par la bouche. Ce dernier est bien toléré et M. Udaondo a eu des résultats satisfaisants dans les gastrites de la période secondaire.

Il emploie volontiers aussi les arsénobenzènes, avec quelque prudence dans les localisations hépatiques de type gommeux ou quand se manifestent des signes d'insuffisance glandulaire ; mais, même dans ces cas, le médicament, administré avec prudence, peut donner d'admirables résultats.

Mais quelles que soient les formes anatomiques de la syphilis de l'estomac, l'emploi combiné de préparations de bismuth ou de mercure avec le néosalvarsan constitue la forme d'attaque la plus efficace.

Sous l'influence du traitement, les vomissements disparaissent ; on obtient une tolérance alimentaire progressive ; les douleurs s'atténuent et s'effacent même avec une rapidité considérable ; et la courbe de poids donne la preuve de la plus remarquable amélioration générale.

Dans les formes hémorragiques les résultats ne sont pas moins surprenants.

En même temps que cette cure médicamenteuse, il faut instituer les régimes diététiques habituels. La stricte surveillance de l'alimentation est fondamentale pour les lésions inflammatoires et ulcéreuses qui montrent ordinairement dès le début, une intolérance marquée pour l'alimentation, intolérance qui s'atténue par la thérapeutique ; la diète sera alors augmentée rapidement.

Le traitement chirurgical de la syphilis gastrique, a ses indications formelles. Dans les rétrécissements pyloriques par suite d'inflammations gommeuses cicatricielles, le traitement antisyphilitique ne doit pas être prolongé, si les résultats ne sont pas rapidement favorables. Il en sera de même dans les biloculations avec fortes perturbations du transit alimentaire. Dans de telles circonstances, on pratiquera d'abord la résection ou la gastro-entérotomie et plus tard, un traitement antisyphilitique énergique. Crohn estime que la gastro-entérotomie est l'opération indiquée dans les occlusions pyloriques syphilitiques, car les conditions motrices normales étant rétablies, on obtient la guérison par la thérapeutique interne. Downer et Le Wald en suivant cette ligne de conduite ont toujours obtenu des résultats satisfaisants.

Pour les patients présentant une syphilis pseudo tumorale et chez lesquels le diagnostic différentiel d'avec le cancer est difficile à établir, l'acte chirurgical ne doit pas être retardé, même devant la possibilité d'une erreur d'interprétation, la perte de temps qu'implique le traitement médical diminuant les probabilités du succès thérapeutique.

Les sujets avec symptômes gastriques de syphilis nerveuse sont justiciables de l'emploi rapide et intensif des sels arsenicaux

Dans le traitement des crises gastriques tabétiques, les échecs sont nombreux, et il n'existe pas de méthode qui puisse toujours être conseillée. Dans les formes bénignes, le simple repos de l'estomac, les médications sédatives employées par voie rectale (hydrate de chloral et bromure de sodium) sont utiles, dans les formes violentes, avec les plus hautes doses d'atropine par voie endoveineuse, permises par la tolérance du malade, M. Udaondo a obtenu des résultats appréciables. Mais chez deux tabétiques, le venin de cobra, utilisé avec succès par certains auteurs, ne lui a donné aucun résultat. Et les procédés chirurgicaux conseillés ne lui paraissent avoir qu'une action douteuse.

Somme toute, dit M. Udaondo, « le rétablissement clinique, radiologique et anatomique des processus gastro-luétiques est une des plus brillantes conquêtes réalisées dans la pathologie du viscère et dans les processus gommeux en activité. Les effets sont plus tardifs dans les lésions cicatricielles, pour lesquelles l'intervention chirurgicale préliminaire est habituellement nécessaire pour rétablir la fonction motrice ».

(1) Leçons cliniques, Paris, 1839-1840, t. II, p. 191.
(2) Les gastropathies des syphilitiques, Masson, édit., 1936.

CANCÉROLOGIE

Résultats des différents traitements des épithéliomas cutanés de la face

Nombreux sont les moyens curatifs des épithéliomas cutanés. M. J. Martin qui les a étudiés dans un travail récent (Thèse de Bordeaux, 1936-37) les classe en deux groupes différenciés par leur mode d'action et par leurs indications :

1° Les traitements à action limitée ; 2° Les traitements de choix.

I. — Dans le premier groupe nous trouvons : la destruction par les caustiques chimiques ; la cautérisation ignée ; l'électrolyse négative ; la cryothérapie.

Ces différentes méthodes, qui ont une action peu étendue, lente, et ne donnent des résultats que dans les épithéliomas superficiels ne dépassant pas la peau, doivent être considérées comme des méthodes d'exception, en particulier la cautérisation ignée. Celle-ci, qui a pu donner dans quelques cas et à certains cliniciens expérimentés et particulièrement attentifs des résultats satisfaisants, doit être résolument abandonnée. Le Professeur Petges est d'avis que c'est un agent néfaste qui fait perdre du temps et paraît exciter le processus de dégénérescence et provoquer l'extension en surface et en profondeur. « C'est le type dit-il, de la méthode facile et dangereuse. »

De même actuellement, l'industrie livre aux praticiens de petits appareils à rayons ultra-violets dont l'emploi tend à se généraliser : il faut bien affirmer que ces rayons sont néfastes aux épithéliomas, dont ils excitent l'évolution.

Seule, l'électrolyse donne de bons résultats dans la destruction des nævo-carcinomes, mais toujours à la condition que ceux-ci soient peu étendus, bien limités et peu infiltrants.

Cependant, ces agents thérapeutiques peuvent rendre des services au médecin praticien dépourvu des appareils coûteux de diathermo-coagulation ou de radiothérapie ; se cantonnant uniquement dans leurs indications, il pourra, grâce à une technique rigoureuse, obtenir de bons résultats.

Suivant de près le malade, en cas d'insuccès il l'adressera de suite au spécialiste qui pourra lui appliquer le traitement de choix voulu.

II. — Dans les traitements de choix s'inscrivent : la chirurgie ; la diathermo-coagulation ; la radiothérapie.

Ils peuvent s'attaquer indistinctement à toutes les formes anatomiques et histologiques d'épithéliomas cutanés (sauf le nævo-carcinome), lorsqu'ils n'ont pas dépassé le stade local de leur évolution : c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas encore d'envahissement ganglionnaire.

La radiothérapie a une action élective sur les cellules néoplasiques. La diathermo-coagulation, ne présentant aucune action élective sur les cellules cancéreuses, détruit avec celles-ci les cellules saines voisines. La chirurgie n'obtient de guérison certaine que par une excision de la tumeur passant en tissu sain.

Malgré leur action différente, ces méthodes employées par des mains expérimentées et suivant une technique rigoureuse, donnent des résultats sensiblement les mêmes.

Des considérations secondaires orienteront le choix :

1° L'épithélioma n'a subi aucun traitement radiothérapique.

a) *Considération temps* : La chirurgie enlève la tumeur en une seule séance avec une cicatrisation complète en six à douze jours.

La diathermo-coagulation détruit aussi rapidement la lésion mais elle nécessite des soins post-opératoires et la guérison n'est obtenue qu'au bout de deux à trois semaines ;

Pour le malade qui appréhende l'acte chirurgical la radiothérapie est l'idéal, mais la réaction radiothérapique nécessite de 1 mois à 1 mois 1/2.

b) *Considération anatomique* : La diathermo-coagulation et la chirurgie, par suite de leur caractère mutilant, sont contre-indiquées pour les lésions de l'aile du nez, des paupières.

Au niveau de l'oreille externe, si la diathermo-coagulation est à appliquer pour les petits épithéliomas, la radiothérapie filtrée donne de bons résultats dans les lésions plus étendues ; mais dans les épithéliomas plus évolués, seule la chirurgie large, par ablation en bloc du pavillon et de la parotide, associée au curage ganglionnaire cervical, peut donner des résultats.

c) *Considération esthétique* : Pour un épithélioma de même étendue, la radiothérapie donne la plus jolie cicatrice ; celle de la diathermo-coagulation est parfois rétractile ; celle de la chirurgie, rectiligne et assez esthétique, peut amener, lorsqu'elle se trouve près des orifices (paupière, bouche), des déformations qui souvent s'atténuent avec le temps.

2° Si l'épithélioma a été « raté par un premier traitement radiothérapique, il est préférable d'essayer sa stérilisation par la diathermo-coagulation ou la chirurgie, si cela est possible.

Lorsque l'épithélioma se présente à un stade plus évolué, avec métastase ganglionnaire, la chirurgie seule peut traiter radicalement lésion locale et ganglions néoplasiques, en association ou non avec la diathermo-coagulation et la radiothérapie.

Le nævo-carcinome commande la diathermo-coagulation.

Enfin à côté de ces cas traitables, il est une catégorie d'épithéliomas avancés, détruisant largement les tissus, provoquant des ulcérations profondes, ichoreuses, pouvant évoluer ainsi pendant des années sans envahir les ganglions. Les malheureux porteurs de ces épithéliomas que l'on ne veut pas garder chez eux et qui font la terreur des salles de malades, nécessitent cependant un traitement, surtout fait de petits soins permettant d'adoucir la fin de leurs jours : soins quotidiens surtout dirigés contre les ulcérations et l'infection par :

— des lavages au sérum physiologique tiède, ou avec une solution de chlorure de magnésium ; si l'infection est importante, on pratiquera des lotions à l'eau bouillie tiède contenant un peu de teinture d'iode ou de liqueur de Dakin ; des douches d'air chaud ; des expositions aux radiations ultra-violettes ou plus simplement au soleil quand cela est possible ;

— une protection parfaite.

Périodiquement, on pourra pratiquer des séances de radiothérapie ; on détruira par la diathermo-coagulation les bourgeons végétants.

Et ces soins locaux s'accompagneront d'un traitement général diététique et reconstituant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1937

L'origine de l'hypertrophie prostatique. — *M. Legueu* considère que la maladie prostatique prend naissance dans le col vésical lui-même et non aux dépens de l'utricule prostatique.

Ses rapports avec la fonction endocrine lui paraissent certains. L'expérimentation a pu avec des injections prolongées de folliculine produire chez la souris des modifications portant sur les glandes, l'épithélium et le tissu mésodermique qui se rapprochent beaucoup de l'hypertrophie prostatique.

Il est donc probable qu'une substance œstrogène produite dans l'économie redevient libre quand la fonction tend à diminuer et produit l'hypertrophie à prédominance mésodermique qui caractérise la maladie prostatique.

Alcool et cancer de l'œsophage. — *MM. Piquet* et *Tison* (de Lille) apportent une statistique de 110 cas de cancer de l'œsophage. Sur ces 110 cas, ils ne trouvent que huit sujets s'abstenant d'alcool ; de plus neuf femmes seulement dans cette statistique.

Chez les buveurs d'alcool, 82 cancers siégeaient dans la région comprise entre la bouche de l'œsophage et la bifurcation bronchique, zone de transit ralenti, disent les auteurs où l'alcool doit imprégner la muqueuse.

Les lésions histo-pathologiques de la bouffissure d'Annam. — *MM. Bablet* et *Normet* décrivent les lésions histo-pathologiques de la bouffissure d'Annam : hépatite aigue analogue à celles de certaines formes d'ictère grave ; dégénérescence des fibres musculaires cardiaques avec phénomènes spéciaux de lyse, néphrite épithéliale constante mais dont la faible gravité contraste avec l'importance de l'hépatite ; splénite hypoplasique, pancréatique atrophique avec dislocation et raréfaction des acini et des îlots de Langerhans. Les lésions du myocarde expliquent les troubles circulatoires et la fréquence des morts subites.

Dans l'ensemble de telles lésions sont incompatibles avec une étiologie parasitaire de la bouffissure d'Annam et confirment le caractère de maladie de carence attribué par Normet à cette affection.

Renseignements complémentaires sur la pathogénie de la bouffissure d'Annam, maladie de carence. — *M. L. Normet* complète les données qu'on lui doit déjà sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la bouffissure d'Annam. Cette curieuse affection causée par l'absence dans la ration alimentaire de toute albumine animale, aboutit à une inaptitude totale de l'assimilation des albumines et des corps gras. La faculté d'assimilation des albumines peut être recouvrée à la suite d'injections de glycocolle, mais elle peut l'être aussi par l'administration *per os* du mélange extractif de l'ensemble des vitamines B. Au contraire la vitamine cristallisée antinévritique B^1 administrée seule est sans effet sur la bouffissure d'Annam.

La pathogénie de la maladie paraît donc ressortir à une carence des vitamines d'utilisation nutritive et d'utilisation cellulaire.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1937 (*suite et fin*)

Tumeur de la glande carotidienne. — *M. Miginiac* (Toulouse) a observé chez un homme de cinquante ans une tumeur rétro-carotidienne qui évolua lentement pendant dix ans, puis augmenta de volume tout d'un coup. L'intervention montra une tumeur fixée dans la fourche carotidienne. Pour l'enlever il fallut lier les branches de la carotide et les sectionner. Les carotides qui étaient blanches avant la dissection apparurent au moment où elles étaient disséquées, rouges et serpentines. La tumeur fut examinée et ne montra qu'une hyperplosie de la glande carotidienne.

M. Chevassu rappelle que les tumeurs de la glande rétro-carotidienne sont en général des hyperplosies sans caractères malins particuliers.

Volvulus de grêle — *M. Jean Gautier* (Angers) à l'occasion d'un syndrôme douloureux avec contracture abdominale fit faire une radiographie. Sans préparation on ne vit qu'une masse sombre et imprécise. Après lavement baryté le colon s'injecte et masque la tache sombre. On fait le diagnostic d'occlusion. L'intervention montre qu'il s'agissait d'un volvulus de grêle. On dut pratiquer une exérèse et une suture bout à bout. La malade mourut huit jours après d'un infractus étendu du colon. L'auteur insiste sur l'intérêt de la radiologie dans les lésions du grêle. Elle montre souvent des images sombres qui correspondent le plus habituellement à des volvulus ou à des infarctus du grêle. Ces images renseignent sur le siège de la lésion et impliquent la nécessité d'une laparotomie médiane.

Phlegmons graves des membres. — *M. Mocquet* rassemble cinq observations concernant des phlegmons diffus des membres à allure gangréneuse ayant évolué très rapidement d'une manière suraigüe. Tous ces cas concernent des plaies des membres suivies d'escarres, de phlyctènes de sphacèle cutané, d'œdème et de lymphangite. C'est ce qu'on appelle d'habitude de la lymphangite gangréneuse. Les examens bactériologiques montrent la présence de streptocoques sans caractères spéciaux les différenciants des races habituelles. Le caractère essentiel de ces phlegmons est donc la tendance gangréneuse qu'ils présentent. Leur pronostic est particulièrement grave.

M. Bazy rapporte un cas semblable ou il existait tous les symptômes de la gangrène gazeuse et qui était du au streptocoque. Ce dernier est le plus souvent à l'origine de ces manifestations gangréneuses phénomènes anatomiques répondant à des germes divers.

M. Chevassu rapproche de ce cas les infiltrations d'urines ou le streptocoque est au moins aussi souvent en cause que les anarérobies. D'ou l'intérêt d'une thérapeutique anti-streptococcique immédiate.

Présentation de pièces. — *M. Richard* a trouvé lors d'une intervention une vésicule de seize centimètres reposant sur le colon et qui contenait un calcul p riforme volumineux. Elle en imposait à la clinique pour une tumeur cæcale.

Séance du mercredi 10 février 1937

Ostéo-myélite aiguë. — *M. Leveuf* rapporte des observations de *MM. Sarroste, Salmon* et *Michel-Béchet*. Dans toutes ces observations il ne fut fait que des interventions proportionnées aux lésions. Immobilisation plâtrée et incisions retardées. Le traitement biologique, insuline, anatoxine, mercurochrome ne semble pas modifier l'évolution des lesions.

L'abstention systématique donne des résultats excellents. La séquestration est presque réduite à néant, de même que les hyperostoses habituelles. Séquestres et hyperostoses semblent la suite des opérations classiques de trépanation osseuse. M. Leveuf en arrive à dire que le traumatisme chirurgical crée la plupart des lésions de l'ostéomyélite.

Thyroïdectomie et insuffisance cardiaque. — *MM. Welti, Lian* et *Facquet* présentent une nouvelle série de huit thyroïdectomies totales pour asystolie non basedowienne et angine de poitrine. Les trois premiers résultats étaient très favorables et les suites éloignées demeurent bonnes.

Au contraire les cinq derniers cas récents ne confirment pas cet optimiste. Des accidents sont survenus dans les suites, récidive de l'insuffisance cardiaque ou de l'angine de poitrine, apparition de troubles psychopathiques.

Aucun malade cependant n'est mort dans les jours ou semaines qui ont suivi l'opération. Pas de phénomènes de myxœdème post-opératoire, mais de légers troubles d'insuffisance thyroïdienne et d'assez gros troubles psychiques. En dehors de l'insuffisance cardiaque basedowienne, il est donc certain que les indications doivent être très limitées. On ne doit utiliser la thyroïdectomie totale qu'en cas d'échec absolu des thérapeutiques médicales. Et encore n'est-on pas sûr des résultats qu'on obtiendra. On doit donc souligner la différence profonde entre les accidents cardiaques basedowiens, nettement améliorés par la thérapeutique chirurgicale et les accidents cardiaques d'autre origine dont l'amélioration chirurgicale est beaucoup plus douteuse.

Maladie de Kienbock. — L'observation de *M. Madier* est curieuse par le fait que la maladie de Kienböck y était bilatérale. Il n'y a pas eu à l'origine de l'affection de traumatisme net. La lésion prédominait du côté gauche, le seul douloureux, et radiologiquement le semi-lunaire y apparaissait écrasé plus que du côté droit. La maladie de Kienböck n'est donc pas toujours unilatérale et il est nécessaire de pratiquer des radios des deux côtés pour le vérifier. Sa latence est bien connue et elle ne devient douloureuse qu'à l'occasion d'une fatigue ou d'un traumatisme. La pathogénie de la maladie, après avoir admis le rôle du traumatisme ou du micro-traumatisme agissant par étirement ligamentaire, s'est orientée vers la notion de déséquilibre neuro-vasculaire. Mais d'autres possibilités se présentent : origine congénitale de l'affection (cas de Kienböck familiaux), origine dystrophique.

M. Bazy s'oppose à la désignation de maladie de Kienböck, pour ce qui n'est en réalité qu'un syndrome rencontré dans de nombreuses affections.

M. Mathieu rapproche de cette affection une lésion semblable qu'il a observée au niveau des cunéiformes et qui était bilatérale.

M. Mouchet pense qu'au point de vue thérapeutique il n'y a encore aucune règle précise. L'abstention, l'ablation, les greffes osseuses ont donné les mêmes résultats. La sympathectomie périartérielle préconisée par Leriche, lui a également donné des succès.

Artérite oblitérante du membre supérieur. — *M. Bréchot* a observé chez une malade des douleurs brachiales à fond continu avec poussées paroxystiques. L'aspect du membre supérieur était normal mais la circulation au niveau des extrémités, se montrait tout à fait déficiente. Pas de battements perceptibles au niveau de la radiale, de la cubitale ou de l'humérale. L'intervention montra une thrombose étendue des artères du membre supérieur. Cependant la vascularisation était assurée suffisamment par des voies anastomotiques. On fit une résection limitée de l'humérale. Après l'intervention, pas d'amélioration immédiate, sinon une augmentation de la température locale du côte opéré. Les thromboses aussi étendues sont rares au membre supérieur. L'augmentation de température constatée s'explique par un réflexe nerveux puisque la novocaïnisation du médian et du cubital la supprimait.

Torsion de trompe kystique. — *MM. Nini* et *Canaan* ont constate chez une femme quinze jours après un avortement, l'existence d'une masse oblongue située dans la fosse iliaque gauche. L'utérus était attiré du côté de la tumeur. L'intervention découvrit une torsion de trompe kystique autour d'une bride très apparente. L'examen histologique de cette bride la montra constituée d'un axe vasculaire, ce qui éliminait l'origine inflammatoire et faisait penser à une naissance organique anormale. (Rapport de M. Huet).

Fracture du col. — *M. Mathieu* apporte deux pièces prélevées chez la même femme qui représentent l'une, un col fémoral fracturé opéré par Delbet avec une vis à bois, l'autre, le côté opposé opéré par Mathieu avec un clou de Smith-Petersen. La première pièce (enclouage à la vis à bois) montre une reconstruction osseuse remarquable contrôlable à la radiographie (les travées osseuses sont reconstituées parfaitement). La deuxième, opérée beaucoup plus récemment, avait déjà un début de consolidation osseuse. Ces pièces montrent

qu'une fracture du col peut consolider par cal osseux vrai et d'autre part que la solidité d'un cal encloué est déjà grande au deuxième mois.

M. Brocq insiste sur la nécessité du lever tardif chez les opérés d'ostéosynthèse du col fémoral. *M. Madier* signale que le clou peut être mal toléré ou tordu, même sans qu'on ait fait lever précocement les malades.

M. Leveuf admet en effet qu'il se produit au niveau du col des remaniements importants pouvant aboutir à la torsion du clou ou à sa section.

En conclusion il faut conclure que pendant longtemps il n'y a pas de cal osseux, le clou supportant à lui tout seul le poids du corps. Il est donc indispensable et incontesté de préconiser le lever tardif des opérés.

Séance du mercredi 17 février 1937

Cabine de développement radiographique accéléré. — *M. Huet* communique un travail de *M. Porcher* étudiant les méthodes qui permettent d'obtenir rapidement un contrôle radiographique pendant le cours des opérations. Il s'agit d'une cabine disposable dans la salle d'opération et de quelques améliorations des bains de développement. On arrive ainsi à obtenir un cliché révélé en 2 minutes et demie environ. Cette technique permet donc un contrôle radiographique accéléré.

Infarctus d'intestin par choc d'intolérance. — *M. Bachy* (Saint Quentin), depuis les communications de *M. Grégoire*, utilise dans les étranglements herniaires à anse infarcie, de l'adrénaline qu'il injecte dans le mésentère. On voit ainsi la coloration normale réapparaître très rapidement dans les cas ou la lésion n'est pas trop ancienne. En même temps la méso s'assouplit. Ce procédé est intéressant parce qu'il permet de se rendre compte rapidement de la valeur de l'anse.

Kyste hématique de la rate. — *M. Errard* (Vendôme) a eu l'occasion d'observer chez un malade, ancien colonial, une tumeur de la rate. Il découvre à l'intervention un kyste volumineux d'aspect calcifié et à contenu jaunâtre. Une splénectomie est faite. L'histologie révèle qu'il s'agit d'un faux-kyste par évolution d'un vieil hématome de la rate. (Rapport de *M. Moure*).

Traitement de l'ulcère peptique. — *M. Nissen* intervenant chez deux malades pour ulcère peptique, se trouva en présence d'une volumineuse tumeur inflammatoire infiltrant le mésocôlon et le ligament gastrocolique. Il fit une large gastropylerectomie mais le segment supérieur jéjunal étant très court, l'auteur dut l'enfouir et ne put utiliser que le bout inférieur qu'il anastomosa avec le duodénum au-dessus du mésocôlon.

La sériescopie. — *M. Cottenot* présente une nouvelle méthode d'exploration radiologique du thorax. Grâce à la combinaison d'épreuves stéréo-radiographiques que l'on mobilise les unes par rapport aux autres, on arrive à reconnaitre mathématiquement la profondeur de la situation intraparenchymateuse de corps étrangers, d'abcès, de cavernes. Cette méthode remarquable révolutionne complètement la chirurgie pleuropulmonaire.

M. Cottenot montre comment il a adapté la sériescopie à l'examen des lésions chirurgicales de l'appareil respiratoire. Ce procédé permet d'étudier d'une manière plus complète que sur les radiographies ordinaires des lésions telles que des abcès du poumon, des cavernes tuberculeuses, des brides de pneumothorax, des abcès costaux.

Toute l'épaisseur du thorax est en effet successivement explorée sur un même négatoscope sur lequel on voit se dessiner successivement les images nettes de tous les plans superposés d'avant en arrière.

La situation plus ou moins profonde de la lésion est déterminée en vue d'une intervention, mieux qu'il n'est possible de le faire par les examens habituels de face et de profil, les dimensions en sont précisées et la distance exacte qui sépare par exemple un foyer d'abcès des parois thoraciques antérieure et postérieure se lit directement au cours même de l'examen sur un cadran gradué en centimètres, disposé sur le négatoscope, au fur et à mesure que sont mises en évidence les différentes régions étudiées.

L'auteur projette un film cinématographique des différentes images qui se succèdent sur le négatoscope au cours de l'examen d'un certain nombre de lésions de la plèvre, du poumon ou des côtes.

M. Heitz-Boyer essaye cette méthode pour la découverte des calculs rénaux. Elle lui donne des résultats remarquables pour le repérage.

M. Robert Monod l'utilise avec efficacité en chirurgie pleuropulmonaire. La méthode permet parfois le diagnostic même des lésions, car elle met en valeur les détails de l'image. Enfin la sériescopie a l'avantage de la simplicité.

Fractures du col du fémur. — *M. José Valls* présente un nouvel instrument pour enclouage du col du fémur sans manœuvre intra-articulaire. Un film est présenté par l'auteur.

Greffons de moelle épinière. — *M. Gosset et Ivan Bertrand* ont appliqué à l'homme les greffes médullaires selon la technique qu'ils avaient précédemment exposée. Douze cas ont été opérés. La prise du greffon sur le chat ou le lapin doit être faite aseptiquement sans la moindre attrition de la moelle au cours de sa découverte. Le liquide employé pour la conservation est le formol. Avant l'emploi, la greffe est placée trois jours dans l'alcool.

Le premier malade opéré avait une perte de substance du radial de douze centimètres de long. Au bout de deux mois la régénération commençait et s'est amplifiée depuis. Une autre greffe faite pour le median a donné une récupération au bout de deux mois. Une encore pour le sciatique a donné régénérescence en deux mois également. En somme un nerf mis bout à bout se régénère moins vite que si on interpose entre les deux fragments un greffon de moelle. La moelle joue le rôle de conducteur pour éviter la dissémination des cylindraxes.

M. Bertrand rappelle qu'expérimentalement la progression des neurites à travers un greffon ou des gaines nerveuses déshabitées est d'environ un millimètre par jour. Ces chiffres données par les classiques sont insuffisants. Il faut admettre une progression de deux à quatre millimètres par jour. Quelle est la cause de cette neurotisation rapide ? L'examen des greffons animaux permet d'affirmer que les cylindraxes peuvent proliférer et occuper plusieurs gaines par une seule fibre nerveuse. D'autre part il est probable que les lipides du greffon sont utilisés pour la reconstitution des gaines myéliniques. Enfin il est remarquable de constater que le greffon contenant très peu d'éléments conjonctifs n'entraîne pas de bloc cicatriciel à son union avec les extrémités nerveuses.

M. Cunéo, de ses études expérimentales, avait conclu que le meilleur procédé de réfection nerveuse était celui de Létiévant. Il pense que l'action principale du greffon doit être rapportée à sa gaine dure-mérienne qui canalise remarquablement les cylindraxes.

M. Rouhier estime que le greffon est perméable aux cylindraxes plus rapidement que le bout périphérique du nerf. Si en effet on pratique la suture bout à bout du nerf, le bout périphérique où la dégénérescence mallérienne n'est pas encore faite s'oppose à la réhabitation nerveuse.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 février 1937

A propos de la présentation d'une radiographie. — *M. Sédillot* discute le diagnostic de coxarthrie généralement admis depuis près de 20 ans. La luxation en haut est complète et cependant les signes d'arthrite sont minimes. Une chute sur la hanche, au front, pendant la guerre a motivé une pension. En réalité, il y a eu fracture du col méconnue, avec engrenement des fragments et position vicieuse de la tête fémorale. Ultérieurement luxation complète, mécaniquement, parce que l'articulation était désaxée, mais sans coxarthrie.

MM. Massart, Roederer, Séjournet sont d'avis qu'il s'agit d'une subluxation.

Pélidisi. — *M. Cevey* (de Lausane) étudie cet indice de l'état de nutrition proposé par le professeur *V. Pirquet*. Par son moyen, il démontre chez les enfants à l'âge scolaire, une fréquence insoupçonnée d'états de sous-nutrition relevant, en dernière analyse, de l'infection tuberculeuse banale. Il montre l'importance d'un traitement tuberculinique pour remédier à

ces états de sous-nutrition et, pour parer au plus pressé, exquisse un mode de sélection des enfants les plus exposés, à l'aide des méthodes de détermination des états allergiques du professeur *V. Groer*

Deux observations pour servir à l'histoire des cellulites. — *M. Le Lorier* étudie : 1° Sous l'étiquette de « cellulite fibroïde pelvienne » un cas de pseudo-tumeur implantée sur l'acétabulum chez une femme enceinte de six mois et assez grosse pour faire craindre une dystocie sérieuse. Mais contrairement à toute attente cette masse s'est entièrement résorbée en l'espace de deux mois environ. *M. Le Lorier* a trouvé des observations analogues dans l'ouvrage de Thure Brandt ; 2° Sous le nom de « cellulite fibroïde sous cutanée thoracique en ficelle » il décrit un cas curieux où il existait sous la peau de la paroi latérale du thorax une bride de consistance presque fibreuse tout à fait comparable à une ficelle tendue dans le tissu cellulaire sous cutané, longue de 25 à 30 centimètre allant verticalement de l'aisselle aux côtes intérieures et creusant dans le sein par adhérences profondes une véritable gouttière verticale où se produisait le phénomène de la peau d'orange par plissement. Ces cellulites fibroïdes paraissent évoluer spontanément vers la guérison.

M. Langlet a observé un cas analogue au deuxième cité par l'A.

Psychisme et physio-patholohie cardio-vasculaire. — *M. P. N. Deschamps* rapporte un cas d'hypertention dans lequel la poussée hypertensive est déclenchée par l'émotion ou une excitation cérébrale quelconque, et qui se caractérise par une tolérance parfaite au point de vue fonctionnel.

Cette observation se rapproche du cou d'hypertention volontaire récemment publié par *Abrami* et des travaux de *Laubry* et *Thérèse Brosse* sur l'interférence de l'activité corticale sur les phénomènes cardiaques et vaso-moteurs. Un tel type d'hypertention paroxystique mérite le nom d'hypertension paroxystique de type neurotomique opposé à l'hypertention paroxystique du type surrénalien.

Longue discussion à laquelle prennent part *MM. Pruche, P. Robin. Filderman, Dubois.*

Blennorragie chronique. — *M. Pierre Barbellion* rappelle les caractéristiques de cette affection : 1° Présence indiscutable de gonocoques. 2° Atténuation et persistance de l'infection. 3° Localisation de l'infection à des foyers précis : les repaires gonococciques. Dans la plupart des cas l'urètre postérieur est indemme et c'est l'urètre antérieur qui est en cause. La recherche des repaires voisin du méat, la recherche des valvules au stylet mousse, des glandes de Littre infectées à l'urétroscope donnera la clef du problème si la prostate et les vésicules sont idemnes

Dans toute blennorragie chronique le foyer microbien doit être prévu, recherché, trouvé, désinfecté ou détruit.

M. Luys est d'avis que l'urètre postérieur est le plus souvent atteint.

G. LUQUET

NOTES CLINIQUES

Valeur pronostique de la formule sanguine neutrophile d'Arneth

MM. Fernand Arloing, M. Genty et E. Brissaud, en présence de l'intérêt pronostique que divers auteurs attachent actuellement à la figure neutrophile d'Arneth ont attiré (*Soc. d'Etudes scientif. sur la tuberculose*, 13 février 1937) à nouveau l'attention sur leurs travaux déjà anciens, publiés entre 1910 et 1913, dans lesquels ils ont, pour la première fois, mis en évidence la signification pronostique de l'altération du rapport réciproque des leucocytes neutrophiles décrits par Arneth dans la tuberculose pulmonaire.

Si la déviation de la figure d'Arneth vers les groupes à un ou deux noyaux n'est pas spécifique de l'essence tuberculeuse, d'une maladie, mais révèle seulement la gravité d'une infection quelle qu'elle soit et l'état de résistance du sujet à son égard, l'application de cette notion à la phtisiologie comporte une valeur pronostique importante, plutôt qu'une signification diagnostique d'abord seule envisagée.

Les auteurs trouvent des arguments démonstratifs de cette valeur pronostique dans le fait que la formule d'Arneth évolue, soit vers les leucocytes à un noyau, soit vers ceux à trois ou quatre noyaux suivant les alternatives favorables ou mauvaises de l'état du malade ; que la formule sanguine s'améliore chez les bacillaires soumis aux médications biologiques spécifiques contre la tuberculose et bénéficiant de celles-ci ; dans le parallélisme entre la figure d'Arneth et le taux plus ou moins élevé de la séro-agglutination dont la valeur pronostique est ellemême amplement établie.)

La valeur des réactions sérologiques de la tuberculose chez les tuberculeux pulmonaires

MM. Puech et Deveze ont recherché (*Soc. des Sc méd. et biolog. de Montpellier*, 4 déc. 1936) dans 152 sérums prélevés sur 123 malades la valeur de la réaction de fixation du complément avec l'antigène de Besredka et avec un nouvel antigène préparé par M. Debains (de Versailles), et de la séro-floculation de Vernes à la résorcine. Ils confirment la haute valeur de cette dernière, encore que son intensité ne soit pas exactement en rapport avec l'impression clinique d'évolutivité. La réaction de fixation de Besredka lui est souvent parallèle, mais se montre plus particulièrement positive dans les formes inactives ou peu actives et anciennes. La réaction de Debains paraît moins spécifique et moins sensible.

Une cause d'erreur dans le diagnostic des tumeurs du rein : les taches d'apparence lithiasique

M. Lepoutre, de Lille, au XXXVIe Congrès français d'urologie (octobre 1936), a rapporté le cas suivant : un homme d'une cinquantaine d'années fait, après de longues randonnées en auto, des crises de coliques néphrétiques, avec du sang en abondance dans les urines. Une radiographie montre des ombres dans le parenchyme rénal : on fait le diagnostic de lithiase et on décide l'abstention. Quand ce malade est présenté au chirurgien, on constate : 1° que les crises de coliques néphrétiques se produisent toujours à l'occasion de l'expulsion de caillots vermiformes ; 2° que le rein gauche est plus gros que le rein droit. On soupçonne une tumeur, qui est mise en évidence par la pyélographie et extirpée. Les ombres anormales rencontrées dans l'arbre urinaire demandent à être interprétées ; et on ne doit pas faire un diagnostic sans confronter les résultats de la radiographie avec les renseignements fournis par l'interrogatoire et par l'examen.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'Adynamie post-grippale. Son traitement par le Pressyl

Plus les *maladies infectieuses* sont longues, plus elles s'accompagnent d'hypotension. Chez les vieillards en particulier, la récupération des chiffres manométriques après une maladie infectieuse ne s'opère que très lentement. Bien toléré par les jeunes comme par les sujets âgés, le Pressyl (1) relève la pression, soutient le pouls et renforce le cœur.

L'asthénie post-grippale mérite d'être isolée des autres hypotensions de convalescence du fait de sa fréquence, de son intensité et de sa longue durée. Elle se traduit dès le début de la convalescence par de petits incidents : vertiges quand le malade quitte son lit, extrasystoles dès qu'il se lève et qu'il s'alimente. En outre, la fatigabilité musculaire permanente qui s'exagère rapidement à l'effort s'accompagne souvent de myalgie, d'impression de vide cérébral et de psychasthénie.

Les comprimés de Pressyl (2 à 5 par jour), par leur effet angiotonique et cardiotonique suppriment les symptômes en rapport avec l'hypotonie artérielle et abrègent la convalescence.

Parfois sur le fond d'asthénie post-grippale se greffent de véritables exacerbations, crises d'hypotension paroxystique, qui relèvent d'une injection sous-cutanée de Pressyl.

(1) Laboratoires Lematte et Boinot, Paris.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Psychiatrie

Le principe des services ouverts est celui-ci : ils ne doivent recevoir tout malade souffrant d'un trouble psychopathique que du moment qu'il accepte de se soumettre à la cure et tant que ses réactions ne comportent pas de danger manifeste pour autrui.

Il existe une catégorie bien définie de malades mentaux qui ne peuvent, d'une part, être utilement soignés dans le milieu familial et pour lesquels, d'autre part, l'internement dans un asile d'aliénés paraît une mesure toujours inutile, quelquefois gênante et souvent nuisible.

Les indications des services ouverts sont certaines formes de dépression nerveuse, l'asthénie, qu'elle soit constitutionnelle ou acquise, la mélancolie sans idées de suicide ; on y soignera également avec profit les petits anxieux, les hypocondriaques, les insomniques, les obsédés, les douteurs, les scrupuleux. On peut admettre les épileptiques ne présentant pas de réactions violentes, les pithiatiques, certains syphilitiques. Les toxicomanes seront traités à condition de se soumettre à la discipline qu'on leur impose.

L'asile a évolué. Il n'est plus le parc à aliénés qu'il était autrefois et, de plus en plus, il s'adapte aux exigences médicales modernes.

(J. Colonna d'Istria. Contribution à l'étude des services ouverts pour malades mentaux. *Archives médicales d'Angers*, octobre 1936.)

Médecine vétérinaire

Si on compare, au Maroc, l'intensité de la mortalité animale au cours des différentes saisons, on conclut aisément que les mois les plus meurtriers sont les derniers mois de l'été et les premiers mois de l'automne.

Les principaux facteurs communément reconnus de cette mortalité estivo-automnale, sont :

1° La sous-alimentation et l'inanition ;
2° Les affections parasitaires ;
3° L'avitaminose.

En pratique ces trois facteurs agissent en association.

(Miegeville. Avitose ou amicrobiose. *Maroc médical*, 15 octobre 1936.)

Toxicologie

Le saturnisme, jadis presque uniquement professionnel, tend à disparaître depuis l'application d'une prophylaxie efficace ; il semble par contre sévir à nouveau, sous une forme spéciale : saturnisme d'origine hydrique.

Deux caractères semblent lui appartenir un peu en propre. D'une part la fréquence des formes latentes et larvées, dont beaucoup simuleront l'anémie pernicieuse soit une cachexie telle que l'on pensera à une néoplasie digestive, cela grâce à l'absorption lente, mais prolongée de doses minimes de toxique. D'autre part, en cas d'accidents aigus toujours possibles, l'importance des phénomènes intestinaux simulant toujours l'occlusion intestinale ou l'appendicite au point d'avoir provoqué parfois une intervention.

(Denéchau et Canonne. Le saturnisme d'origine hydrique en Anjou. *Archives médicales d'Angers*, septembre 1936.)

Thérapeutique

La perméabilité des méninges aux médicaments est mal élucidée. Des essais récents donnent quelques résultats :

Le salicylate de soude, les iodures de potassium et de sodium passent dans le liquide céphalo-rachidien.

On ne saurait comparer la barrière méningée à une membrane inerte. Entre le sang et le liquide céphalo-rachidien sont interposées non seulement les tuniques endothéliales et accessoirement conjonctives des vaisseaux, mais encore un deuxième élément d'origine neuro-ectodermique.

(A. Leulier et B. Pommé. Sur la perméabilité des méninges aux médicaments. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juin 1936.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

A l'Ecole pratique. — La barricade vétuste et vermoulue qui gardait l'entrée de l'Ecole pratique et ressemblait plus à un gibet qu'à une porte, vient de disparaître. Elle a été remplacée par une grille en fer forgé qui n'est autre que cette de la Charité, en même temps qu'ont disparu du mur voisin les affiches dont le barriolage faisait si pénible contraste avec l'élégante façade du réfectoire des Cordeliers. Ainsi, dans notre vieille Faculté, apparaît, en maintes occasions, un souci d'urbanisme qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps, le prestige du décanat ayant paru suffisant à ceux qui, chargés de veiller aux destinées de l'Ecole, ne croyaient pas, comme l'avait prétendu Thouret en le démontrant par l'exemple, qu'un doyen peut et doit être un grand administrateur.

Qu'est-ce que la médecine ? Science ou art ?— *Tous les deux, répond M. Okinczyc, dans un petit livre de haute pensée qu'il vient de publier (Labergerie, 11, rue Cujas, Paris) sous ce titre et dont voici le premier chapitre :*

Nous serons tous d'accord pour reconnaître que la médecine est une science, c'est-à-dire une forme de connaissance.

Mais à quel degré de la hiérarchie du savoir, convient-il de la placer ? Est-ce dans les régions supérieures où savoir est syno-

nyme de sagesse ? Est-ce « dans ce sens supérieur de savoir de mode ferme et stable, armé pour la certitude et capable d'avancer sans fin dans le vrai ? — Non sans doute, car la science médicale n'est pas armée pour la certitude, et ne peut prétendre à se confondre avec la sagesse ». S'il nous est possible ultérieurement de parler cependant d'une « Sagesse médicale » ce sera dans un sens humain, plus proche de celui de prudence, et qui l'apparente à l'art.

Est-ce encore, toujours d'après les mêmes définitions, « dans le sens inférieur, d'un savoir particulièrement curieux des choses créées et comme en connivence ou complicité avec elles ? » Non certes, car nous toucherions alors à une sorte de dilettantisme, sans portée pratique, ou à une spéculation indifférente et, par conséquent inhumaine.

Ce sera plutôt dans le sens moyen du savoir, « un savoir par le détail et le conditionnement prochain ou apparent ». C'est une science particulière, ou mieux encore une science pratique.

La médecine ainsi mise à sa place, ne saurait prétendre, sans risquer de sortir de l'humain, au titre de science pure ; pas davantage à celui de science exacte, comme la science mathématique, bien que nous ayons trouvé cette affirmation hasardeuse dans quelques publications récentes.

Nous pouvons conclure : « La science médicale ne participe pas à la spiritualité de sagesse, puisqu'elle rentre dans les sciences pratiques. Elle n'est pas indépendante en elle-même de l'intérêt humain et du souci biologique ».

Est-ce diminuer la science médicale que de la mettre à sa place, non au premier rang des sciences, mais au second ? Non, car là encore elle est bonne et noble en elle-même. « Si nous disons la science inférieure à la sagesse, c'est comme une perfection est inférieure à une autre perfection, en vertu à une autre vertu, un monde de mystère et de beauté, à un autre monde d'intelligence et de mystère. »

Sur le plan humain, nous ne savons même rien de plus grand, ni de plus beau que la médecine, et nous ne craignons pas de dire que la profession médicale est unique et n'est comparable à aucun autre. Peut-être est-ce là la raison de sa méconnaissance ordinaire, et de l'incompréhension de la plupart des hommes à son égard. Il faut l'avoir pratiquée, mieux encore l'avoir vécue, en avoir pénétré le sens et l'esprit, pour la comprendre et reconnaître sa prééminence. « Elle ne peut être assimilée à aucune science. »

Nous ne sommes pas bien sûr que tous les médecins eux-mêmes en perçoivent la qualité ; faute de vocation, ou par incapacité de nature ou d'éducation à voir de haut, certains ne veulent reconnaître dans la médecine qu'un métier, et son profit matériel. C'est réduire leur jugement à la fin de l'ouvrier (*finis operantis*) en négligeant la fin de l'ouvrage (*finis operis*) ; ils paieront tôt ou tard cette simplification arbitraire, car un jour ou l'autre leur œuvre portera témoignage contre eux ; que nous le voulions ou non, la fin de l'œuvre en médecine, prime la fin de l'ouvrier ; et si la science médicale n'est pas indépendante de l'intérêt humain, nous verrons que cet intérêt à double effet, conserve cependant un caractère particulier, spécifique, presque paradoxal, puisqu'il sauvegarde son indépendance et son désintéressement.

Qu'est-ce en effet que l'œuvre médicale ?

Nous avons dit de la science médicale qu'elle était une science pratique.

Pour n'être pas une science abstraite, devons-nous en conclure qu'elle s'applique dans la pratique uniquement à la matière ? Pas davantage.

Son objet est l'*homme*, qui n'est ni matière exclusivement, ni esprit exclusivement, mais que participe de l'un et de l'autre. C'est bien cette ordination spéciale et exclusive à l'homme qui en fait une science non comparable à aucun autre. Non comparable ne veut pas dire « incomparable » dans le sens de suréminent, mais d'unique en son genre.

Son objet est donc l'homme, et l'homme vivant, composé d'une âme et d'un corps ; car la maladie n'a d'existence qu'autant que dure la vie ; le médecin ne peut donc, qu'il le veuille ou non, traiter un malade en faisant abstraction de son âme, puisque la présence de l'âme est la condition de la vie, et que la maladie n'a d'existence qu'en fonction de la vie.

Nous disons bien que la médecine est une science ordonnée à l'homme et non à la maladie de l'homme. Il ne faut pas confondre la maladie qui est une abstraction, avec le malade qui nous ramène au concret.

Cela est si vrai que la connaissance parfaite du meilleur traité de médecine ne confère pas la science médicale, et que celle-ci ne vaut qu'au lit du malade, au moment précis où nous quittons le domaine de la théorie pour entrer dans celui de la pratique. Nous ne vaudrons que par la fin de l'œuvre et nous serons jugés en vérité moins sur la récitation intégrale du livre, que sur l'usage que nous saurons en faire près de l'homme malade qui se livre à nos soins. « En somme, la médecine quand elle se limite à l'étude des maladies, s'ampute d'une partie d'elle-même ». Nous dirions volontiers, qu'une telle science purement spéculative, n'a aucun sens si même elle n'est pas un contre-sens.

Agis selon les règles de l'art, *Fac secundum artem*, pourrait-on dire au médecin frais émoulu de la Faculté, qui peut être à ce moment un brillant élève, mais n'est pas nécessairement un bon médecin.

Il sait peut-être en théorie ce qu'il convient de faire pour vaincre la maladie, mais en réalité il s'agit moins de vaincre la maladie que de guérir le malade, et non un malade quelconque, un malade imaginé dans l'abstrait, mais tel malade, Paul ou Jacques qui réclame nos soins. « Les médecins ne remplissent vraiment leur rôle que s'ils devinent en nous ce qui nous est particulier. Leur succès dépend non seulement de leur science, mais de leur habileté à saisir les caractères qui font de chaque être humain un individu », et nous ajouteront : une personne.

C'est par ce renouvellement incessant de la faculté d'observation, d'application et d'invention avec chaque malade, par les indications changeantes aux prises avec l'intuition, l'acuité de perception, et la confiance à conquérir, par son objectif même qui est l'homme malade, vivant et pensant, que la science médicale est un art, avec tout ce que comporte ce domaine particulier.

« L'art est quelque chose de l'homme. Comment ne dépendrait-il pas des dispositions du sujet où il se trouve ? Elles ne le constituent pas, mais elles le conditionnent. »

Mais ici, mieux encore, dans ce « colloque singulier » dont parle Duhamel, et qui réunit, qui associe pour l'œuvre commune de guérison, le malade et son médecin, c'est-à-dire deux hommes, pour la plus noble et la plus passionnante des tâches, comment ne pas parler d'œuvre d'art ? L'un y apporte toute sa science et ses facultés d'invention et d'adresse, l'autre tout son être, forme et substance, qui se livre dans un désir passionné et instinctif de guérison.

C'est par cette application à l'homme que l'œuvre médicale est essentiellement œuvre d'art.

« L'art appartient à l'ordre pratique ; il est tourné vers l'action, non vers la pure intériorité du connaître. »

Science et Art, confondus et unis pour l'œuvre de guérison, telle est donc la médecine.

C'est précisément par l'imagination « pourvoyeuse » de l'art que la science médicale se distingue des sciences exactes.

Les difficultés du Service de santé chez les gouvernementaux espagnols. — *Lu dans* L'HUMANITÉ (7 février 1937) *sous la signature du Docteur Coron* :

Tous ceux qui ont séjourné en Espagne, tous ceux qui sont allés au front de combat, tous ceux qui ont visité des hôpitaux là-bas, savent quelles sont les terribles difficultés contre lesquelles ont à se battre les médecins et les organismes sanitaires de l'Espagne républicaine.....

Tout d'abord, un certain nombre de médecins, par suite de leurs origines ou pour d'autres motifs, sont passés dans le camp des rebelles. Les républicains ont manqué et manquent encore de médecins : parce qu'ils n'en avaient pas assez dès le début ; parce que les besoins de la guerre en exigeaient et en exigent de plus en plus. Il en est de même des infirmiers et des infirmières qualifiés.....

Les médecins militaires se sont — en majorité — conduits comme les officiers — traîtres à leur patrie — et non comme des médecins au service du peuple. De sorte que l'organisation médicale militaire a été entièrement à refaire. Il a fallu tout créer, organiser.

... Il a fallu organiser l'avant, il a fallu organiser l'arrière, avec des organisateurs issus du peuple, malgré — parfois — le sabotage d'un personnel technique resté à son poste, mais avec la passivité du mauvais vouloir ou l'activité de la trahison...

Est-ce dire que tout est parfait ? Certes non.

Mas l'un des défauts de l'admirable peuple espagnol, c'est la fierté. Il ne se plaint pas, il ne gémit pas. Et cependant, tous les

médecins qui ont été en Espagne savent combien on manque un peu de tout.

Le trafic routier est plus important que le trafic ferroviaire. Aussi, une part très importante du transport des blessés se fait par la route : ils ont besoin d'ambulances. Ils manquent d'instruments de chirurgie, de matériel de pansement, de médicaments de tout ordre, d'objets et de linge nécessaires à l'installation d'hôpitaux, de matériel de désinfection, de brancards, d'appareillages pour fractures et infirmités.....

Clinique ou laboratoire. — *Tous les deux, répond M. Pasteur Valléry-Radot* (Revue des Deux-Mondes, 15 février 1937), *dans un article où il montre que l'ère de la clinique n'est pas périmé et que le laboratoire, mal interprété, peut-être plus nuisible qu'utile :*

Ce n'est pas, dit-il, seulement le diagnostic qui peut être conduit sur une fausse piste par une mauvaise interprétation des épreuves de laboratoire, c'est aussi le traitement.

Depuis quelques années, un nombre considérable de méthodes de traitement, dites biologiques, ont été proposées. Comment le médecin-praticien, tourmenté par les articles innombrables qui sont mis sous ses yeux par des revues et des journaux chaque jour plus nombreux sollicité par la publicité de toute sorte à laquelle sont soumis à chaque instant ses yeux et ses oreilles, pourrait-il faire le départage entre les méthodes qui ont fait leurs preuves et celles qui n'ont aucune base scientifique ? Comment pourrait-il discerner, sans expérience personnelle, celles qui sont actives sans être nocives ? Guidé par le souci de faire bénéficier ses malades des techniques nouvelles, quelles qu'elles soient, il applique souvent des thérapeutiques qui sont illogiques, car, au lieu d'aider les défenses de l'organisme, bien souvent elles les annihilent. Au lieu de laisser le malade guérir par ses propres moyens, on le voit parfois user d'armes trop audacieuses qui peuvent avoir une influence néfaste sur l'organisme. Que de fois, le médecin propose, que de fois le malade ou son entourage réclama un soi-disant « vaccin » qui n'aura aucune action et pourra même entraver la guérison ! On confond vaccins et sérums ; on finit par ne plus savoir si celui-ci est préventif, celui-là curatif, et quels sont ceux qui ont fait les preuves de leur efficacité.

Que de malades ont besoin de repos qui sont tourmentés, presque chaque heure, par des injections de médicaments ! Car il faut à tout prix traiter « par des méthodes scientifiques » ! Le public l'exige, et le médecin, qui, par bon sens s'y oppose, est bien souvent traité d'incompétent.

Heureusement, il s'est trouvé des hommes qui ont compris la vraie signification du laboratoire appliqué à la clinique. Aux engouements irraisonnés pour des épreuves biologiques non rationnelles et non interprétables la plupart des maîtres de nos facultés ont su opposer la logique et l'esprit critique qui élague, rejette l'inutile, discrimine le vrai. Ils ont passé au crible, les épreuves proposées par des chercheurs qui souvent oubliaient les sévères disciplines de la vraie méthode scientifique. Ils ont démontré, par le livre et l'enseignement, que la clinique avait des certitudes aussi bien que le laboratoire qu'elle devait rester à l'origine de l'examen du malade, que les épreuves biologiques devaient non la remplacer, mais l'étayer.

La plupart des médecins-praticiens ont suivi ces maîtres dans la voie de la logique. Combien sont admirables ces obscurs médecins de campagne ou ces médecins de famille, — car, heureusement, il y en a encore, — qui ont fait ce qu'on appelait jadis d'un beau mot, « leurs humanités », qui ont travaillé avec assiduité dans une de nos facultés, et qui maintenant exercent leur profession avec intelligence et conscience, excellents cliniciens, ayant du bon sens, qualité qui prime toutes les autres pour un médecin, sachant presque tout de leur métier, aiguillant quand il le faut vers un spécialiste, mais après un diagnostic établi, pratiquant une thérapeutique aussi loin du scepticisme que de la crédulité !

Et M. Pasteur Valléry-Radot de conclure avec sagesse que « le médecin de l'avenir sera, non un biologiste, mais un clinicien connaissant la valeur des épreuves de laboratoire et sachant les interpréter ».

« Il ne faut guère accorder de crédit, à la réputation qu'on fait aux professeurs d'écoles, qui, pour attirer les candidats, seraient d'une extrême indulgence. Pareille chose est facile à avancer, beaucoup moins à prouver ». (Dr Georges Laffitte Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la Société moderne. Editions Delmas).

NOUVELLES

Cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances sociales. — En vue de préparer les docteurs en médecine candidats aux fonctions de médecin-contrôleur des Assurances scoiales, un cours spécial aura lieu au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur Tanon, Marcel Martin, avec la collaboration du Docteur Legros, Docteur Forestier.

Les médecins-contrôleurs et fonctionnaires administratifs des Assurances sociales, les docteurs et étudiants en médecine, ainsi que toutes personnes s'intéressant aux Assurances sociales peuvent assister à ce cours.

Le cours comprend huit conférences qui auront lieu à 18 heures, à l'Amphithéâtre Cruveilhier (entrée : 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) du 6 avril au 22 avril, et des stages pratiques dont l'organisation sera indiquée au cours des conférences.

S'inscrire au Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Escalier D, 2e étage, ou écrire. L'inscription est gratuite.

Programme des conférences. — 6 avril, Docteur Legros : Bref historique de l'évolution des lois sociales. La Mutualité. Les grands principes de la loi des Assurances sociales. — 8 avril, Docteur Legros : Les abus en médecine sociale. Nécessité et raisons du contrôle. — 10 avril, Docteur Legros : Contrôle des malades et contrôle des traitements. Contrôle des procédés nouveaux de traitement. Le charlatanisme. — 13 avril, Docteur Legros : Le secret médical dans l'application des lois sociales. — 15 avril, Docteur Legros : Le médecin-contrôleur. Son rôle moral. — 17 avril, Docteur Forestier : Assurances sociales et prévention de l'invalidité. — 20 avril, Docteur Forestier : Assurances sociales et protection de la maternité et de l'enfance. — 22 avril, Docteur Legros : Avenir de la médecine professionnelle. Médecine collective et médecine libre. Le médecin social.

Hospice Paul-Brousse. — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un chef de laboratoire de radiologie.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 mars 1937 inclusivement de 10 à 12 heures et de 15 à 17 heures à la Préfecture de la Seine (Direction des Affaires départementales, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, Porte 227), dimanches et fêtes exceptés.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion se tiendra le jeudi 11 mars, à 17 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris (VIe).

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale, Mlle Sérin, 11, boulevard de Port-Royal, Paris (XIIIe).

Les Livres de la semaine

Barbellion (Pierre). — **La blennorragie. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement.** 2e édit. Préface de M. le Professeur Leguen. Ill. 73 fig. en noir et 3 pl. en coul. 380 p. Br. : 60 fr. (*Libr Maloine*).

Liceti (Fortunio). — **De la nature, des causes et de la différenciation des monstres.** Coll. Hippocrate. Ill. 38 grav. 96 p. Br. : 25 fr. (*Hippocrate*).

Maranon (Dr G.). — **Le problème des sexes.** Br. : 15 fr. (*Denoël et Steele*).

Stekel (Willhelm). — **La femme frigide.** Coll. Psychologie. 520 p. Br. : 24 fr. (*N. R. F.*)

Yperman (Jehan). **La chirurgie.** Coll. Hippocrate. 2 ill. 123 p. Br. : 20 fr. (*Hippocrate*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 10 — 6 MARS 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 2 mars. — M. DE ADJURIAGUERA : La douleur centrale. — M. FLAJSZER : Contribution à l'étude du test de Schiller après la ménopause . — M. LEIVANT : Traitement du cancer du col utérin par les méthodes physiothérapiques. Comparaison statistique.

3 mars. — M. LATIFI : Les fistules sigmoïdo-vésicales. — M. PANCRAZI : La pleurotomie sans résection costale avec drain à thorax fermé. — M. CONTE : Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif. Applications à la pathogénie de la scarlatine.

Hôpital d'Argenteuil. — *Concours pour la nomination de quatre internes titulaires et de six internes provisoires.* — Un concours est ouvert pour la nomination de quatre internes titulaires et six internes provisoires en médecine à l'hôpital d'Argenteuil.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, s'ouvrira le mardi 20 avril 1937, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Conditions d'admission : 1° être français, âgé de moins de 30 ans. 2° Etre titulaire de quatorze inscriptions validées ou de douze inscriptions pour les internes de province, nommés au concours.

Pièces à fournir : Un extrait d'acte de naissance, un certificat de date récente de vaccination antivariolique et antityphoïdique, un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date, un certificat délivré par son chef de service attestant qu'il a rempli son devoir avec exactitude et sans avoir encouru de reproches graves.

2° *Epreuves.* — a) *Ecrites* : 1° une composition de pathologie interne ou externe ; 2° une composition d'anatomie ; pour cette épreuve, il est accordé trente minutes de réflexion et deux heures pour la rédaction ; b) *orales* : 1° une question de chirurgie d'urgence ou d'accouchement ; 2° une question de pathologie interne ; pour cette épreuve, il est accordé quinze minutes de réflexion et dix minutes d'exposition.

Les compositions sont notées de 0 à 20. Un minimum de 2 points à l'écrit et de 10 à l'oral sera exigé.

3° *Avantages.* — La durée des fonctions des internes titulaires est de deux ans. Le traitement est de 5.000 francs la première année et de 5.400 l'année suivante. Les internes sont logés et nourris. Les internes provisoires jouissent des mêmes avantages que les internes titulaires pendant le temps qu'ils en remplissent les fonctions.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 avril à midi.

L'entrée en fonctions est fixée au 1er mai 1937.

Les stages faits dans les services sont validés par la Faculté.

N. B. — L'hôpital comporte 500 lits et comprend un service de chirurgie générale, un service de médecine générale, un service des voies respiratoires, un service de maternité, un service de pédiatrie et des consultations externes.

Argenteuil est à dix minutes de Paris, par la gare Saint-Lazare.

Conférences d'hygiène et médecine préventive. — M. Perre JOANNON, agrégé, commencera ses conférences le mardi 16 mars 1937, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

SUJET DES CONFÉRENCES : Prophylaxie des maladies infectieuses, hygiène sociale, hygiène urbaine.

Cours de vacances de pratique obstétricale, par MM. Marcel Metzger, Paul Chevallier, Vaudescal, Lantuéjoul, Suzor, Desoubry, De Peretti, Bidoire, Bompart, A.-M. Weill, Merger, Gorse, De Manet.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 20 mars 1937, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Samedi 20 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. LANTUÉJOUL. — 17 heures : Présentation de malades (M. A.-M. WEILL). — 18 heures : Examen du bassin chez la femme enceinte (M. A.-M. WEILL).

Lundi 22 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations de nourrissons. — 17 heures : Présentation de malades (M. MERGER). — 18 heures : Diagnostic de la grossesse au début (M. MERGER).

Mardi 23 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. LANTUÉJOUL. — 16 heures : Visite au Musée (M. DE MANET). — 18 heures : Traitement de l'éclampsie (DE PERETTI).

Mercredi 24 mars, 9 h. 3/4 : Conférence clinique par M. CHEVALLIER, agrégé (hôpital Cochin). — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Hémorragies rétro-placentaire (M. MERGER).

Jeudi 25 mars, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par M. METZGER, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bichat. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Traitement de l'infection puerpérale (M. WEILL).

Vendredi 26 mars, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Placenta inséré sur le segment inférieur (M. SUZOR).

Samedi 27 mars, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. LANTUÉJOUL. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Fibromes et puerpéralité (M. BOMPART).

Mardi 30 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des nourrissons. — 10 h. 1/2 : Présentation de malades (M. LANTUÉJOUL). — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Tuberculose et grossesse (M. DESOUBRY).

Mercredi 31 mars, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques : forceps. — 18 heures : Conduite à tenir au cours de l'avortement (M. A.-M. WEILL).

Jeudi 1er avril, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : La version. — 18 heures : Anomalies de la contraction utérine (M. MERGER).

Vendredi 2 avril, 9 h. 1/2 : Présentation de malades, maternité de l'hôpital Bichat (service de M. Metzger, agrégé). — 16 heures : Présentation de l'épaule (BIDOIRE).

Samedi 3 avril, 9 h. 1/2 : Examens des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon clinique par M. LANTUÉJOUL. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis rachitiques (M. VAUDESCAL).

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit à verser est de 200 francs.

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal. Professeur : A. Couvelaire. Vacances de Pâques). — *Cours de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 22 mars au samedi 3 avril, sous la direction de M. Sureau, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, Digonnet, de M. Powilewicz, Mmes Anchel-Bach, Fayot, Petit-Maire, MM. Lepage et Coen, Grasset, Landrieu, Mouchotte.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques , théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 10 heures et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Lundi 22 mars, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (M. Lepage). — 11 heures à 12 heures : Conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance (Mme Fayot). — 14 h. 30 : Diagnostic des présentations (M. Coen).

Mardi 23 mars, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Complications de la délivrance (M. Digonnet). — 14 h. 30 : Forceps dans les variétés directes (en O. P. et en O. S.) (M. Coen).

Mercredi 24 mars, 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Discussion d'observations (M. Sureau). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des viciations perviennes (M. Desnoyers).

Jeudi 25 mars, 10 heures à 11 heures : Visite au pavillon Tarnier (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (M. Desnoyers). — 14 h. 30 : Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures (M. Coen).

Vendredi 26 mars, 10 heures à 11 heures : Examens des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Présentation de malades (M. Lacomme). — 14 h. 30 : Forceps dans les présentations de la face et du front (M. Coen).

Samedi 27 mars, 10 peures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation (M. Sureau). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation du col (M. Lepage). — 16 heures : Extraction du siège (M. Landrieu).

Lundi 29 mars, 10 heures à 11 heures : Examen clinique au dortoir (M. Lepage). — 11 heures à 12 heures : Albuminurie et éclampsie (M. Ravina). — 14 h. 30 : Version par manœuvres internes (M. Landrieu).

Mardi 30 mars, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Les tumeurs au cours de la gestation et de l'accouchement (M. Sureau). — 14 h. 30 : Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier (M. Grasset).

Mercredi 21 mars, 10 heures à 11 heures : Visite à l'isolement (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Discussion d'observations (M. Sureau). —14 h. 30 : Complications de l'avortement (M. Lepage).

Jeudi 1er avril, 10 heures à 11 heures : Visite au Pavillon Tarnier (Mme Fayot). — 11 heures à 12 heures : Mort apparente du nouveau-né (Mme Anchel). — 14 h. 30 : Diagnostic et traitement des infections puerpérales (M. Sureau). — 16 heures : Basiotripsie (M. Lepage).

Vendredi 2 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel). — 11 heures à 12 heures : Présentation de malades (M. Lacomme). — 14 h. 30 : Visite du Musée (M. Grasset).

Samedi 3 avril, 10 heures à 11 heures : Examen des femmes enceintes (Mme Anchel) — 11 à 12 heures : Syphilis maternelle-fœtale et infantile (M. Powilewicz). — 14 h. 30 : Lésions des voies génitales au cours de l'accouchement et leur traitement (M. Sureau).

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Un minimum de douze élèvesest nécessaire pour que le cours ait lieu. Le droit à verser est de 150 francs.

Chaire de clinique cardiologique. (Professeur : M. Charles Laubry). — M. le Professeur Charles Laubry continuera son enseignement clinique le jeudi, à 9 h. 1/2 du matin et le samedi, à 11 heures.

Le programme de l'enseignement sera donné ultérieurement.

Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie. — Le Docteur André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie qui aura lieu du 10 mai au 15 mai inclus.

1° Cours théorique. — Six leçons théoriques à l'hôpital Lariboisière, dans le service de clinique O. R. L. du Professeur Lemaître. Elles commenceront chaque jour à 10 heures.

Première leçon (le 10 mai) : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

Deuxième leçon : Corps étrangers des voies aériennes et digestives, diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

Troisième leçon : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

Quatrième leçon : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons.

Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de sécrétions et des biopsies.

Cinquième leçon : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

Sixième leçon : Examen de malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats.

Deux cours pratiques. — Il comportera six leçons pratiques, trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations sous la direction et le contrôle du Docteur Aubin.

Le programme est le suivant :

A. Sur le cadavre. — *Première séance* (le 10 mai) : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Gastroscopie. — *Deuxième séance* (le 11 mai) : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction. — *Troisième séance* (le 12 mai) : Corps étrangers des voies digestives.

B. Sur le chien vivant : *quatrième, cinquième et sixième séance* (les 13, 14 et 15 mai). Même programme que sur le cadavre. Applications au chien vivant.

Ces travaux pratique auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours de 14 heures à 16 h. 30.

Ce cours comportera au maximum douze auditeurs. Droits d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 5 mai.

Légion d'honneur. MINISTÈRE DE LA GUERRE.— Sont promus ou nommés :

OFFICIERS : M. Dupont, médecin à Lussac-les-Châteaux.

CHEVALIERS : M. Desjacques, chirurgien des hôpitaux de Lyon. — Mosse, médecin du Conservatoire national des Arts et Métiers. — Salomon, médecin à Mondilhan (Haute-Garonne).

Guerre. — Un décret porte réorganisation du Comité consultatif de santé. En voici le texte :

Art. 1er. — Un comité consultatif de santé est institué auprès du département de la Défense nationale et de la Guerre.

Art. 2. — Ce Comité est composé :

a) De membres titulaires, au nombre de douze au moins, choisis parmi les officiers généraux du Corps de santé militaire et du Corps de santé des troupes coloniales ;

b) De membres consultants au nombre de dix au moins, choisis parmi les membres civils de l'Académie de médecine (quatre), et parmi les officiers généraux et supérieurs du Corps de santé militaire et du Corps de santé des troupes coloniales, y compris ceux mis à la disposition d'autres départements ministériels.

Art. 3. — Les membres titulaires et les membres consultants du Comité consultatif de santé sont, à dater du 1er janvier de chaque année, régulièrement nommés pour une période d'une année, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année. Toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable à la date du 1er janvier suivant.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale de l'A. D. R. M. vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Mourier.

Le Professeur Hartmann fait l'exposé de l'activité de l'Association au cours de l'année qui vient de s'écouler. Si le nombre des étudiants étrangers, accomplissant à Paris leur scolarité a considérablement diminué, il n'en est pas de même des docteurs venant suivre les cours de perfectionnement, ce dont nous devons nous féliciter. Pour la première fois, l'A. D. R. M. a organisé, pendant les vacances, des échanges d'étudiants avec la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie.

Le Doyen Roussy, dans une belle allocution, expose le rôle de la pacifique et salutaire activité de l'A. D. R. M. Pendant la durée de l'exposition, qui, dans quelques mois, ouvrira ses portes, elle aura à cœur d'accueillir les savants et les nombreux étudiants étrangers qui seront nos hôtes.

Renouvellement du tiers des membres du Conseil d'administration. Sont élus : MM. Arloing, Armand-Delille, Boudin, Cohen, Desfosses, Gastou, Heitz-Boyer, Lenormant, Loeper, Molinéry, Mouchet, Okinczyc, Pierret, Roussy, Villaret.

M. Mourier fait l'éloge de l'A. D. R. M. qui contribue au rapprochement des élites. Il espère que 1937 va voir s'intensifier les échanges médicaux, de nombreux médecins étrangers devant venir pour assister au Ve Congrès des hôpitaux.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle aura lieu le samedi 6 mars 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des Professeurs).

Ordre du jour : Docteur R. NEVEU : Les observations médicales de Regnard en Laponie (1643).

Docteur L. BRODIER : La maladie et la mort de Bossuet.

Docteur J. VIÉ : Tentatives et projets de réforme des maisons de correction parisiennes au XVIIe et au XVIIIe siècle.

Docteur I. SIMON : La médecine légale dans la Bible et le Talmud.

Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — L'Assemblée générale aura lieu le jeudi 11 mars 1937, à 17 heures, à l'Institut Alfred-Fournier.

ORDRE DU JOUR : 1° Eloge de Louis Fiaux, par M. le Docteur André MORIN ; 2° Le Comité d'éducation féminine. Rapport par Mme la Doctoresse MONTREUIL-STRAUS ; 3° Rapport moral, par M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, secrétaire général ; 4° Rapport financier, par M. JAPHET, trésorier.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* — Treize leçons du 26 avril au 1er mai 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (11 au 17 juillet 1937). — Il se tiendra, sous la présidence des Professeurs Carnot (de Paris) et Latarjet (de Lyon).

Les séances du Congrès auront lieu à la Faculté de médecine de Paris. Afin de permettre à tous les participants d'assister à la lecture et à la discussion des rapports, les séances consacrées à ceux-ci auront lieu le matin, les séances de sections consacrées à la lecture et à la discussion des communications ayant lieu l'après-midi.

Quatre sections sont prévues : biologie sportive ; éducation physique scolaire et post-scolaire ; sports, orientation, éducation et contrôle ; incidents et accidents des sports médecine et chirurgie).

Les sujets des rapports ont été conçus de telle façon que toutes les grandes questions générales concernant l'éducation physique et les sports soient traitées et que le livre des rapports remis à chacun des congressistes représente un véritable aide-mémoire du médecin s'intéressant à ces questions.

Les communications à discuter dans les séances de sections devront parvenir au secrétariat général au plus tard le 1er juillet, comporter un maximum de quatre pages de machine à écrire, double intervalle, avec, en outre, un résumé d'une demi-page pour la presse.

Tous les médecins sportifs sont invités instamment à participer aux travaux de ce Congrès.

Un certain nombre de démonstrations d'éducation physique ou de sports, de visites d'établissements sont prévues pour les congressistes pendant les heures libres. Entre autres dates, le 14 juillet, journée pendant laquelle il n'y aura aucune séance de travail.

Un certain nombre d'avantages (facilités de transports, entrées à l'Exposition, réceptions, etc.), seront réservés aux congressistes.

Les cotisations seront de : médecins inscrits, 100 francs ; personnes appartenant à la famille du médecin : 25 francs.

Le secrétariat du Congrès se tient au Comité national d'éducation physique et des sports, 45, rue de Clichy, à Paris, où la correspondance devra être adressée au secrétaire du Congrès, le Docteur M. Collet.

Tous les renseignements peuvent être demandés dès maintenant à cette adresse.

Deuxième Congrès international de gastro entérologie. — Ce Congrès aura lieu à Paris, du lundi 13 au mercredi 15 septembre 1937 (à l'occasion de l'Exposition universelle), sous la présidence du Professeur Pierre Duval ; deux questions ont été mises à l'ordre du jour des séances : Le diagnostic précoce du cancer gastrique et l'Occlusion aiguë et chronique du grêle.

Pour la première question, les rapporteurs sont MM. Pierre Duval, Anthonin Gosset, Paul Carnot, René Gutmann, François Moutier, Garin, Marcel Labbé, Yvan Bertrand, Gatellier et Charrié (Français) ; et MM. Konjetzny, Katsch, Sauerbruch, Buerger, Berg, Henning, Staemmler (Allemands).

Pour la deuxième question : MM. Mogena (Espagne) ; Wilkie (Grande-Bretagne) ; Bottin (Belgique) ; M. Krynski (Pologne), N. Italie), Felsen (Etats-Unis d'Amérique).

Ne peuvent prendre part à la discussion que les membres titulaires de la Société internationale de gastro-entérologie.

Pour la France, où se tiennent les Assises du Congrès, pourront s'inscrire au titre de membre adhérent (cotisation de francs belges : 120) des médecins et des étudiants en médecine. Ils doivent envoyer leur demande d'adhésion au secrétariat du Comité national français, Docteur Alban Girault, 29 *bis*, rue Pierre-Demours à Paris. Tout membre titulaire ou adhérent aura la faculté de faire inscrire comme membre associé du Congrès, une ou plusieurs personnes de sa famille qui paieront une cotisation de 75 francs belges. Les membres du Congrès auront tous les avantages accordés habituellement aux congressistes.

A l'issue du Congrès de Paris s'ouvrira, à Vichy, le 16 septembre 1937, le Congrès international de l'insuffisance hépatique, sous la présidence du Professeur Loeper, de Paris.

Fondation « Lady Tata ». — Les administrateurs de la Fondation « Lady Tata » font appel aux candidats désireux d'obtenir allocations ou bourses en vue de faciliter leurs recherches sur les maladies du sang et plus particulièrement la leucémie, pendant l'année académique commençant le 1er octobre 1937. Les allocations d'un montant variable sont octroyées pour couvrir des frais de recherches ou pour procurer à des chercheurs âgés l'aide scientifique d'assistants plus jeunes. Les bourses allouées sous forme de rénumération personnelle, sont ordinairement de 400 livres sterling par an, pour l'exclusivité des heures de travail, mais, dans certains cas d'autres occupations, et sous réserve d'approbation, elles peuvent être proportionnées aux heures consacrées aux recherches. Allocations et bourses sont accessibles aux chercheurs de toute nationalité.

Prière d'adresser les demandes avant le 31 mars 1937, la décision des administrateurs devant intervenir en juin.

Pour tous renseignements, écrire à Georges Maitre, 9, rue Buffault, Paris (IXe), secrétaire du « Lady Tata Memorial Trust » pour les pays de la zone française.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — Au cours de sa récente assemblée générale, l'Association a constitué comme suit son bureau pour 1937 : président, M. Paul Boudin ; vice-présidents, MM. J. de Fourmestraux (de Chartres) et O'Folllowell ; secrétaire : M. Albert Garrigues ; secrétaire adjoint, M. Pierre Labignette ; trésorier : M. Lucien Mathé ; membres du Conseil d'administration, MM. O. Béliard, J. Crouzat, J. Minet (de Lille), R. Molinéry.

Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français. — Le Bureau est constitué comme suit pour 1937 : président : M. Molinéry ; vice-président, M. R. Jodin ; secrétaire, M. Pierre Labignette ; secrétaire adjoint, M. B. Lehmann ; trésorier, M. Albert Garrigues ; administrateurs, MM. J. Crouzat, J. Minet, M. Poumailloux.

Association confraternelle des médecins français. — L'Assemblée générale annuelle, prévue par l'art. 14 des statuts, aura lieu le lundi 15 mars 1937, à 21 heures, à l'Hôtel Chambon, 96, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Association française des médecins amis du miel et des produits de l'apiculture. — Ce jeune groupement placé sous la présidence active du Docteur Moreaux, directeur du Laboratoire de recherches apicales de l'Université de Nancy, réunit déjà un nombre important de confrères.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : Docteur Henry Chaumartin, 1, Port de l'Ecu, Vienne (Isère).

TRAVAUX ORIGINAUX

L' « Etat dysraphique »

Par A. TOURAINE
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Sous le nom de « Status dysraphicus », proposé dès 1913 par Henneberg, Bremer a réuni, en 1926, des malformations nombreuses et fort diverses qui ont pour caractéristiques d'être congénitales, familiales, et de se combiner en syndromes plus ou moins complexes dont la syringomyélie est le type le plus élevé. Elles sont dues à des troubles dans la coalescence des lèvres du canal neural au moment où celui-ci se ferme pour former le tube neural primitif.

Mais nombreuses sont aussi les dysplasies par anomalies dans la coalescence du raphé médian antérieur et des raphés latéraux qui, chez beaucoup de sujets, s'associent aux précédentes. Le terme de Status dysraphicus doit être, à mon sens, plus compréhensif et englober toutes les malformations qui sont dues aux troubles de fermeture des raphés, aussi bien médian antérieur que médian postérieur et que latéraux.

C'est là un chapitre nouveau, à peu près inconnu en France, qui intéresse aussi bien la pathologie générale que la dermatologie.

* * *

Avant d'étudier l'état dysraphique, il n'est pas inutile de montrer comment sa conception s'est élaborée, en Allemagne, avec Henneberg et surtout Bremer, puis avec Jaroschy, Gutmann, Curtius et Lorenz, von Passow, etc...

Dès 1828, Calmeil avait vu dans la syringomyélie une anomalie de développement par soudure incomplète des bords du canal neural et absence de commissure grise. Cette théorie pathogénique a été maintes fois reprise et défendue, notamment par Leyden et par Virchow, puis par Hoffmann, Kahler et Pick, Schlesinger, Préobajenski, Bielchowsky, Henneberg, etc. ; elle entraîne la notion d'une affection congénitale, parfois héréditaire et familiale. A cette première anomalie se joint une prolifération névroglique anormale dont le processus histologique a été décrit par Ramon y Cajal. Celui-ci a montré que la glia se formait aux dépens des spongioblastes contenus dans les parois latérales du canal neural. Si l'accolement des lèvres de ce canal est incomplet ou irrégulier, des spongioblastes conservent une place atypique et édifient une gliomatose hétérotopique. Les affections qui en dérivent sont des dysplasies avec inclusions blastomateuses (Bielchowsky). La syringomyélie est donc une dysplasie par coalescence défectueuse du raphé médian postérieur, avec gliomatose secondaire.

Or, Bremer note la fréquence avec laquelle on signale, chez les syringomyéliques, des anomalies variées de développement corporel (spina bifida aperta ou occulta, sacré ou cervicodorsal, asymétrie faciale, voûte ogivale, hydrocéphalie, forte prédominance de l'envergure sur la taille, côte cervicale, hyper- et syndactylie, malformations des oreilles, troubles du système pileux, acro-cyanose, etc.) ou des manifestations d'ordre neurologique (tumeurs de la moelle, épilepsie, scléroses multiples, etc.). Il en rapproche des malformations qui étaient considérées jusqu'alors comme des signes de syringomyélie (thorax en bateau ou en entonnoir, scoliose, troubles vaso-moteurs et sécrétoires, etc.). Il y a donc, dans la syringomyélie, « des composés constitutionnels héréditaires en jeu ».

Ces diverses anomalies se retrouvent très souvent, non seulement chez les syringomyéliques mais aussi dans leur famille, aussi bien chez leurs ascendants que parmi leur descendance. Dix observations détaillées en font foi, dans lesquelles Bremer étudie la parenté de syringomyéliques légers ou graves. Il existe donc un état dysplasique constitutionnel, familial, sur lequel la syringomyélie se développe souvent.

Bien plus, au cours de ces recherches, l'attention de Bremer « a été attirée par des sujets qui n'avaient pas de syringomyélie au sens étroit du mot, dans la parenté desquels on ne trouvait pas de syringomyélie, mais dont les manifestations cliniques montraient le tableau qu'on trouva chez les parents de syringomyéliques ». Il s'agit, dans ces nouvelles familles, des mêmes dysplasies que précédemment, isolées ou associées, identiques ou alternantes d'un sujet à l'autre. Bremer en rapporte trois observations probantes. Au surplus, il signale, dans un travail de 1927, que chez quatre sujets, atteints de telles dysplasies mais sans syringomyélie clinique, il a toujours trouvé, à l'autopsie, des lésions importantes de la moelle ; dans trois cas il y avait gliose et parfois formation de cavernes et dans le dernier une hydromyélie. Le Status dysraphicus a donc une base anatomique, analogue d'ailleurs à celle de la syringomyélie quoique plus discrète. En conséquence, cet état a une individualité anatomo-clinique ; c'est une polydysplasie par troubles dans la coalescence du canal neural et gliomatose secondaire. Loin d'être une conséquence de la syringomyélie, c'est un fond constitutionnel héréditaire, familial qui se traduit par de nombreuses malformations et qui peut aboutir à la syringomyélie ou à l'hydromyélie.

Cette conception de Bremer a été confirmée de maints côtés, en Allemagne surtout. Son domaine tend à s'élargir. Jaroschy fait entrer le trophœdème de Meige dans le Status dysraphicus ; von Passow lui rattache certaines modifications oculaires (syndrome de Claude Bernard-Horner congénital, hétérochromie irienne, paralysies de nerfs moteurs), des troubles du trijumeau, du facial. Van Bogaërt, Bielchowsky, Alpers et Waggoner montrent la fréquence des dysraphies dans la maladie de Friedreich. Le travail de Curtius et Lorenz établit les limites de la question en 1934. Plus récemment, en faisant connaître les premières séries de cas publiés en France, j'ai montré que de nombreuses autres anomalies des raphés, jusque-là négligées, pouvaient être incorporées au Status dysraphicus, avec lequel elle coexistent habituellement. On en trouvera ici l'énumération.

En réalité, l'état dysraphique est fréquent pour qui a l'attention attirée vers lui. Ses éléments sont nombreux et variés ; mais il convient de rester prudent et critique dans leur appréciation car ils sont parfois assez discrets pour ne s'écarter que peu de l'état physiologique ; « les limites avec la normale sont fluides » dit Bremer. Tous les degrés existent entre un sternum correct et un thorax en entonnoir, entre une colonne vertébrale droite et une forte scoliose, entre une légère dépression coccygienne et un spina bifida. Il en est de même, d'ailleurs, pour tous les états constitutionnels ; il est bien difficile de fixer, vis-à-vis des sujets sains, les limites d'un diabète, d'une obésité, d'une insuffisance viscérale. En cas de doute, on ne tiendra donc pour pathologique, une dysraphie discrète que si elle s'associe à d'autres malformations mieux caractérisées.

* * *

Eléments de l'état dysraphique

Les malformations dysraphiques sont nombreuses, quoique de valeur sémiologique inégale. Pour les classer, on peut les répartir en trois groupes, selon le raphé aux dépens duquel elles se forment :

— *Dysraphies postérieures ou dorsales*, par troubles dans la coalescence du raphé médian postérieur ou du canal neural.

— *Dysraphies antérieures ou ventrales*, par troubles dans la coalescence du raphé médian antérieur.

— *Dysraphies latérales*, symétriques ou non, par troubles dans la coalescence des divers raphés latéraux.

I. — Dysraphies postérieures

Ces dysraphies se divisent elles-mêmes en deux catégories. Les unes sont dues à des troubles dans la coalescence des *enveloppes* du canal neural et n'intéressent que la peau et les plans mésodermiques qui se sont différenciés autour de ce canal (vertèbres, muscles, etc.) ; elles restent donc locales et *médianes*. Les autres relèvent des altérations du *canal neural* lui-même et de ses dérivés directs (axe cérébro-spinal et ses expansions) ; elles se traduisent *à distance* par des manifestations d'ordre neurologique qui se rapprochent souvent des signes de la série syringomyélique.

a. — *Dysplasies locales, médianes, de coalescence.*

LÉSIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — La *cypho-scoliose* est habituellement considérée comme un signe fréquent de la syringomyélie (25 à 50 p. cent des cas). Elle peut cependant exister sans elle, être congénitale, familiale et se combiner avec d'autres éléments du Status dysraphicus dont elle est d'ailleurs, d'après Bremer, un élément presque constant. Pour ma part, je l'ai notée sept fois dans une série de vingt malades atteints de dysraphies diverses.

Harrenstein l'a vue coïncider, dorsale inférieure, avec une rachischizie des dixième et onzième vertèbres dorsales, Gruber avec un spina bifida et Maas avec une vertèbre supplémentaire ou, au contraire, avec l'atrophie de l'une d'elles. Von Finck signale la fréquence, dans la scoliose congénitale, des anomalies du sacrum et surtout du spina bifida occulta (grand hiatus sacré dans un cas de Böhm).

La pathogénie de cette cypho-scoliose congénitale reste discutée : asymétrie musculaire (Roth. Cramer), anomalie de développement (Oppenheim, Cramer), trouble trophique de la série syringomyélique (Schlesinger, Foix et Fatou). On l'a vue coexister avec la maladie de Friedreich (Jendrassik, Schob, von Bogaert, etc.) et, associée ou non à cette dernière, être familiale, héréditaire (Staub, Bielchowsky, Curtius et Lorenz).

Plus rarement, il n'existe qu'une *scoliose*, une *cyphose* pure ou même une *lordose*.

La cyphose haute et limitée, déterminée par l'exagération de la saillie que fait l'apophyse épineuse de la *septième vertèbre cervicale*, dite proéminente, doit, à mon avis, être incorporée au Status dysraphicus. Elle est souvent familiale et s'accompagne, en général, d'autres dysraphies.

Le *spina bifida aperta*, surtout lombaire ou lombo-sacré, est une malformation grave, habituellement incompatible avec la vie. Aussi ne fait-il pas partie du tableau du Status dysraphicus tel qu'on l'observe communément chez l'adulte ou dans la deuxième enfance. On sait cependant qu'il coexiste volontiers avec d'autres dysraphies importantes telles que l'hydrocéphalie, le double pied bot.

Le *spina bifida occulta* est, par contre, fréquent car il permet une vie normale. Son siège d'élection est le sacrum, beaucoup plus rarement la colonne cervicale ; on l'a cependant vu à la fois cervico-dorsal et lombo-sacré (araphie de Henneberg).

Il se dénonce quelquefois, cliniquement, par une fossette coccygienne, par l'écartement anormal des cornes du sacrum ou par la division des tubercules de la crête sacrée. Mais seule la radiographie permet d'affirmer son existence ; sur les clichés de 500 sujets pris au hasard, Curtius et Lorenz le notent 49 fois léger, 11 fois moyen, 11 fois accentué et 11 fois en large fente, c'est-à-dire dans 17,6 p. cent des cas (chiffres identiques à ceux d'autres auteurs).

La coexistence de spina bifida avec d'autres dysraphies est très fréquente ; on en trouvera plus loin maints exemples.

Le spina bifida occulta se manifeste souvent par de *l'énurésie nocturne*. Fuchs a été le premier à montrer que celle-ci était due à une myélodysplasie, elle-même souvent liée à un spina bifida. Cette notion a été confirmée par Mattauschek (myélopathies dans 5/6 des énurésies), Scharncke (spina bifida dans 90 p. cent des énurésies), Curtius et Lorenz (196 spina bifida dans 329 énurésies, c'est-à-dire dans 59,5 p. cent des cas), Curtius (énurésie chez 2,11 p. cent des membres de familles où existent des cas de sclérose médullaire), etc... Dans une famille d'énurésiques de père en fils, Jancke trouve, chez tous, un spina bifida occulta. J'en ai vu un exemple chez un garçon de 16 ans, porteur d'un Status dysraphicus très caractérisé.

LÉSIONS DU CRANE. — Outre *l'hydrocéphalie*, souvent associée à un spina bifida aperta et généralement incompatible avec la vie, deux petites malformations me paraissent pouvoir être rattachées au Status dysraphicus. C'est d'une part la saillie assez fréquente de *l'angle supérieur de l'occipital* au-dessus du plan des pariétaux, dysplasie souvent héréditaire et familiale. C'est aussi la saillie anormale ou l'effacement complet de la *protubérance occipitale externe*, repère si précieux pour la ponction sous-occipitale.

LÉSIONS DE LA PEAU ET DE SES ANNEXES. — La *fossette coccygienne*, sur laquelle, avec Marceron, j'ai attiré l'attention en 1929, me paraît être une dysplasie fréquente dans le Status dysraphicus. Sur vingt cas je l'ai notée sept fois. Dans des recherches antérieures qui portaient sur quatre-vingts observations de fossette coccygienne, j'ai trouvée celle-ci : légère, en simple dépression, dans 25 p. cent des cas, moyenne, en entonnoir, dans 31 p. cent, profonde, infundibuliforme, adhérente au coccyx par le ligament caudal de Luschka dans 34 p. cent, enfin parfois double ou fissuraire. Elle s'associait à un front olympien dans six cas, à une voute ogivale dans dix-neuf, à une axiphoïdie dans quinze, c'est-à-dire fort souvent à d'autres dysraphies.

Cette fossette est le reliquat du blastopore, au niveau du nœud de Hensen où fusionnent les trois feuillets germinatifs. Ainsi s'explique le polymorphisme histologique des embryomes que sont les *tumeurs sacro-coccygiennes*. Celles-ci s'accompagnent souvent de spina bifida occulta et peuvent dégénérer en tumeurs malignes.

L'*hypertrichose dorsale médiane* m'a paru nettement plus fréquente dans le Status dysraphicus qu'à Curtius et Lorenz qui ne la signalent qu'une fois sur trente-deux cas.

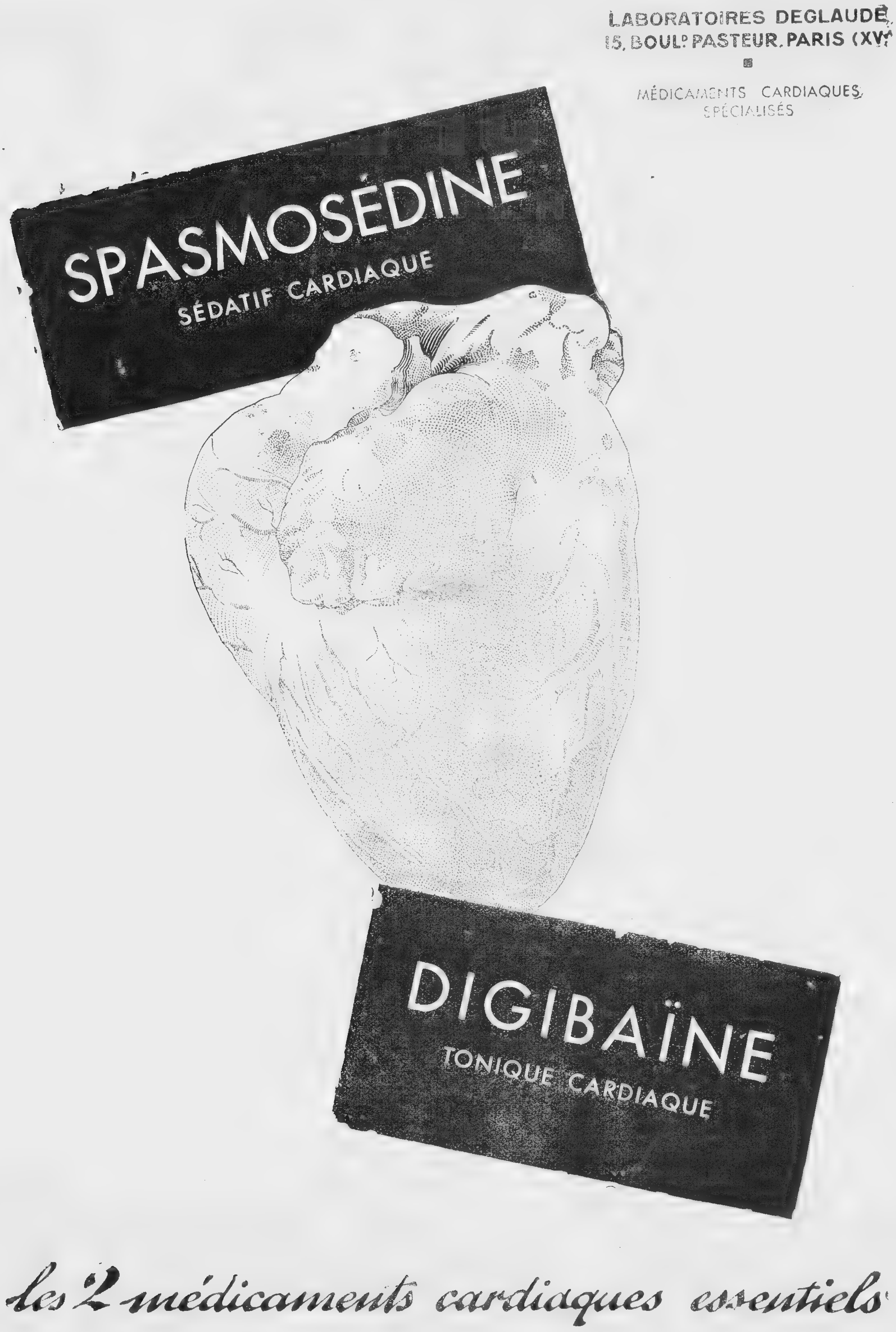
Elle est assez rarement cervicale, je l'ai cependant vue, chez une femme de 23 ans, former une ligne de poils noirs et longs de plusieurs centimètres sur la ligne des apophyses épineuses de la nuque, depuis le cuir chevelu jusqu'à la sixième vertèbre cervicale. On la voit plus souvent recouvrir la ligne médiane entre les omoplates ; cette localisation est particulièrement apparente chez le jeune enfant, alors que le reste du système pileux est encore rudimentaire sur le tronc.

Par contre, elle est d'observation assez commune sur la région lombo-sacrée où elle forme habituellement un triangle à base horizontale et à sommet inférieur, coccygien. Chez une de mes malades, les poils atteignaient, dans cette région, une longueur de 10 centimètres et ébauchaient une véritable *queue-de-cheval*. Une telle anomalie n'est pas très exceptionnelle et si elle siège, en général, sur les lombes ou le sacrum, on l'a signalée aussi sur la colonne dorsale supérieure (Virchow), sur la nuque (Waldeyer).

L'hypertrichose lombo-sacrée s'associe, le plus souvent, à un spina bifida occulta (nombreuses observations depuis Virchow, Brunner, Laignel-Lavastine et Papillaut, etc... et plus récemment avec Dally, Wigley, etc.). Tillmann a réuni en 1905, quarante-deux cas de spina bifida occulta dont quatre seulement ne comportaient pas d'hypertrichose sacrée. Souvent il existait en outre diverses anomalies : pigmentations, télangiectasies, hyperplasie éléphantiasique, hyperidrose, lipomes, kystes dermoïdes, tératomes.

A l'inverse des états précédents, une bande d'*hypotrichose* dessine la ligne médiane chez des sujets par ailleurs fort velus. J'en ai noté plusieurs exemples.

La *tache mongolique* est rare dans nos pays et s'efface, en général, rapidement au cours de l'enfance. Elle disparaît donc du tableau habituel du Status dysraphicus. On l'a cependant vue coexister avec une hypertrichose dorsale et surtout lombo-sacrée (Bœlz, Kerl, Wateff, etc.), un vitiligo voisin (Fiorentino), une fistule coccygienne (Bonnet-Larborderie), un spina bifida avec idiotie et double pied-bot (da Costa Ferreira), un hypospa-


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

dias (Comby), une hypoplasie génitale (Ebstein), une syndactylie (Menabuoni), etc...

Des *télangiectasies lombo-sacrées* ont été considérées comme d'origine dysraphique par O'Beck et surtout par Winkler. Leur valeur sémiologique est contestée par Curtius et Lorenz qui en constatent chez 20 p. cent de tous les hommes âgés de plus de 40 ans. Je n'en ai pas relevé d'exemple probant.

b. — *Dysplasies à distance, d'origine neurale.*

Ces dysplasies ont été longuement étudiées par Bremer, par Curtius et Lorenz, von Passow, etc... Beaucoup d'entre elles ont une assez grande valeur sémiologique.

Leur mécanisme reste obscur. Peut-être peut-on les rapporter soit au processus gliomateux, comme dans la syringomyélie ou la syringobulbie, soit à des troubles sympathiques d'origine médullaire.

En voici la liste d'après les auteurs allemands :

Modifications de la stature. — La *prédominance de l'envergure sur la taille* est connue au cours de la syringomyélie depuis Schlesinger, Borchardt. Elle s'observe aussi dans le Stratus dysraphicus ainsi qu'en témoignent, entre autres, les cas de Finzi, de Bremer, etc ; je l'ai, de mon côté, souvent vérifiée.

Cette dysharmonie corporelle serait due à un allongement exagéré des membres, et surtout des bras, vis-à-vis du tronc. Pour l'apprécier à sa valeur, on se rappellera qu'une forte scoliose peut suffire à modifier ce rapport de stature. D'autre part, si, chez l'enfant, envergure et taille sont sensiblement égales, chez l'adulte l'envergure dépasse normalement la taille de 1 à 6 centimètres.

Sur 30 sujets atteints d'état dysraphique, j'ai noté cinq fois une envergure égale à la taille : dans onze cas l'envergure dépassait la taille de 1 à 6 centimètres et dans huit autres cas la dépassait de plus de 6 centimètres (j'ai noté jusqu'à 11 centimètres), par contre l'envergure était inférieure à la taille chez six sujets. A tenir compte des variations physiologiques, l'envergure a dépassé la taille de plus de six centimètres dans 27 pour 100 des cas ; c'est donc là une dysplasie assez fréquente.

Associées à cette dysharmonie de l'envergure, diverses anomalies du squelette ont été signalées par Finzi : asymétrie faciale, voûte du palais ogivale, etc. Bremer a relevé des altérations du système pileux : hétérochromie, pauvreté des poils axillaires, etc.

Un *état acromégalique*, connu dans la syringomyélie, a été également constaté dans le Status dysraphicus.

Mains. — D'après Bremer, les manifestations du Status y seraient fréquentes. L'*acrocyanose* type Cassirer se voit assez souvent chez les syringomyéliques et dans leur parenté ; on la trouve aussi dans l'état dysraphique, associée à d'autres dysplasies ; elle peut aller jusqu'à réaliser le tableau de la maladie de Raynaud. Je l'ai notée six fois chez vingt malades atteints de dysraphies diverses ; les engelures m'ont paru particulièrement banales chez ces sujets. L'acrocyanose est parfois de type atrophique, plus souvent de type hypertrophique jusqu'à rappeler la main succulente de la syringomyélie. Elle s'accompagne, en général, *d'hyperidrose* locale, surtout palmaire;les mains sont grosses,violacées et moites.

Assez souvent s'associent des *troubles sensitifs*, de paresthésie subjective ou objective. Ce sont des fourmilements, de l'engourdissement, une diminution de la sensibilité au toucher, à la douleur, à la température, tous troubles qui s'étendent en gant à limite supérieure circulaire au niveau du poignet, comme dans la syringomyélie. J'ai noté le fait, plusieurs fois, de façon fort nette.

Ces divers troubles expliquent sans doute la *vulnérabilité de la peau*, la fréquence des érosions, plaies, ulcérations et la lenteur de leur cicatrisation au point de rappeler le panaris analgésique de Morvan ; tous signes sur lesquels insiste Bremer.

Le même auteur attache un certain intérêt à l'existence d'une camptodactylie ou *doigts en crochet* portant sur l'auriculaire ou sur plusieurs doigts d'une ou des deux mains, ébauchant la main en griffe ou en pince de la syringomyélie.

Quelques cas de *syndactylie* ont été signalés.

Membres inférieurs. — Après Léri, Kuntzen, Rallo, récemment Jaroschy a insisté sur la fréquente association du *trophœdème chronique* de Meige avec un spina bifida occulta et diverses dysplasies imputables à une gliomatose médullaire. Jaroschy admet, à son origine, un trouble dans le développement des vertèbres.

Aux pieds, *l'acrocyanose* peut présenter les mêmes modalités et conséquences qu'aux mains : hyperidrose, troubles paresthésiques, etc ; elle est cependant en général moins accusée. Les érosions et ulcérations peuvent prendre l'aspect d'un mal perforant plantaire. Ici encore, on trouve souvent un spina bifida occulta.

Le *pied-bot* congénital est presque toujours lié à un spina bifida dont une fossette coccygienne est l'habituel témoin. Cette anomalie du sacrum est notée dans 75 pour 100 des pieds-bots par O. Beck et dans la plupart des 677 cas de Hahn. Cet auteur a confirmé le rôle étiologique des dysplasies héréditaires de la colonne vertébrale et de la moëlle dans tous les types de pieds-bots.

Il en est de même pour le *pied-creux*. Dans 70 cas de cette malformation, Hackenbroch trouve 42 anomalies de l'espace épidural (60 pour 100).

Extrémité céphalique. — Les manifestations neurologiques du Status dysraphicus peuvent intéresser la face quand la gliose atteint le bulbe ou l'encéphale. Von Passow a attiré l'attention sur ces localisations ; il admet même que la dysraphie cervicale ou dorsale lui paraît plus fréquente que la lombo-sacrée. Comme à Curtius et Lorenz ce fait me semble contestable, car je n'en ai vu qu'un seul exemple.

A l'*œil*, c'est notamment l'*hétérochromie irienne* qui ne serait pas très rare et dont j'ai publié récemment avec Solente une observation très démonstrative, riche en dysraphies variées.

C'est aussi un *syndrome de Claude Bernard-Horner* (myosis, ptosis, exophtalmie), souvent d'ailleurs associé à une hétérochromie irienne du même côté. Des 70 malades de Von Passow, atteints de syndrome de Claude Bernard-Horner, soixante-quatre montraient de nombreuses dysraphies, portant surtout sur les anomalies du sternum, l'augmentation de l'envergure et, chez la femme, l'asymétrie des seins ; plus accessoirement il existait une scoliose, de l'acrycyanose, etc. Dans un quart des cas, Von Passow notait aussi des troubles de la sensibilité dans les régions voisines de l'œil, et parfois encore des anomalies du système pileux, de la sudation, une asymétrie faciale. Ces divers troubles se sont montrés familiaux. Le même auteur aurait reproduit, expérimentalement, l'hétérochromie irienne par section du sympathique cervical chez de jeunes lapins âgés de moins de trois mois.

Von Passow signale encore que, chez ces soixante-quatre malades, il existait sept fois des troubles sensitifs dans le territoire du *trijumeau*, onze fois une paralysie du *nerf moteur oculaire externe* et six fois une paralysie congénitale du nerf facial. Ces diverses manifestations s'accompagnaient toujours de nombreux autres éléments du Status dysraphicus ; certaines familles en offraient plusieurs exemples.

D'après au moins l'une des observations très récentes de Helsmoortel junior, il semble que l'on puisse observer aussi des *troubles labyrinthiques* avec nystagmus provoqué.

II. — Dysraphies antérieures

A l'exception des anomalies du sternum, les dysplasies de coalescence du raphé médian ventral ne paraissent pas avoir retenu l'attention des auteurs allemands. Elles m'ont cependant paru fréquentes et méritent d'entrer dans la description de l'état dysraphique. J'en ai signalé une liste déjà longue

à la Société de Dermatologie, en juillet 1936, et dans la thèse de mon élève Nguyen-Van-Vang.

EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE. — Le *crâne* est parfois déformé chez les sujets dysraphiques. Outre la saillie de l'angle supérieur de l'occipital et les anomalies de la protubérance occipitale externe, mentionnées plus haut, j'ai noté une oxycéphalie, un front olympien et, assez souvent aussi, un crâne en carène par saillie anormalement exagérée soit de la suture interpariétale soit de la ligne médiane frontale.

A l'inverse, on connaît de rares cas de fissures médianes, occipitales ou frontales avec possibilité d'exstrophie partielle ou minime de l'encéphale. Je viens de voir sur la radiographie du crâne d'un imbécile, riche en dysraphies variées, une scissure longitudinale et médiane séparer l'os frontal en deux parties égales.

On peut aussi penser que certains cas d'« ectodermal congénital défects » par aplasie cutanée, dont le vertex est le siège de prédilection, appartiennent aussi au syndrome de dysraphie.

La *face* est souvent intéressée soit dans son squelette,soit dans ses parties molles. Le *nez*, dont la forme dépend essentiellement du mode de coalescence de ses deux moitiés latérales, présente des variations physiologiques qui, on le sait, sont très souvent héréditaires, familiales. Mais plus caractéristiques et plus d'ordre dysraphique sont les déformations de l'organe en *nez de boxeur* (dont j'ai vu plusieurs exemples dans des états dysraphiques) par aplatissement de sa base, ou en « *pied de marmite* », par ensellure de l'arête. Dysraphiques encore sont les *dépressions infundibuliformes* de la ligne médiane, étudiées par Lannelongue, la *bifidité* plus ou moins accentuée du lobule, *l'hypertrichose* limitée à la pointe du nez et assez fréquente, dans certaines familles, chez les hommes, après la cinquantaine.

La *coalescence des sourcils* me paraît une manifestation fréquente de dysraphie. Je l'ai observée, fournie ou modérée, dans huit cas sur vingt. Elle accompagne souvent les anomalies du sternum et l'hypertrichose médiane. Elle était bien apparente dans un cas d'hétérochromie irienne avec strabisme, fossette coccygienne, acrocyanose etc... que j'ai observé récemment et dans un autre où scissure médiane du frontal, axiphoïdie, fossette coccygienne, voute ogivale, s'associaient chez un imbécile de 17 ans que j'ai examiné ces derniers jours.

Sur la *lèvre supérieure*, le sillon nasal ou gouttière labiale ou philtrum, région de soudure des bourgeons médian et latéraux de la face, présente de nombreuses variations morphologiques qui sont habituellement héréditaires, familiales et que je crois devoir rapprocher des autres dysraphies. Il en est de même pour la brièveté congénitale de la lèvre supérieure, fréquente dans certaines familles.

Les fissures de la lèvre supérieure, quoique latérales, peuvent être inscrites parmi les dysplasies du raphé antérieur, puisqu'elles résultent d'un défaut de coalescence entre le bourgeon incisif médian et les bourgeons maxillaires. A ce titre doivent donc figurer ici les fissures simples ou encoches de la lèvre, les becs-de-lièvre uni ou bilatéraux, la gueule-de-loup à fissure naso-labiale bilatérale, le coloboma complet ou incomplet.

Parmi les dysplasies de la *bouche*, il y a lieu de ranger dans le Status dyraphicus la *voûte ogivale*, dont la fréquence a déjà été signalée par Bremer et que j'ai notée dans sept observations sur vingt. On doit y admettre aussi, outre les malformations buccales du bec-de-lièvre, de la gueule-de-loup, les *fissures congénitales médianes de la voûte palatine*, soit qu'elles restent purement muqueuses, soit qu'elles intéressent le massif osseux, soit enfin qu'elles fassent perforation. La saillie exagérée du *raphé médian du voile* est souvent une manifestation atténuée d'une coalescence défectueuse. Il en est de même pour les *malformations de la luette*, souvent trop brève ou trop longue, parfois bifide, comme je l'ai vue dans un cas de dysraphie par ailleurs bien caractérisé.

La *macroglossie congénitale*, la *brièveté du frein sub-lingual* sont probablement à rattacher à une dysraphie.

Intéressantes aussi sont les *anomalies dentaires* par trouble d'implantation des incisives médianes, surtout à la machoire supérieure. Il est fréquent de constater, dans l'état dysraphique, un écartement anormal des incisives médianes supérieures, écartement qui est souvent accentué par l'existence, sur la ligne médiane, d'un bourgeon incisif charnu plus ou moins saillant.

A la *lèvre inférieure*, les fissures sont très rares. Il n'en est pas de même de l'éversement de cette lèvre, si fréquemment héréditaire et familial. On se rappellera que l'hétéropie congénitale de glandules salivaires qui est à l'origine de la cheilite glandulaire siège toujours sur la partie moyenne de la lèvre inférieure et a son maximum vers la ligne médiane.

Certaines malformations du *menton* me paraissent pouvoir être considérées comme dysraphiques. Ce sont, notamment, sa brièveté ou, au contraire, le prognathisme que j'ai noté quatre fois chez des sujets atteints de Status dysraphicus, ou encore la fossette médiane, toutes dysplasies habituellement héréditaires et familiales.

COU. — Sont à signaler ici comme d'origine dysraphique les kystes sus-hyoïdiens (adgéniens ou adhyoïdiens), thyrohyoïdiens, en général dermoïdes, parfois mucoïdes.

THORAX. — Les dysplasies de coalescence y sont fréquentes et toujours très apparentes ; la dysraphie ventrale accompagne souvent la dorsale, disent Schwalbe, puis Curtius et Lorenz. Ces malformations ont donc une grande valeur sémiologique.

Les anomalies du *sternum* sont les plus connues. Elles constituent le principal « signal-symptôme » du Status dysraphicus. On doit en distinguer plusieurs types.

Au degré le plus avancé, quoiqu'exceptionnel, il existe une fissuration longitudinale du sternum, avec ou sans fistule cutanée. Plus fréquente est la déformation dite de « *thorax en entonnoir* » ou de « thorax de cordonnier » ; ce large et profond enfoncement longitudinal du sternum et de l'extrémité antérieure des côtes a été décrit comme signe de syringomyélie, dès 1897, par Pierre Marie et Astié. Plus communs encore sont le « *sternum en rigole* » longitudinale, plus atténuée et surtout le « *sternum en entonnoir* » d'Ebstein, par dépression arrondie, plus ou moins profonde, limitée à la partie inférieure du corps de l'os, à la racine de l'appendice xiphoïde. Toutes ces malformations se voient dans la syringomyélie mais aussi, en dehors de celle-ci, dans les états dysraphiques. Je les y ai constatées treize fois sur vingt cas ; c'est dire leur fréquence sur laquelle ont d'ailleurs insisté Bremer, Curtius et Lorenz, etc.

Ces déformations ne s'expliquent ni par le rachitisme, ni par la scoliose qui manquent le plus souvent. Par contre, elles sont habituellement congénitales (Ebstein, Versi, Bystrow, Bien) et souvent familiales (Ebstein, Edlefsen, Chlumsky, Eichhorst). Elles s'accompagnent toujours d'autres dysraphies. Clausz les a constatées dans huit cas de pied-bot dont sept avec spina bifida occulta ; Curschmann les voit coexister avec un double pied-bot varus équin ; Jentsch les signale chez 3 pour 100 des épileptiques et Carara chez 5,6 pour 100 des détenus en maison de correction. Dans quatre autopsies de sujets présentant un thorax en entonnoir et sans syringomyélie, Bremer trouve régulièrement des lésions gliomateuses de la moëlle avec ou sans hydromyélie.

D'autres anomalies du sternum résident dans l'exagération de *l'angle de Louis*, à l'union du manubrium et du corps de l'os, en relief transversal très accentué chez certains sujets, et que j'ai notée deux fois sur vingt cas de dysraphies. C'est aussi le *thorax en bréchet*, par projection en avant de tout le sternum.

D'ordre dysraphique sont encore les anomalies de *l'appendice xiphoïde*. Parfois celui-ci est recourbé en avant, sur son axe ; plus souvent il est atrophié, non perceptible, même par un examen attentif. Cette *axiphoïdie* me paraît un signe fréquent d'état dysraphique ; je l'ai trouvée cinq fois sur dix.

L'hypertrichose pré-sternale peut quelquefois être considérée comme une dysraphie. Le fait est surtout net chez les sujets peu velus, et en particulier chez la femme, lorsqu'il existe devant la partie moyenne du sternum une touffe ou une ligne de longs poils, contrastant avec l'état glabre des régions


Pour la
TROUSSE D'URGENCE
CORAMINE
NOM DÉPOSÉ
Médicament d'urgence
des Collapsus cardio-respiratoires
SYNCOPES
cardiaqués
respiratoires
ASPHYXIES
par submersion
par gaz toxiques
COMAS
toxiques, barbituriques
diabétiques
Voie intraveineuse et sous-cutanée
parfois intra-cardiaque
Ampoules de 1cc 5 et de 3cc
LABORATOIRES CIBA _ O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON
387

voisines. Cette hypertrichose pré-sternale se combine souvent avec une hypertrichose sacrée ou avec d'autres éléments du Status, en particulier les malformations du sternum.

ABDOMEN. — Les dysraphies de cette région ne paraissent pas avoir, jusqu'ici, retenu l'attention. C'est, notamment, l'existence d'un *lipome sus-épigastrique* plus marqué que de coutume, l'écartement anormal des *muscles grands droits* de l'abdomen et l'éventration qui en peut résulter. C'est aussi la *hernie ombilicale* congénitale, si banale chez le nouveau-né, mais dont l'obturation tarde. C'est encore une *évagination de l'ombilic* qui devient saillant ou un *lipome ombilical* ; cette dernière anomalie ne me paraît pas rare.

Au Status dysraphicus doivent encore être rattachés *l'exstrophie de la vessie*, avec ou sans écartement des pubis, ou plus simplement les *fistules ombilicales de l'ouraque*, les *kystes de l'ombilic*, adénomateux ou mixtes, en véritables embryomes.

Beaucoup plus commune est *l'hypertrichose médiane sous-ombilicale* surtout apparente, le long de la ligne brune, chez certaines femmes, alors que la limite supérieure du système pileux pubien est marquée par une ligne horizontale. Chez l'homme, cette hypertrichose linéaire est parfois fort visible.

RÉGION ANO-GÉNITALE. — Les *organes génitaux* peuvent être le siège de diverses dysraphies. Chez l'homme ce peut être une *brièveté du frein*, une *étroitesse du méat urinaire* et, plus souvent, un *hypospadias* pénien (dont j'ai vu deux exemples sur vingt cas de Status dysraphicus), scrotal ou même périnéal, vulviforme, pseudo-hermaphrodique ou, au contraire, un *épispadias*, ou enfin une exagération du raphé médian scrotal ou périnéal, avec ou sans kystes congénitaux simples ou dermoïdes.

Chez la femme, on peut trouver des *malformations du clitoris*, en hyper ou hypoplasie, une *coalescence* plus ou moins marquée *des petites lèvres*, une *imperforation de l'hymen*, une atrésie ou même une *aplasie vaginale*.

Enfin, *l'imperforation de l'anus* peut s'associer à diverses autres dysraphies.

III. — Dysraphies latérales

Les plus communes, et aussi les plus connues depuis Bremer, sont les *anomalies des seins*, dont cet auteur trouve douze exemples dans trois familles dysraphiques et dont j'ai relevé quatre cas sur vingt sujets atteints de Status dysraphicus.

Parfois, il s'agit *d'hyperthélie*, avec un ou plusieurs mamelons supplémentaires (deux observations personnelles chez des hommes). Plus souvent c'est une *asymétrie de volume et d'implantation*, particulièrement visible chez les femmes. Dans d'autres cas j'ai noté une *convergence des mamelons*, situés en dedans de leur siège normal et dont les axes, au lieu d'être divergents, sont dirigés en dedans. Chez une jeune fille de 14 ans, forte dysraphique, j'ai vu une *hyperkératose des mamelons*, prédominant à gauche. Enfin, Von Passow a signalé quelques cas d'hypochromie unilatérale du mamelon ou de l'aréole, coïncidant avec d'autres dysraphies et une hypochromie irienne du même côté.

D'*autres dysplasies* latérales, et souvent symétriques, par coalescence défectueuse de fissures ou fentes embryonnaires peuvent être considérées comme des dysraphies. Leur étude n'a cependant pas encore retenu l'attention et les documents manquent sur leur association avec d'autres éléments du Status dysraphicus. Ce sont, notamment, les kystes dermoïdes de la queue du sourcil, la macrostomie, par défaut de coalescence entre les bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs, d'où l'élargissement plus ou moins grand de la bouche. Ce sont aussi les fistules congénitales de la face, du cou, les lymphangiomes symétriques ou non du cou, de la région inguino-scrotale. Ce peut être encore la tendance aux hernies inguinales congénitales, aux ectopies testiculaires. Ces multiples dysplasies appellent autant d'études spéciales ; leur valeur, en tant que dysraphies, ne peut pas actuellement être précisée.

IV. — Anomalies associées

La coexistence d'autres malformations avec le Status dysraphicus montre que celui-ci peut être l'une des manifestations d'un état constitutionnel plus profond encore.

A titre de rareté, on a signalé l'existence d'une côte cervicale surnuméraire (Hottinger), d'une dixième côte flottante (Bremer), de syndactylie, de doigt supplémentaire, de malformations des oreilles (j'ai vu un exemple d'oreilles de faune), des anomalies du système pileux (hétérochromie régionale ou générale), etc. Nekam a publié une observation où les troubles circulatoires réalisaient, aux mains, un syndrome de maladie de Raynaud à la fois chez les deux parents et chez leurs six enfants. Enfin Bremer aurait constaté assez fréquemment une élévation du diaphragme.

Plus intéressants sont les *troubles neurologiques* qui accompagnent souvent le Status dysraphicus, tels que anomalies des réflexes, de la sensibilité, hydrocéphalie, hypoplasie du cervelet (Henneberg). Sur trente-deux cas de Status dysraphicus, Curtius et Lorenz notent six fois une arréflexie rotulienne, trois fois des signes de poliomyélite, de tabès, de paralysie faciale, six fois une mydriase, de l'hypoacousie, un strabisme convergent, une forte hyperexcitabilité musculaire. Les mêmes auteurs signalent la possibilité de tumeurs cérébrales, de myopathie progressive, de maladie de Recklinghausen dans la famille du malade ; après Von Bogaert, Bielchowsky et Haenel, Alpers et Waggoner relèvent des dysraphies dans la parenté de sujets atteints de maladie de Friedreich.

La gliose médullaire du Status dysraphicus peut donc s'accompagner de scléroses variées, de diverses systématisations dans le système nerveux central et entraîner des manifestations d'origine cérébro-spinale ou sympathique. Au premier rang de ces glioses doivent figurer la syringomyélie et l'hydromyélie. Ces deux affections ont des signes si voisins de la symptomatologie nerveuse du Status dysraphicus (surtout dans leurs formes légères ou frustes) que la distinction peut devenir très délicate entre ces maladies. Le fait ne doit pas surprendre puisque syringomyélie et hydromyélie sont l'aboutissant du même processus de gliomatose qui est l'une des bases anatomiques de la dysraphie du canal neural.

Mention spéciale est à faire pour les *troubles psychiques* qui sont fréquents dans les états dysraphiques. Curtius et Lorenz en ont relevé seize cas chez trente-deux sujets dysraphiques : insociabilité, imbécillité, démence, épilepsie démentielle, paranoïa, hébéphrénie, crises hystériformes, etc. Plus modérés sont les troubles que j'ai notés six fois chez vingt dysraphiques : déficit intellectuel chez quatre malades, troubles du caractère (en général irritabilité) chez trois sujets (dont un des précédents).

Ces divertes manifestations permettent donc de voir dans le Status dysraphicus une véritable neuro-ectodermose congénitale portant à la fois, le long des raphés, sur la peau et ses annexes et sur le canal neural, ses dérivés et ses dépendances.

***

Les syndrômes de dysraphie

a) TYPES CLINIQUES. — La longue série des dysplasies de coalescence qui viennent d'être énumérées permet un nombre infini de types cliniques dans lesquels les multiples dysraphies se combinent, chez le même sujet ou dans sa famille, pour former autant de syndromes voisins ou éloignés les uns des autres.

Certains sujets ne présentent que deux, trois ou quatre dysraphies associées ; d'autres en réunissent une dizaine et même plus. Dans la famille de ces malades, on retrouve habituellement de nombreuses dysraphies qui peuvent être les mêmes ou différentes. Le Status dysraphicus ne comporte pas un ensemble obligatoire de dysplasies ; il offre un vaste choix de malformations dans lequel chaque malade et ses parents puisent pour constituer autant de syndromes personnels.

Cependant, certaines dysraphies paraissent beaucoup plus fréquentes que d'autres. Le fait est peut-être dû à ce qu'elles attirent davantage l'attention en modifiant l'habitus extérieur des malades ou qu'elles sont dénoncées au premier interrogatoire.

Bremer classe les principales dysraphies selon l'ordre dégressif suivant : anomalies du sternum (presque constantes), cyphoscoliose, asymétrie des seins, excès de l'envergure, cyanose des mains (très fréquentes), doigts en crochet, troubles de la sensibilité (fréquentes), énurésie (assez fréquente), malformations diverses (moins communes).

Dans les trente-deux cas étudiés par Curtius et Lorenz, le signal-symptôme a été quatorze fois l'énurésie, onze fois un thorax en entonnoir, quatre fois des pieds-creux, deux fois des anomalies des seins, une fois la cypho-scoliose.

Sur vingt malades (huit hommes et douze femmes, presque tous de 23 à 30 ans) j'ai noté quinze anomalies du sternum (dont treize thorax en entonnoir ou en rigole et deux angles de Louis), douze hypertrichoses médianes, huit dysharmonies de l'envergure, huit coalescences des sourcils, sept scolioses, sept fossettes coccygiennes, sept voûtes palatines ogivales, six acrocyanoses, six psychopathies, cinq axiphoïdies, quatre asymétries des seins, quatre prognathismes, deux hypospadias, une seule énurésie ; les autres dysrapies n'étaient représentées que par des unités.

Ces trois classements permettent de se rendre compte des malformations les plus fréquentes, ainsi que de leurs combinaisons habituelles. Ainsi encore peut-on concevoir comment se présentent, en général, les sujets en état dysraphique.

b) Évolution. — Certaines dysraphies sont peu compatibles avec la vie. Aussi a-t-on peu l'occasion de rechercher d'autres éléments de Status dysraphicus au cas de spina bifida aperta, d'hydrocéphalie, d'exstrophie de la vessie, d'éviscération abdominale. Aussi, encore, ces importantes dysplasies ne figurent-elles pas habituellement dans le tableau clinique du Status dysraphicus dont elles réalisent cependant une forme grave.

D'autres malformations tendent à s'atténuer et même à disparaître avec l'âge. La fossette coccygienne m'a paru plus fréquente et plus marquée chez le nourrisson que chez l'enfant et plus encore chez celui-ci que chez l'adulte. De même, l'hypertrichose médiane, bien visible chez le jeune enfant encore peu velu, devient moins apparente quand le système pileux du corps se développe. La tache mongolique disparaît presque toujours au cours de l'enfance.

A l'inverse, certains signes de dysraphie n'apparaissent que tardivement ou ne deviennent manifestes qu'à la suite d'un incident ou d'une maladie. Kehn n'a vu l'énurésie commencer, chez un adulte, qu'après que le sujet eut subi une violente averse dans les champs et, cependant, l'examen a révélé un spina bifida occulta, une aplasie partielle du sacrum, des troubles de la sensibilité, toutes anomalies restées inaperçues jusque là. Altschul a dépisté un spina bifida occulta en raison d'une énurésie avec incontinence des matières survenue après une coqueluche. Gudzent, Ewald ont trouvé plusieurs cas de dysraphies à l'occasion de sciatiques apparues après la grossesse ou à la suite d'efforts violents. Des cas analogues ont été publiés par Chiray et Leclerc, Stermich, Obständer, Guttmann, J. Hoffmann, à la suite de traumatismes, d'infections diverses, de poussées menstruelles, etc.

Mais, en dehors de ces cas spéciaux, le Status dysraphicus et ses divers constituants s'observent presque toujours dès l'enfance. Certaines de mes observations concernent des enfants de moins de quatre ans ; Bremer, Curtius et Lorenz en citent maints exemples.

Les dysraphies sont presque toujours définitives ; c'est d'ailleurs la règle pour toutes les malformations congénitales. J'ai signalé que certaines pouvaient s'atténuer ; mais le fait est rare. On ne peut donc en espérer la disparition spontanée.

Beaucoup d'entre elles sont d'ailleurs négligeables et n'appellent aucun traitement. D'autres seront corrigées aisément par des artifices esthétiques (épilation de sourcils coalescents, etc). Certaines enfin, plus graves, bénéficieront d'une opération chirurgicale plastique (bec-de-lièvre, épispadias, hernie ombilicale, fistules, kystes, etc) ou seront neutralisées par un appareil de prothèse (fissure de la voûte palatine, exstrophie de la vessie, etc.)

* * *

Notions pathogéniques

Comme trop souvent en matière de malformations congénitales on ignore le mécanisme des dystrophies.

Les recherches, déjà signalées, de Ramon y Cajal sur l'origine du spina bifida et desglioses médullaires permettent de se rendre compte comment se fait une coalescence défectueuse des lèvres du canal neural. On peut concevoir aussi la formation des fissures et des inclusions qui, au niveau des raphés, réaliseront des non-coalescences ou, à l'inverse, des embryomes. Mais l'origine de ces troubles nous échappe.

Les seules notions sur lesquelles on puisse faire fond sont les suivantes.

L'état dysraphique, dysplasie congénitale, est en général *héréditaire, familial*. Les observations de Bremer, de Curtius et Lorenz, de Von Passow, etc. et quelques-unes des miennes, en offrent maints exemples démonstratifs. On peut même dire que, dans la famille d'un dysraphique, on trouve, d'une façon générale, des dysplasies isolées ou multiples, fortes ou légères, chez presque tous les membres de cette famille.

Le Status dysraphicus, s'il est héréditaire, obéit-il aux *lois mendéliennes de l'hérédité* ? Il est difficile de répondre en raison du nombre restreint des familles étudiées. Bremer s'y est cependant essayé à l'occasion de dix observations familiales soigneusemeùnt prises. Le nombre élevé des dysraphies dans ces familles permet de penser que l'état dysraphique peut obéir à la loi de dominance. C'est encore celle-ci qui paraît ressortir des cas familiaux de fistules branchiales publiés par Precechtel, par Hyndman et Light, d'appendice caudal notés par Eliséef. Dans une famille que j'ai récemment observée, trois des enfants présentaient de nombreuses dysraphies, le quatrième était indemne en dehors d'un strabisme convergent : c'est là encore un exemple de dominance. Mais la question mérite de nouvelles et amples recherches.

Un facteur étiologique à retenir est, je crois, l'*hérédo-syphilis*. On se rappellera d'abord que nombre des dysplasies isolées qui constituent le Status dysraphicus ont été considérées comme des malformations d'origine syphilitique, au nom d'arguments tant cliniques que sérologiques. On sait combien admis est le rôle de la syphilis à l'origine de l'hydrocéphalie ; Queyrat l'a envisagé pour l'axiphoïdie, d'autres pour l'écartement des incisives, le front en carène, le bec-de-lièvre, le spina bifida, etc ; je l'ai souligné, avec Marceron, pour la fossette coccygienne. Il est donc vraisemblable d'admettre que, si la syphilis peut être la cause de maintes dysplasies isolées, elle peut aussi déterminer ces mêmes dysplasies quand elles sont combinées.

Une enquête spéciale m'a fait rechercher la syphilis dans les vingt premiers cas d'état dysraphique que j'ai rencontrés. Dans cinq d'entre eux il s'agissait notoirement d'hérédo-syphilitiques, au nom d'une anamnèse précise. Des quinze autres, sept seulement ont été l'objet d'examens sérologiques ; ceux-ci ont été positifs dans un cas, négatifs dans six. Il n'en reste pas moins que la syphilis était avérée chez six malades sur vingt, c'est-à-dire dans 30 pour 100.

De sept nouvelles observations plus récentes, où la syphilis a été recherchée avec soin, deux comportaient une réaction de Wassermann positive. Dans deux autres, je connaissais la syphilis du père. Dans une cinquième, le grand-père maternel était syphilitique. Dans la sixième, les deux enfants vivants avaient été précédés par trois avortements spontanés de la mère, encore que le père niât la syphilis. La dernière enfin, celle d'un imbécile sans ascendant syphilitique connu, avait une réaction de Wassermann négative.

Une telle proportion d'hérédo-syphilis appelle des recherches plus étendues, étant donnée l'importance que cette infection pourrait acquérir dans la pathogénie de l'état dysra-

phique et aussi dans la prophylaxie des dysplasies par le traitement de la syphilis des parents.

***

L'état dysraphique possède donc une individualité clinique. Il est constitué par la combinaison, en syndromes plus ou moins complexes, de nombreuses dysplasies. Celles-ci sont dues à des anomalies dans la coalescence des raphés médians et latéraux. Il en résulte des défauts d'accolement ou des inclusions ectodermiques et, secondairement, des malformations mésodermiques voisines.

L'état dysraphique intéresse donc les divers dérivés de l'ectoderme, le long des raphés : d'une part la peau et ses annexes, de l'autre les formations nerveuses qui se développent à partir du canal neural. Il doit donc prendre place dans le nouveau chapitre de dermatologie que sont les *neuro-ectodermoses congénitales*. A côté de celles qui résident dans un processus d'hyper, d'hypo ou de néoplasie, la riche symptomatologie de l'état dysraphique permet de constituer un dernier paragraphe, celui des neuro-ectodermoses congénitales dysplasiques.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Bremer. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, XCV, déc. 1926, pp 1-103 : XCIX, août 1927, pp. 104-123. — Cockayne. *Inherited Abnarmalities of the Shin.* Oxford Univ. Press, 1933. — Coppez. *J. belge de Neurol. et Psychiatrie.* XXXV, avril 1935, p. 185. — Curtius et Lorenz. *Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie.*, CXLIX, 1934, pp. 1-49. — Curtius, Storring et Schönberg. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, CLIII, 1935, pp. 719-743. — Enderlé. *Z. f. Neurol.*, CXLVI, 1933, pp. 747-766. — Epstein. *Z. f. Neurol.*, CXLIII, 1933, pp. 556-588. — Finzi. *Zeitschr. f. angeb. Anat. u. Konstit.*, III, 1918, p. 281. — Galewski. *Handb. f. Haut u. Geschlechtskr.* de Jadassohn, XIII, 1re p., 1932, p. 172. — Guttmann. *Handb. f. Haut. u. Geschlechtskr.* de Jadassohn, IV, 2e p., 1933, p. 1249 ; *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, CXXXIV, 1934, p. 148. — Henneberg. *Berlin. klin. Woch.*, 1921, n° 44 ; *Monatschr. f. Neurol. u. Psych.*, XLVII 1920, p. 1, LIV, 1923, p. 117. — Jaroschy. *Brün's Beitr. z. klin. Chir.*, CLII, n° 4, 24 juin 1931, pp. 632-644. — Meirowsky. *Handb. f. Haut. u. Geschlechtskr.* de Jadassohn, IV, 2e p., 1933, pp. 610, 633, 640. — Nguyen Van Vang. *Thèse Paris*, janv. 1937. — von Passow. *Münch. med. Woch.*, 10 août 1934, p. 1243 ; *Arch. f. Augenheilk.*, CVII, 1933, pp. 1-51. — Rallo. *Riforma medica*, XLV, 7 déc. 1929, p. 1647. — Ramon y Cajal. *Zbl. f. Neurol.*, XXVII, 1922, p. 181. — Touraine. *Soc. fr. Derm. et Syphil.*, 13 févr. 1936, p. 444 ; 9 juill. 1936, p. 1553. — Touraine et Marceron. *Paris Médical.* 2 mars 1929. — Touraine et Nguyen-Van-Vang. *Soc. fr. Derm. et Syphil.*, 9 juill. 1936, p. 1559. — Touraine et Solente. *Soc. fr. Derm. et Syphil.*, 10 déc. 1936.

Utilisation de la chronaxie en ophtalmologie

Par **A. FAVORY**

Rappelons que la chronaxie peut être définie comme le temps pendant lequel doit passer un courant d'une intensité double du seuil pour produire une excitation minima.

Cette nouvelle méthode d'investigation électrique imaginée par Lapicque est employée aujourd'hui couramment en neurologie.

Chaque tissu semble posséder sa chronaxie propre et s'il survient des variations elles indiquent l'évolution d'un processus pathologique.

La chronaxie se mesure à l'aide d'appareils spéciaux et s'évalue en sigmas (1/1.000 de seconde) Bourguignon qui a étudié particulièrement la question et déterminé la chronaxie de diverses parties du corps humain a eu l'idée de l'appliquer à l'étude de l'organe de la vision.

Ici l'excitation que l'on produit est un phosphène. Ce principe repose sur l'expérience initiale de Johannes Muller qui montra que l'ouverture ou la fermeture d'un circuit galvanique sur le parcours duquel se trouve l'œil s'accompagne d'une sensation lumineuse plus ou moins vive : c'est le phosphène.

On peut ainsi déterminer avec exactitude la valeur du seuil de l'intensité nécessaire pour produire le phosphène. Mais l'auteur précité observa que la localisation du phosphène dépend du point où se trouve appliquée l'électrode.

Par l'excitation électrique de l'œil à travers les paupières fermées le regard dirigé fixement de face le phosphène apparaît dans la même direction que celle où est appliquée l'électrode : c'est le phosphène local.

Si l'électrode est appliquée au centre de la cornée le phosphène se produit suivant l'axe antéro-postérieur de l'œil : c'est le phosphène central.

L'électrode étant appliqué en un point quelconque de la sclérotique la sensation se produit dans la direction d'application : c'est le phosphène périphérique.

Enfin dans le regard latéral forcé on peut appliquer l'électrode tout près du nerf optique : il en résulte le phosphène à distance.

Ainsi donc l'étude de la chronaxie des différentes régions de la partie sensorielle de l'œil est-elle possible. Celle du nerf optique par le phosphène à distance, celle de la rétine par l'étude des phosphènes locaux, périphériques et centraux. Suivant le point d'application on pourra étudier les réactions des cellules périphériques ou de celles de la région fovéale.

Bourguignon et Dejean ont réussi à déterminer ainsi la valeur de la chronaxie de ces différentes régions. Le phosphène périphérique aurait une chronaxie de 12 à 18 sigmas, le phosphène central 21 à 27 sigmas. Il faut remarquer que ces chiffres sont beaucoup plus élevés que ceux que l'on rencontre au niveau des autres organes.

La modification de ces chiffres dans les états pathologiques de la fonction sensorielle serait à la fois un élément de diagnostic et de pronostic.

Kreindler et Brechler ont trouvé des modifications importantes de la chronaxie dans différentes affections touchant les voies optiques : atrophie optique, papillite, stase papillaire, névrite retrobulbaire, choroïdite décollement de la rétine.

Dans l'atrophie optique tabétique l'étude de la chronaxie semble montrer que le processus pathologique s'étend aux neuromes multipolaires. Ces auteurs parvinrent dans un cas de cataracte complète à déterminer par la chronaxie la valeur fonctionnelle de la rétine, qui dans ces cas est toujours inacessible à l'examen objectif.

Bourguignon tire des déductions du point de vue pronostic par l'étude de la chronaxie du nerf optique et de la rétine dans diverses affections atteignant ces organes.

Les lumières de courte longueur d'onde, les bains, la galvanisation, apportent des modifications dans la chronaxie oculaire. Peut être s'agit-il là de la preuve d'une action thérapeutique directe de ces agents physiques sur l'organe. Enfin récemment certains auteurs ont pu étudier les modifications de la chronaxie au niveau de la musculature extrinsèque et intrinsèque que de l'œil.

Rizzolo a montré que l'instillation de cocaïne dans le cul-de-sac conjonctival amène des modifications dans la chronaxie de l'orbiculaire des paupières.

Zeldenrust étudiant la chronaxie de la pupille trouve la valeur de 32 à 51 sigmas. Cette valeur augmente dans le tabès et la paralysie générale.

Nous voyons donc qu'il existe là un moyen d'investigation tout à fait nouveau qu'il y aurait lieu d'appliquer d'une façon plus étendue et qui semble de nature à rendre les plus grands services dans l'investigation des fonctions oculaires aussi bien motrices que sensorielles.

BIBLIOGRAPHIE

Lapicque. — Presses universitaires de France, 1926.
Bourguignon. — Congrès Ass. Fr. p. av. sciences, Grenoble, 1916.
Kreindler et Brechler. — *Arch. f. opht.*, 1932.
Muller J. — Handbuch der Physiologie des M., Berlin, 1838.
Rizzolo, A. Chambard, B. Chauchard. — Compt. r. soc. Biol., 1926.
Qeldenrust. — *Arch. fur. Aug.*, 1931.
Mayer. — *Arch. of opht.*, février 1935.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Les iodures et les iodiques dans le traitement de la syphilis

Par le Professeur **H. GOUGEROT**

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

L'iodure était autrefois le médicament de choix des vieilles syphilis ; il passait pour plus efficace que le mercure. On voit encore des syphilitiques âgés qui prennent religieusement chaque année aux deux changements de saisons « un flacon d'iodure », et les dépuratifs célèbres du commerce étaient à base d'iodure.

De cet excès d'enthousiasme on est passé à un excès de pessimisme ; certes l'iodure a une action inférieure au mercure, et surtout au bismuth et aux arsénobenzènes. Mais même en cette ère de nouvelle chimiothérapie, il pourra nous rendre service, et c'est pour cela qu'il est utile d'en connaître les indications et contre indications, modes d'emplois et succédanés.

Mais il reste entendu qu'il s'agit d'un médicament de complément, qu'il doit être toujours associé, précédé ou suivi de mercure, bismuth ou arsenic.

I. — Indications

La vieille idée que l'iodure est le médicament de la période tertiaire à l'exclusion du mercure doit être remplacée par les deux principes suivants :

L'iodure doit être employé à toutes les périodes de la syphilis, dès le chancre et la période secondaire, et non seulement à la période tertiaire, *toutes les fois qu'il existe des syphilides infiltrées ou phagédéniques*, dont on veut obtenir la résolution.

On l'emploiera donc non seulement dans les accidents tertiaires mais dans les *chancres longs à se résoudre*, dans les *chancres graves, exubérants, térébrants, phagédéniques*, dans les *syphilis secondaires cutanées papuleuses, tubéreuses*, dans les *plaques muqueuses papulo-hypertrophiques*, dans les *ostéites, céphalée*, dans les *syphilis malignes*, dans les *artérites cérébrales* ou autres, etc.

Il est surtout indiqué dans les syphilis scléreuses viscérales artérielles, etc... On se souviendra que le traitement de choix de la syphilis gastrique réglé par Leven, associe l'iodure par la bouche au mercure par voie rectale.

L'iodure ne doit jamais être ordonné qu'associé au mercure ou à l'arsenic, sauf exception due à l'intolérance à ces médicaments.

* * *

II. Contre-indications

L'iodure étant congestionnant et hémorragipare est contre-indiqué :

— Chez les malades porteurs de lésions pharyngées quelles qu'elles soient, syphilitiques ou non, car on a pu observer de l'œdème de la glotte.

— Chez les tuberculeux congestifs, car on risque une activation des foyers et même l'hémoptysie ; mais chez le tuberculeux latents ou fibreux, chez les syphilitiques pulmonaires, on peut tenter l'iodure en commençant par les doses prudentes, car l'iodure réussit très bien dans la syphilis pulmonaire.

— Chez les néphritiques aigus ou subaigus dont les urines sont foncées, peu abondantes, avec un rapport azoturique faible. Au contraire, lorsque les urines sont claires, abondantes, avec un rapport azoturique normal, l'iodure peut être très utile ; dans la dégénérescence amyloïde il est le médicament de choix (Gaucher). Chez les néphritiques chroniques, de petites doses d'iodure de *sodium* sont utiles (Potain) à condition d'être tolérées, c'est-à-dire de ne pas augmenter l'albuminurie

— Chez les malades susceptibles d'avoir des hémorragies graves : hémorragies rétiniennes, etc...

— Chez les anémiques ; car ils supportent mal les iodures : on se méfiera que les traitements iodurés prolongés sont débilitants ; il sera alors utile de leur associer des faibles doses d'asenic et de glycérophosphate de chaux.

Enfin, certains malades présentent une véritable idiosyncrasie à l'iodure. La première fois que l'on ordonne l'iodure on doit donc tâter la susceptibilité du sujet en ne donnant que 0 gr. 50.

* * *

III. Mode d'emploi

Forme médicamenteuse. — Il est préférable le plus souvent de donner l'iodure et le mercure séparément. L'iodure, quelle que soit la formule employée, sera absorbée à *doses petites, fractionnées*, multiples dans une même journée et, si possible, très diluées.

On ordonne :

Iodure de potassium purifié	50 grammes
Eau distillée Q. S. pour	500 grammes

(Une cuillère à café contient 0 gr. 50)

Verser dans de l'eau ou mieux dans du *lait*, autant de cuillerées à café que l'on doit prendre de demi-grammes.

Ou :

Iodure de potassium	70 gr. (ou KI et NaI àà 35 gr.)
Potasse caustique pure	0 gr. 35
Hyposulfite de soude	0 gr. 35
Alcool à 90°	120 gr. (ou rhum vieux 250 gr.)
Eau distillée	Q. S. pour 1.000 c. c.

Mélanger, faire dissoudre, filtrer sur papier et sur coton superposés, répartir en flacons jaunes. *Cette solution est très stable et peut se conserver plus d'un an* ; elle réduirait l'iodisme au minimum.

Une cuillerée à bouche = 1 gramme.

Verser dans de l'eau ou dans du lait.

Ou :

Sirop de gentiane	àà 330 c. c.
Sirop de quinquina	
Sirop d'écorces d'oranges amères	
KI	60 grammes
Tartrate de fer ammoniacal	18 grammes

(Une cuillerée à café égale 0 gr. 30 d'iodure)

Ou :

Sirop de salsepareille	1.000 grammes
KI	60 —

(Une cuillerée à café égale 0 gr. 30)

Ou, si l'on préfère aux solutions la forme pilulaire, plus facile à emporter sur soi, on fera fabriquer des pilules contenant 0 gr. 25 d'iodure : l'iodure de potassium décrépité est mélangé au mortier à quantité suffisante de farine de froment, puis de sirop de gomme (ou de manne) très concentré pour faire une masse pilulaire que l'on divise ensuite en pilules. On dragéifiera ces pilules et on les enrobera de gluten ou de cire, le gluten ou la cire ayant l'avantage de ne permettre la dissolution de la pilule que dans l'intestin.

Mais les deux modes d'administration que je préfère après les avoir tous essayés, sont :

— le simple mélange au lait

— et l'association de sucre et de teinture d'écorces d'oranges amères.

On fait préparer en deux flacons distincts :

1° KI purifié	100 grammes
Eau distillée	500 —
2° Teinture d'oranges amères	125

Le matin, faire dissoudre dans un grand verre d'eau plusieurs morceaux de sucre, ajouter autant de cuillerées à café de la solution iodurée et de teinture d'oranges amères que l'on doit prendre de grammes d'iodure. Boire cette potion ainsi préparée dans le courant de la journée, à petites doses.

Conduite du traitement. — La dose la plus habituelle est de 2 à 4 grammes par jour, exceptionnellement 5 grammes, que l'on atteindra progressivement en augmentant chaque jour de 0 gr. 50 à partir de 2 grammes.

La dose de 4 grammes est celle de la syphilis en activité. Deux grammes suffisent aux traitements de consolidation.

***

IV. — Intolérants

Si l'iodure est mal toléré (coryza, gêne pharyngée, etc.) on essaiera les prescriptions suivantes :

— S'assurer que l'iodure est parfaitement pur ;

— Corriger les troubles gastro-intestinaux ;

— Boire, aux repas, du *lait*, de l'eau de Vichy, ou de l'eau pure en y ajoutant 8 gr. de bicarbonate de soude par jour ;

— Associer à l'iodure la teinture de scille, XXV gouttes par jour (ou des pilules scillitiques) ou mieux la teinture de *belladone* X à XV gouttes de teinture de belladone par jour (Brocq) ;

— Prescrire, 45 minutes avant les trois prises d'iodure, X à XX gouttes d'adrénaline (Milian).

Puis sans s'attarder à la voie buccale, on donnera en lavement rectal (laudanisé ou non, *non filtré*), matin et soir, la dose complémentaire ou mieux la totalité de la dose quotidienne.

On complétera cette dose d'iodure par d'autres préparations iodées : iodure de sodium (2 gr.), iodure d'ammonium (1 gr.), iodure de fer, 1 gr. 50 par jour, 6 à 25 globules d'iodomaïsine, en ingestion avant les repas, ou injection fessière de 5 à 10 centimètres cubes de lipiodol une à deux fois par semaine.

Les malades complètement intolérants à l'iodure sont rares.

Après échec de tous les artifices précédents et surtout de l'administration par voie rectale, on essaiera les iodiques : iodomaïsine par la bouche 12 à 30 globules par jour et lipiodol 5 à 10 centimètres cubes en injections musculaires deux fois par semaine, on leur associera les arsenicaux : 914, etc.

Si les iodiques sont mal tolérés, il ne faudra pas s'obstiner, on les abandonnera en se méfiant d'une tuberculose associée.

***

L'iodure se combinera ainsi à tous les traitements antisyphilitiques : mercure, bismuth, arsenicaux.

Tantôt on les associera dans la même cure surtout mercure et iodure (ou iodique).

Tantôt on les fera alterner : cure trimestrielle de mercure ou de bismuth suivie d'un mois d'iodure, ou dans un schéme trop oublié, mais excellent dans le traitement des syphilis viscérales devenues latentes ou semblant guéries : chaque mois du 1er au 10 : mercure (en piqûres, ou en frictions, ou en suppositoires) ; du 11 au 20 : iodure (2 gr.), ou des iodiques, du 21 au 30 : acide phosphorique ou autre tonique.

Les résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale. — Douze ans après l'introduction de la malariathérapie en France, dit M. G. Vial (Thèse de Paris, 1937) on peut essayer une étude d'ensemble des résultats qu'elle a donnés dans la paralysie générale.

Il est incontestable que l'état général est très amélioré, mais les signes neurologiques persistent le plus souvent. Les résultats des paralysies générales juvéniles, des paralysies générales séniles et des paralysies générales des hommes jeunes sont nettement moins favorables que ceux obtenus chez des malades entre trente et cinquante ans.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

PHTISIOLOGIE

Le pronostic des tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques

On sait et on admet aujourd'hui qu'un certain nombre de ceux qui, au début de leur existence, font une pleurésie séro-fibrineuse et en guérissent, développent par la suite, et au bout d'une période silencieuse variable, une tuberculose pulmonaire.

Mais la proportion de ces malades varie suivant les auteurs. J. Stephani et H. Weigert qui ont étudié récemment la question et compulsé les statistiques (*Soc. d'études scient. de la tuberculose*, 14 novembre 1936 et *Rev. de la tuberculose*, déc. 1936) concluent qu'un bon tiers des pleurétiques deviennent plus tard tuberculeux.

Et à quelle échéance ? Là encore les opinions sont divergentes. MM. Stephani et Weigert en ont une personnelle, basée sur cent cas pris au début.

Sur ce nombre, ils en ont trouvé vingt-huit qui possèdent des antécédents pleuraux. Et, sur ces anciens pleurétiques, 7 p. 100 ont attendu treize ans pour faire leur tuberculose, 9 p. 100 quatre ans et demi seulement en moyenne, et, chez les derniers 12 p. 100, la période silencieuse était de six mois ou même égale à zéro dans les cas où l'atteinte pleurale ne constituait que le premier symptôme de la maladie elle-même.

En somme, chez le pleurétique on peut pratiquement s'attendre, dans un cas sur trois, à ce que la tuberculose suive la pleurésie de très près, ou bien ne se déclare qu'au bout de quelques années, ou encore attende quinze ou vingt ans pour éclater.

Se demandant si les malades qui avaient des antécédents pleuraux dans leurs anamnestiques guérissaient mieux ou moins bien que les autres, MM. Stephani et Weigert ont trouvé, dans 88 cas de formes condensantes et ulcéreuses, trois fois plus de guérisons confirmées ou apparentes chez les sujets sans pleurésie que chez ceux avec pleurésie.

Autrement dit, la porte d'entrée pleurale constitue un handicap sérieux pour la guérison des formes condensantes et ulcéreuses, c'est-à-dire de presque toutes les formes de début.

Enfin, la pleurésie préexistante empêche, dans un certain nombre de cas, l'institution du pneumothorax artificiel, ou le rend inopérant.

En résumé, disent MM. Stephani et Weigert, l'atteinte pleurale amorce une sclérose précoce qui, dans la gamme des processus de guérison naturelle, place la charrue devant les bœufs.

V. G.

SYPHILIGRAPHIE

La réaction d'opacification de Meinicke en pratique médicale courante

La technique très simplifiée de la réaction de Meinicke en même temps que la valeur des résultats qu'on peut en attendre permet, dit M. L. A. Longin (*Ann. de dermat. et de syphil.*, janvier 1937), à condition qu'on précise les conditions de son emploi isolé, de la faire rentrer dans l'ensemble des examens courants de la pratique médicale usuelle.

La réaction de Meinicke a l'avantage de pouvoir être employée sans préparatifs spéciaux, dès l'exsudation du sérum et avec un outillage extrêmement simple.

« Pas n'est besoin d'étuve, de bain-marie, de centrifugeuse ; quelques tubes à hémolyse d'un modèle courant (12 mm. de diamètre extérieur et 7 cm. de hauteur) deux tubes à essai (17 mm. de diamètre extérieur), quelques pipettes de 1 cent. cube graduées en dizièmes, une pipette de 10 cent. cubes graduée en centimètres cubes, du sérum physiologque à 30 % et un

réactif spécial, mélange d'extrait alcoolique de cœur de cheval et solution alcoolique de baume de tolu.

On introduit 0 c. c. 2 de sérum non chauffé dans deux tubes à hémolyse et à l'un d'eux on ajoute une goutte de formol du commerce pour constituer un tube témoin (qui, avec l'habitude devient inutile). D'autre part, on mélange 1 centimètre cube de tolu-antigène à 10 centimètres cubes de sérum physiologique à 3 % au préalable chauffés dans deux tubes à essai portés au bain-marie à 45° pendant dix minutes. (On verse d'abord le sérum sur l'antigène, puis on fait deux transvasements successifs. Le mélange doit être fait rapidement). On ajoute 1 centimètre cube de ce mélange dans chaque tube de la réaction.

On examine les tubes par transparence soit à la lumière du jour, soit à la lumière artificielle. A la lumière du jour, on s'éloignera de 2 à 3 mètres et on regardera soit le « meneau battant » de la fenêtre soit les barreaux de fer qui peuvent la protéger. Dans les sérums négatifs ou dans le tube témoin ils apparaissent sous forme d'une ligne noire très nette ; dans les sérums positifs, ils se troublent et deviennent peu visibles ou disparaissent complètement. A la lumière artificielle on jugera de la transparence au moyen d'une ampoule électrique dont le filament apparaît très net dans un cas, disparaît plus ou moins complètement dans l'autre.

Le trouble peut être immédiat ou ne se produire qu'après plusieurs heures. Il peut en résulter différents degrés d'opacification sur lesquels il convient d'insister car il en découle des déductions pratiques d'une importance capitale.

Prenons le cas d'un sérum prélevé chez un sujet en pleines manifestations secondaires ; le louche sera immédiat et apparaîtra d'une manière instantanée à un observateur un peu averti ; il ne se passera pas cinq minutes avant qu'il soit manifeste à l'œil le moins exercé.

L'opacification est alors nettement constituée et, quelques istants après, elle sera complète, ne laissant rien voir par transparence ; elle s'accentuera dans les heures qui suivent, si bien que la sédimentation du floculat va se produire et à la lecture du lendemain matin ou du soir même, si le travail a été fait dans la matinée, la réaction d'opacification est devenue une réaction de clarification ».

On peut observer divers degrés dans l'opacification, chez un sujet ayant reçu un traitement d'attaque (par exemple 3 gr. 90 de 914 et 2 gr. 40 d'iodo-bismuthate de quinine) lequel habituellement suffisant pour négativer les malades pris à la période de l'accident primitif avec réactions positives, s'avère toujours insuffisant à ce stade de la maladie, il y a le plus souvent une atténuation sur les résultats précédents ; on aura alors une opacification franche, moins instantanée, sans éclaircissement ultérieur du tube.

Un degré de plus et on aura une opacification plus tardive, faible, ne masquant pas entièrement les objets qui prennent par transparence une teinte pâle et des contours flous.

Enfin, il peut exister une opacification très délicate à apprécier que M. Longin considère comme sans valeur diagnostique.

La réaction de Meinicke est une réaction pratiquement spécifique, très sensible, « nettement supérieure, dit M. Longin, à la bonne réaction moyenne d'hémolyse que nous employons simultanément, un peu inférieure toutefois à la réaction de Kahn mais s'inscrivant beaucoup plus près de celle-ci que de celle-là. »

Pour le diagnostic, dans la majoité des cas où la question de la syphilis se posera, il sera possible d'avoir une confirmation du diagnostic porté ou simplement envisagé par le seul recours à la réaction d'opacification.

Dans la direction du traitement, la réaction de Meinicke, par sa simplicité, facilite les examens en séries, souvent difficiles pour des raisons pécuniaires, et cependant indispensables. Une fois la négativité obtenue, on suspendra le traitement à condition que l'examen du sang soit refait de mois en mois. Au moindre fléchissement de la réaction on reprendra le traitement. Vingt-cinq ans de cette pratique, dit M. Longin, nous permettent d'affirmer de la manière la plus catégorique que nous ne l'avons jamais vu préjudiciable au malade ». F. B.

« La médecine est une profession dans laquelle je me garderais bien d'entrer si j'étais à l'âge de choisir. Je tiens trop à mon inpendance.

« Désormais, à part une élite restreinte comprenant les membres des Facultés et des hôpitaux, le reste des médecins sera fonctionnaire ou vivra misérablement. » (Prof. PEUGNIEZ. — Si c'était à refaire, referiez-vous votre médecine ? PALLAS, 15 octobre 1936.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1937

Etude comparée de l'insuline soluble et d'une combinaison insoluble insuline-protamine chez le diabétique. — *MM. Francis Rathery* et *Pierre-Marie de Traverse.* — Depuis la découverte de l'insuline, on a maintes fois fait remarquer la rapidité et la fugacité de son action qui obligera à multiplier les injections chez les diabétiques.

Nombre d'auteurs ont expérimenté des procédés très divers pour allonger cette action. Il semble que les procédés qui ont le plus d'avenir sont ceux qui font entrer l'insuline dans une combinaison insoluble.

MM. Rathery et *de Traverse* ont essayé une combinaison d'insuline et de protamine actuellement utilisée à l'étranger. Cette combinaison est relativement insoluble dans les conditions d'équilibre ionique du sang. L'étude complète d'une quinzaine de diabetiques de types divers, traités par ce produit, et parallèlement par l'insuline ordinaire, leur permet de penser que l'insuline-protamine ne présente pas de danger, que son action est pour le moins égale, sinon supérieure à l'insuline ordinaire, mais qu'elle ne permet de raréfier les injections que dans des cas bien déterminés et qui doivent être étudiés avec soin ; qu'elle ne doit pas être substituée à l'insuline ordinaire dans les cas d'urgence (coma dabeta).

Chlorurémie cholestérinémie, glycémie et uricémie chez les hypertendus. — *MM. G. Richard* et *R. de Laroche.* — Les taux de la chlorurémie apparaissent assez indépendants des taux de l'hypertension.

Il n'y a pas de relation proportionnelle entre l'état hypertensif et le taux d'élevation de la cholestérinémie. Et pas davantage entre le degre de l'hypertension et le taux de la glycémie.

L'uricémie est à un taux bas chez la grande majorité des hypertendus.

Le taux de l'endoxylémie est égal ou inférieur à la normale.

Une mission sanitaire en Espagne. — *M. Lasnet.* — Malgré les troubles de toutes sortes, l'état sanitaire est resté satisfaisant.

La fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus. — *MM. G. Richard, R. de Laroche* et *Jean de Laroche* ont noté l'absence de parallelisme entre la réduction de la fonction uréosécrétoire du rein et l'élévation du taux de la tension artérielle.

Etudes électro encéphalitiques. Le sommeil naturel et le sommeil hypnotique. — *MM. G. Marinesco, O. Sager* et *A. Kreindler.*

Prix Albert de Monaco. — L'Académie décide d'attribuer ce prix (100.000 francs) à MM. Ancel et Bouin pour l'ensemble de leurs travaux.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1937

Maladie de Kienböck. — *M. Mouchet* rappelle que la première observation française de malacie bilatérale du lunaire est celle de *M. Nédélec*, communiquée a la Société de Chirurgie en 1935.

Pour l'auteur il est certain qu'il y a une origine congénitale fréquente à l'affection. A côté de ces cas il existe quelques observations de lunarite infectieuse. Le plus souvent cependant il y a fissure ou fracture primitives et la malacie n'est que secondaire.

Ablation du glomus carotidien. — *M. Wilmoth* a observé un cas précis de syncope par section du nerf de Héring au cours de l'ablation du glomus carotidien. Dans une intervention précédente chez la même malade il n'y a pas eu de syncope au moment de la section du nerf de Héring car on avait infiltré à la novocaïne la gaine des vaisseaux carotidiens.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Pâleur-hyperthermie chez l'adulte. — *M. Jean Quénu* apporte une nouvelle observation de ce syndrome après appendicectomie à froid chez une jeune fille de 18 ans. D'autre part chez un nourrisson de 11 mois mort de ce syndrome, l'autopsie a permis de mettre en évidence un œdème cérébral typique.

Invagination iléo-cœcale du nouveau né. — *M. Contiadès* (Athènes) par un lavement opaque, fait le diagnostic du siège cœcal d'une invagination (arrêt en capsule de l'image barytée, absence d'injection du grêle). Par une incision de Mac Burney il découvre une invagination courte iléo-cœcale. Cette observation est curieuse puisqu'il s'agit du cas très rare de l'invagination à la naissance. Dans la technique employée l'auteur a suivi exactement les conclusions récentes des discussions de l'Académie de Chirurgie. (Rapport de M. D'ALLAINES).

Perforations itératives d'ulcères. — *M. Basset* communique une observation de *MM. Pervès* et *Badelon* (Marine). Il est relativement fréquent de rencontrer des perforations doubles simultanées ou successives sur l'estomac ou sur le duodénum, mais il est très rare de rencontrer à nouveau une perforation sur un même ulcère déjà opéré pour la même complication. Le terme de perforation itérative devrait être réservé à ces cas.

MM. Capette et *Pellé* (de Rennes) ont opéré à quatre ans de distance une perforation itérative du même ulcère. Ces cas montrent une fois de plus la nécessité de suivre et même de réopérer les malades ayant eu auparavant une perforation ulcéreuse.

Kyste de l'ovaire fistulisé dans le sigmoïde. — *Pétrignani* (La Rochelle) a été obligé de faire une résection du côlon sigmoïde pour un kyste dermoïde fistulisé dans cet organe.

Dans un cas semblable de kyste ovarien fistulisé dans le rectum, *M. Moure* observa dans les suites de l'ablation opératoire une fistule recto-cutanée. Quelque temps après, une réintervention permit d'isoler un trajet fistuleux allant du rectum à la peau. On put le réséquer, en enfouir l'extrémité dans le rectum et la guérison s'ensuivit sans inconvénient. (Rapport de M. CADENAT).

Séquelles de fractures des deux os de l'avant-bras. — *M. Huguier* apporte une étude minutieuse de 31 cas de fractures fermées des deux os de l'avant-bras en comparant les résultats de l'orthopédie et de la synthèse. L'incapacité temporaire et l'incapacité définitive sont plus importantes avec le traitement sanglant.

La mobilité du coude (flexion extension) du poignet et des doigts est plus réduite après le traitement sanglant. Les mouvements de pronosupination sont également plus diminués. Les troubles trophiques cliniques et l'atrophie musculaire sont presque comparables dans les deux procédés. L'ostéoporose et la périostite sont plus fréquentes dans le traitement sanglant. En moyenne donc et quelle que soit la séquelle envisagée, le traitement orthopédique en est moins souvent l'origine que le traitement sanglant. D'ailleurs la synthèse métallique est actuellement moins employée d'année en année que le traitement orthopédique. (M. SCHWARTZ, rapporteur).

M. Sorrel pense qu'il ne faut pas confondre les indications de l'intervention sanglante avec celles de l'ostéosynthèse métallique. Cette dernière lui paraît donner en effet lieu à beaucoup plus de complications que la simple réduction sanglante.

A propos des gastrectomies. — *M. Sénèque* communique sa statistique qui comprend 133 gastrectomies. Il y a eu une mortalité de 6 %. L'anastomose pratiquée a toujours été l'anastomose Hofmeister-Finsterer, faite de droite à gauche.

La fermeture duodénale est faite en trois plans avec épiplooplastie. Sur la tranche gastrique les vaisseaux sont liés avant la section de la muqueuse. L'estomac est toujours exploré intérieurement avec une valve de façon à permettre une aspiration parfaite de son contenu. Tous les cas ont été drainés. L'auteur emploie les surjets au fil de lin. L'anesthésie utilisée est tantôt la locale, tantôt la générale.

L'auteur n'estime pas que le mode d'anesthésie soit un facteur déterminant du résultat. Dans les cas de cancer gastrique il pratique un décollement colo-épiploïque avec ablation du grand epiploon et du ligament gastro-colique. L'importance du néoplasme et de ses ganglions ne paraît pas être une contre-indication. Seules les métastases hépatiques et du Douglas indiquent l'abstention. L'avenir des cancers gastriques est mauvais à faible échéance.

Dans le cas des ulcères gastriques calleux, l'auteur emploie la gastrectomie de préférence à la gastro-entérostomie qui laisse subsister le risque d'hémorragie, les douleurs, la possibilité de dégénérescence. Quand il s'agit d'ulcères pyloriques il a employé soit la gastroduodénectomie, soit quand il s'agit d'ulcères trop à droite, la résection pour exclusion. Cette dernière opération est loin d'être idéale, car elle laisse aussi subsister le danger hémorragique. Dans 13 cas il y a eu découverte d'ulcères multiples.

A la suite de cet exposé *M. Sénèque* envisage quelques difficultés du diagnostic des affections digestives et particulièrement le diagnostic des mœlenas : mœlenas hépatiques, mœlenas gastro-duodénaux sans signes radiologiques, compliquent la pose des indications opératoires convenables.

M. Okinczyc pense que l'anesthésie locale, ne faisant pas intervenir la crainte de la durée de l'opération, permet une hémostase et des sutures meilleures. Il estime aussi que l'opération radicale dans le cancer est beaucoup plus grave que dans l'ulcère, quel que soit l'âge du malade. Le cancer lui paraît inopérable lorsqu'il a envahi la séreuse, quelque peu que ce soit, même s'il est encore mobile, même s'il a peu touché les ganglions. Les métastases post-opératoires lui ont toujours paru très précoces dans ces cas. Dans les cas d'ulcères calleux adhérents au pancréas, *M. Okinczyc* préfère laisser le fond de l'ulcère et mécher. Enfin il est tout à fait opposé à l'emploi des résections pour exclusion.

M. Bréchot appuie aussi sur la différence des résultats pour ulcère et pour cancer. Dans un cas récemment observé par lui il y avait adhérence d'un ulcère de la petite courbure au grêle.

M. de Martel estime aussi que l'anesthésie générale ne donne pas plus de complications pulmonaires que la locale. Il enfouit le duodénum par le procédé du retournement.

M. J.-Ch. Bloch pense que le chirurgien doit choisir le mode d'anesthésie correspondant à son mode opératoire.

La locale permet une chirurgie plus lente. Il n'emploie plus la gastrectomie pour exclusion car il connaît un cas de perforation sur moignon gastrique exclu. Enfin il y a intérêt à pratiquer d'emblée une gastrectomie car la gravité des réinterventions pour ulcères persistants après une première opération est très grande.

M. Petit-Dutaillis rappelle qu'il ne faut pas oublier que la gastro-entérostomie donne une proportion importante de guérison dans l'ulcère du duodénum. J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1937

Etude anatomo clinique et physio-pathologique d'un cas de glomérulo-néphrite subaiguë mortelle chez une tuberculeuse. — *MM. Etienne Bernard*, *M. Laudat* et *P. Gauthier-Villars* relatent l'observation d'une femme de 37 ans, tuberculeuse, qui, après une thoracoplastie, a présenté les symptômes d'une néphrite laquelle en deux mois et demi évolua vers la mort. En dehors des signes classiques d'une néphrite infectieuse aiguë avec œdèmes importants ; le fait particulier et dominant fut une chute progressive de la diurèse, puis l'apparition d'une période d'anurie qui dura vingt-huit jours. Le taux de l'urée sanguine s'éleva progressivement jusqu'à 4 gr. 13 en même temps que la malade présentait au complet tous les symptômes de la grande azotémie. Au point de vue anatomique, il s'est agi de lésions portant surtout sur les glomérules, gagnés à des degrés divers par la sclérose et touchés par une réaction leucocytaire. Le système tubulaire est relativement peu altéré, le tissu interstitiel peu modifié. Il s'agit donc d'une glomérulo-néphrite d'allure infectieuse chez une tuberculeuse mais ne se présentant ni cliniquement, ni au point de vue histo-bactériologique, comme une néphrite tuberculeuse.

Au point de vue physio-pathologique, les auteurs soulignent que l'examen du sang ayant révélé une baisse importante de la réserve alcaline ; ils ont institué la médication bicarbonatée. Celle-ci amena rapidement une amélioration de la réserve alcaline qui recouvra un taux physiologique mais resta sans effet sur le taux ascendant de l'urée sanguine et les signes cliniques dus à la rétention azotée.

M. Rist pense que ce cas est à rapprocher des néphrites allergiques qu'il décrivit avec Léon Kindberg et dont il put faire l'etude expérimentale.

L'image radiologique de l'œdème aigu du poumon. — *MM. Marcel Lelong* et *Jean Bernard* rapportent l'observation

d'un cas d'œdème aigu apparu chez un enfant de 8 ans, au début d'une néphrite aiguë post-angineuse, elle-même accompagnée d'œdèmes périphériques.

L'œdème aigu a été caractérisé par la soudaineté de son début, l'intensité extrême de la dyspnée, la marée montante de râles crépitants, une hypertension artérielle transitoire, la sédation quasi-instantanée de la dyspnée à la suite de la saignée.

L'intérêt de cette observation, cliniquement classique, est qu'un cliché radiologique du thorax a pu être pratiqué en pleine crise, de même que des clichés successifs au decours de la crise : or l'image radiologique de l'œdème aigu du poumon est pratiquement inconnue.

Cette image a présenté les caractères suivants : diminution générale de la transparence pulmonaire, mais extrêmement légère à la phériphérie des champs, predominant franchement dans la région hilaire ; en incidence frontale vaste opacité juxta-hilaire, arrondie, floconneuse, à bords flous ; prédominance unilatérale droite ; homogénéité de l'ombre ; son aspect flou rendant invisible tout détail de structure ; enfin régression rapide en quelques jours de la périphérie vers le hile.

La prédominance hilaire signe l'importance des facteurs vasculaires, artériels ou veineux ; l'homogénéité et le flou de l'ombre semble en rapport avec le processus de transsudation.

M. Et. Bernard présente un cliché radiologique pris deux heures après le début d'une crise d'œdème aigu du poumon survenue chez une femme atteinte de nevraxite. On retrouve une obscurité bilatérale des bases sans modification du volume du cœur.

Deux cas de phlébite amibienne. — *M. Achétour* (d'Istamboul).

Cortico-surrénalome malin avec métastases multiples et fièvre ondulante. — *M. René Puig* (de Perpignan) relate l'observation d'un malade atteint depuis trois mois d'anémie, de cachexie, de douleurs lombaires et crurales accompagnées d'une fièvre ondulante qui fit d'abord poser le diagnostic de fièvre de Malte, lequel fut infirmé par la négativité des examens de laboratoire. Une radiographie du thorax révéla des pommelures du côté droit, bientôt suivies d'une dissémination bilatérale. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire aiguë fut alors posé mais dut être également abandonne. L'évolution fut rapidement fatale et l'autopsie révéla la présence de nodosités dans le parenchyme pulmonaire et le foie, et sur le péritoine. Les deux capsules surrenales étaient volumineuses et très dures. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pseudo-glandulaire qui s'accompagna de métastases.

L'auteur insiste sur le caractère ondulant de la fièvre, ce qui n'est pas exceptionnel dans l'evolution des cancers.

Exploration radiologique du thorax en profondeur par la méthode de la sériescopie. — *M. Cottenot* expose les principes de la méthode de la sériescopie : celle-ci consiste à regarder superposées sur un même négatoscope plusieurs stereo-radiographies prises dans des conditions déterminées. En les faisant glisser les unes sur les autres, on met en évidence successivement des plans de plus en plus profondément situés dans le volume radiographié.

L'auteur montre comment il a pu, grâce à son sélecteur cardio-respiratoire, faire servir ce procédé d'examen à l'étude des lésions du thorax, lesquelles constituent, semble-t-il, l'indication la plus intéressante de la sériescopie.

Pour montrer l'intérêt pratique de cette nouvelle méthode d'examen, il présente les sériescopies d'un certain nombre de malades porteurs de cavernes tuberculeuses, d'abcès du poumon ou de lésions pleurales, et montre avec quelle netteté dans chacun de ces cas il est possible de préciser la forme, l'étendue et le siège des lésions, et de repérer très exactement la distance qui les sépare des plans superficiels et des plans profonds.

M. Sergent insiste sur l'intérêt de la méthode qui permet un repérage précis des lésions, très précieux dans tous les cas et surtout lorsqu'est décidée une intervention telles que l'ouverture d'un abcès, la section d'une bride, etc...

M. Et. Bernard pense que la sériescopie et la tomographie sont deux nouvelles méthodes d'exploration radiologique du poumon qui se complètent. Il lui paraît que la tomographie a sur la sériescopie l'avantage de fournir des clichés qui peuvent être lus sans aucun appareillage special.

M. Ameuille fait remarquer la simplicité de la méthode présentée par M. Cottenot et l'élégance des résultats obtenus.

M. Kindberg trouve la sériescopie inférieure à la tomographie ; cette dernière méthode fournit des clichés peu nets ne permettant pas d'apprécier les rapports de la lésion, ni ses détails. La sériescopie au contraire donne des images nettes et faciles à interpreter.

M. Cottenot montre que la tomographie et la sériescopie sont deux méthodes distinctes qu'il ne faut pas opposer car elles ne se proposent pas le même but.

Hydarthrose périodique. — *M. Weissmann-Netter* relate un cas d'hydarthrose périodique chez une femme de 30 ans, survenant tous les dix ou treize jours, et considérablement améliorée d'abord par le tartrate d'ergotamine puis par la sympathicothérapie. Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES DE THERAPEUTIQUE

Traitement de l'Asthme et de ses équivalents par le Pressyl

Le Pressyl (1) est constitué par l'association d'un analeptique cardio-respiratoire, la camphramine, à un sympathomimétique, la pressédrine.

Le Pressyl est doué d'une grande efficacité dans le traitement de l'asthme et de ses équivalents. C'est ce que vient de confirmer une large expérimentation.

Le Pressyl agit à la fois sur la bronche, les centres respiratoires et le cœur :

1° *Sur la bronche* il détermine une sédation du spasme du muscle de Reissessen par une action analogue à celle de l'adrénaline et de l'éphédrine, mais les effets broncho-sédatifs du Pressyl sont beaucoup plus prolongés (4 à 6 heures). De plus le Pressyl est infiniment moins toxique, mieux toléré, en un mot plus maniable.

2° Agissant directement *sur les centres respiratoires*, le Pressyl *donne du souffle aux asthmatiques*.

3° *Tonicardiaque énergique*, il est, sur ce point, très supérieur à l'adrénaline et à l'éphédrine.

Le Pressyl est tout particulièrement le médicament de choix des asthmatiques en imminence de défaillance cardiaque et de ceux qui présentent une insuffisance tensionnelle.

Traitement d'urgence de la crise. — Il est avantageux de juguler la crise en administrant le Pressyl dès son début. Toutefois l'efficacité du produit persiste même en présence de crises durant déjà depuis de longues heures.

S'il s'agit d'une crise très grave, il ne faut pas hésiter à recourir à l'injection intraveineuse (1/2 ampoule) suivie d'une injection sous-cutanée (1 ampoule). Dans des crises ordinaires, une ampoule sous-cutanée suffit.

La parfaite tolérance du Pressyl, la longue durée de la sédation qu'il provoque permettent de renouveler, sans le moindre inconvénient, les injections au bout de quatre à six heures.

Traitement des attaques et traitement de fond. — A titre préventif chez les malades en instance de petites attaques, deux à cinq comprimés par jour, *doses indéfiniment tolérées*, suffisent à écarter le retour des crises. Cette posologie pourra être augmentée s'il s'agit d'attaques avec crises graves.

Bronchite asthmatique avec emphysème. — Le Pressyl offre le triple avantage de soulager l'oppression, de supprimer la toux et de soutenir le cœur. La dose utile, variable suivant les sujets, est aisément déterminée par quelques essais. Débuter par deux comprimés et si cette dose se révèle efficace (au bout de 20 à 30 minutes) il suffit de la renouveler deux à trois fois par jour. Des doses plus fortes sont sans inconvénient.

Coryza spasmodique. — Dans cet équivalent nasal de l'asthme, le Pressyl à la dose de deux à cinq comprimés par jour, pris de préférence le matin produit de remarquables résultats et n'expose pas à l'accoutumance.

(1) Laboratoires Lematte et Boinot, Paris.

Echos et Glanures

Les religions et l'alimentation. — Toutes les religions, dit M. Hemmerdinger (*Bul. de la Soc. scientif. d'hygiène alimentaire*, n° 9 et 10, 1936) des plus anciennes aux plus récentes, prolongées même par le scientisme, se sont évertuées à des prescriptions hygiéniques d'ordre alimentaire, prescriptions peu à peu tournées par les fidèles. Ceux-ci, sans s'insurger franchement contre elles, finissent par condenser en un geste symbolique, l'obéissance à des lois d'un intérêt pratique.

Et M. Hemmerdinger n'a pas de peine à en trouver des exemples dans les différentes religions.

Dans la religion juive d'abord, où une prescription curieuse est l'interdiction à un même repas des mets à base de viande et des mets à base de lait.

« Il est facile dit M. Hemmerdinger, de voir là une prescription contre l'excès d'azote animal, prescription qui ne tarde pas à tourner en chinoiserie administrative. Les Juifs d'aujourd'hui — ceux du moins qui suivent leur religion — admettent la viande après les laitages, mais non les laitages après la viande et exigent seulement deux vaisselles différentes pour les deux sortes d'aliments. On voit arriver ici le remplacement d'une loi hygiénique par un symbole. Il suffit de changer d'assiette, et de respecter un certain ordre, pour se délivrer d'une prescription que la gourmandise trouve gênante ».

Même chose pour le christianisme où apparaissent de nouvelles et plus sévères prescriptions alimentaires: le maigre du mercredi et tout au moins du vendredi, le carême

« Il s'agit toujours de diminuer la quantité totale d'aliments et notamment la quantité de viande.

Les premiers chrétiens observent scrupuleusement la règle, et font maigre chère le vendredi.

L'évolution n'est pas longue, et le maigre du vendredi devient symbolique en tolérant des œufs, le poisson ; voire certains gibiers comme la poule d'eau.

Et pour montrer jusqu'où peut aller la conception actuelle du «*maigre*» chez les catholiques, un menu du maître Escoffier, pour le Vendredi-Saint. (Je ne garantis pas qu'il ait été approuvé par l'évêque).

Tortue claire
Crème de blé vert
Turbotin à la bonne femme
Beignets de nonats
Laitances de carpeaux aux moules
Suprême d'écrevisses au champagne
Soufflé aux jets de houblon
Punch sicilien
Sarcelle aux cerises
Truite à la meunière
Salade royale
Asperges de Lauris
Petits pois à l'Anglaise
Truffes sous la cendre
Crêpes Suzette
Biscuit glacé aux violettes
Mignardises
Corbeille de fruits

(d'après Prosper Montagué).

Si l'on passe au prophète, on voit qu'à ses adeptes il défend toute boisson alcoolisée, et prescrit le jeûne de Ramadan.

« Pendant quarante jours, interdiction de porter aucun aliment à sa bouche du lever au coucher du soleil. »

Sans doute, pense-t-il que ses fidèles se contenteront d'une légère collation, le soleil couché et élimineront ainsi, par ce quasi-jeûne, les toxines de l'année.

Et il dit, quant au vin ; « Que la première goutte en soit maudite ! ».

Qu'à cela ne tienne ! Les Musulmans qui boivent aujourd'hui du vin, — et ils sont nombreux — ne manquent jamais, avant de boire, de tremper dans le verre leur petit doigt, et de l'égoutter sur le sol. La première goutte, celle qui est maudite, n'est pas consommée... et les gouttes suivantes peuvent l'être, quelque nombreuse qu'elles soient : le geste symbolique est fait. La lettre de la règle a été observée.

Avouez que si Allah s'en contente, il n'est pas plus difficile que le Dieu des chrétiens, s'il accepte le menu du maître Escoffier !

Quant au Ramadan, c'est une autre histoire, vous ne ferez certes pas accepter à un bon Musulman une goutte d'eau, tant que le soleil brille à l'horizon. Mais, le soleil couché, on se rattrape, et ce sont des ripailles où ni l'hygiène ,ni le vrai sentiment religieux ne trouvent de place.

Et M. Hemmerdinger de tirer une conclusion :

« Elle ne sera pas entièrement religieuse, dit-il, mais ne négligera pas, puisqu'il s'agit de religion, les arguments qui peuvent convaincre. La voici :

Etes-vous religieux ? Cherchez donc à suivre les prescriptions alimentaires de votre culte dans leur esprit plutôt que dans leur lettre. Sans aller jusqu'à vous conseiller le fakirisme au nom de l'hygiène alimentaire, je vous dirai :

Juifs, ne consommez pas à la fois laitages et viandes au même repas quel que soit l'ordre des plats.

Chrétiens, faites *maigre* une fois par semaine, ce qui ne veut pas dire de vous gorger d'œufs et de poisson : faites *maigre chère*, réellement, la pénitence vous servira doublement.

Musulmans, observez le Ramadan en mangeant très modérément après le coucher du soleil.

Et tous, religieux ou non, suivez les cours de la Société d'hygiène alimentaire pour apprendre à vous nourrir sainement, économiquement et même agréablement par dessus le marché ».

Le souci de la santé chez Erasme. — *Extrait d'une étude que le Dr P. Delmas-Marsalet vient de publier* (JOURN. DE MÉD. DE BORDEAUX, 15, 23 janvier, 6, 13 février 1937), sous le titre : *Eloge d'Erasme par la folie* :

Sans doute le souci de la santé est-il bien souvent chez Erasme un prétexte pour obtenir des secours pécuniaires, esquiver la règle monastique, motiver des déplacements : la question cependant est plus complexe. A vrai dire, chez cet homme conscient de sa valeur, de son influence, de la notoriété qui l'attend, la santé vaut non seulement par elle-même, mais comme condition préalable de toute activité intellectuelle. De là « l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci », définition qui est celle que le Professeur Abadie donne de l'hypocondrie.

Dès l'adolescence, le souci de la santé se révèle sous la forme d'une crainte excessive des courants d'air, des odeurs, du bruit, de la fumée des poêles. Parlant des aubergistes, Erasme écrira : « Ces gens-là s'imaginent en effet que la meilleure manière de traiter les hôtes est de les faire mijoter tous dans la sueur... Pour moi, rien ne me semble aussi dangereux que de respirer à tant de personnes le même air chaud, à plus forte raison si le corps est couvert de sueurs, et dans un lieu où l'on mange et où l'on doit séjourner plusieurs heurees ».

Erasme manifeste une horreur profonde de la maladie, dont il exagère la nature contagieuse exclusive. Parlant des voyageurs rencontrés dans les auberges, il fait dire à Guillaume dans les *Colloques* : « Il en est qui souffrent d'infirmités cachées, et point de maladie qui n'emporte avec elle sa contagion. La plupart, je gage, ont le mal espagnol, ou, comme certains l'appellent, le mal français ».

La peste lui inspire une grande terreur : partout où il la trouve il s'enfuit ; cette rencontre se produit assez souvent pour ajouter un motif de plus à sa dromomanie.

Cette peur de la maladie inspire souvent à Erasme des prescriptions d'hygiène dont certaines sont pleines de bon sens. La maison d'Eusèbe possède au fond du jardin un petit bâtiment où l'on soigne « toute personne atteinte de maladie contagieuse ». On aurait tort d'avoir moins peur de ce qui ne se voit pas, car « le venin du basilic qui se transmet par les yeux n'est pas visible non plus ».

Logique avec les prescriptions d'hygiène qu'il formule, Erasme se gardera le plus possible des maladies réputées contagieuses : en 1500, il quittera la maison de Caminad, à Orléans, parce qu'un élève y est malade ; ce souci de la prophylaxie ne l'empêchera pourtant pas, et selon toute vraisemblance, de contracter la syphilis, comme nous le verrons plus loin.

Aux soucis de santé qu'Erasme manifeste dès sa jeunesse s'ajoutent bientôt avec l'âge, des motifs d'inquiétude plus légitimes. Il a des signes de gravelle et, à ce sujet, écrit à Mélanchton : « J'ai la néphrétique et tu as la goutte, nous avons épousé les deux sœurs ». En 1511, il est atteint de la « suette » et reste pendant plusieurs jours gravement malade : son humeur paraît s'en ressentir fortement. En 1512, il souffre d'une nouvelle crise de gravelle ; en 1514, il est atteint de tour de rein ; en 1518, de trois ulcères qui le rongent.

Vers la fin de sa vie, ses articulaions sont touchées ; ainsi dit-il : « Maintenant, après la fatigue de mes travaux, après une lutte mortelle avec la gravelle, auxquelles ont succédé les terribles tourments que me donne dans mon corps chaque articulation, je n'ai plus que la peau et les os ». En 1535, il ne peut plus marcher et se traîne péniblement dans l'imprimerie de Froben à Bâle. Il meurt en 1536, souffrant de vives douleurs articulaires et de troubles intestinaux. L'examen du squelette, pratiqué il y a quelques années au cours d'une exhumation, aurait montré aux Docteurs Wertheman et Bing des lésions de caractère syphilitique.

Cette constatation médicale trouve un nouveau crédit si l'on s'en rapporte au passage suivant des *Colloques* : « LE CHARTREUX : Je te soupçonne d'être atteint d'une gale que l'on nomme le mal espagnol. — LE SOLDAT : Tu as deviné, frère, et, à la troisième rechute, j'ai failli perdre la vie. — LE CHARTREUX : Et du fait de quelle infirmité marches-tu ainsi courbé comme si l'on t'avait rompu les reins. — LE SOLDAT : C'est justement cette maladie qui m'a contracté les nerfs ».

Dans ce court dialogue, on trouve de si nombreuses allusions aux maux dont Erasme a souffert que l'origine vénérienne de son mal s'en trouve accréditée. Le passage suivant des *Colloques* examine les ravages du mal vénérien, « car cette gale n'est autre qu'une sorte de lèpre, avec cette différence qu'on s'en garde moins depuis qu'elle tend à devenir commune, surtout chez les nobles, raison au contraire de s'en préserver avec plus de soins. Tu la communiqueras par ton contact à ceux que tu devrais chérir le plus, et tout le restant de ta vie tu traîneras un cadavre pourrissant ».

Ce même souci de la santé inspirera à Erasme des préceptes judicieux en matière de puériculture ; il fait en particulier l'éloge de l'allaitement maternel : « Si vous tenez à être pleinement mère, prenez soin du petit corps de votre poupon afin qu'une fois dégagé des vapeurs son étincelle d'esprit puisse user d'organes sains et commodes. Toutes les fois que vous l'entendrez vagir, sachez qu'il vous demande quelque chose et voyant à votre poitrine ces deux proéminences pareilles à des sources bien gonflées et où le suc lacté vient sourdre comme de son plein gré, croyez bien que la nature vous rappelle votre fonction. Autrement, lorsque l'enfant s'essayera à parler et que, dans son doux babil, il vous appellera « maman », de quel front entendrez-vous ce mot préféré par celui auquel vous aurez refusé le sein et que vous aurez abandonné à une mamelle mercenaire, absolument comme si vous l'aviez fait téter une chienne ou une brebis ».

Il n'est donc pas sans intérêt de souligner dans l'œuvre d'Erasme ce qui touche, de près ou de loin, à la maladie et aux prescriptions d'hygiène. On comprend mieux de quels soins il entourait sa propre santé, qui, sans aucun doute, lui fournissait des motifs de souci.

Comme beaucoup d'hypocondriaques, Erasme tantôt croit aux bienfaits de la médecine, tantôt se moque d'elle et des médecins. Il dira de la médecine qu'elle n'est « que l'art de jeter la poudre aux yeux, l'art de plaire au malade », ce qui ne l'empêchera pas, en 1518, d'écrire un éloge de la médecine dédié à Henricus Afinius, médecin de Lier. Il félicitera les médecins et chirurgiens de se consacrer à l'étude d'une science qui fera d'eux les bienfaiteurs de l'humanité. Il critiquera ceux qui manquent de reconnaissance envers leur médecin, mais bien souvent se comportera comme eux.

Erasme croit volontiers aux remèdes mystérieux, à la puissance de certaines invocations adressées à tel ou tel saint, ce qui ne l'empêchera pas de rallier la superstition et le pouvoir des reliques.

Le souci de la santé s'appuie chez Erasme sur certaines connaissances anatomiques. Si un coq, dit-il, ne peut parler comme un homme, c'est parce que l'en empêchent « le manque de lèvres, de dents et d'une langue conforme à la nôtre, sans compter l'épiglotte, ces trois cartilages unis par autant de muscles liés au cerveau par des nerfs, une gorge enfin et une bouche pareilles aux nôtres » ; cette description établit avec assez de précision les éléments anatomiques fondamentaux de l'articulation du langage.

De tous ces faits, nous devons retenir que le souci de la santé est un trait important du caractère d'Erasme. Toutefois, ce souci reste toujours étroitement limité et ne constitue jamais une entrave réelle à une vie active : il s'agit d'une hypocondrie disciplinée, rarement nuisible, et plus souvent habilement exploitée pour des fins utilitaires.

Visitez l'Algérie à bon compte. — Un voyage plein d'attrait et d'imprévu dans un pays de rêve, à l'époque la plus favorable et à un prix très réduit, voilà ce qui vous est offert par les Grands Réseaux de Chemins de fer français.

En effet à l'occasion de fêtes indigènes organisées à Touggourt, la « Perle du Désert », point de départ de délicieuses excursions, des billets spéciaux d'aller et retour, valables 28 jours, avec gratuité du retour, sont délivrés du 23 mars au 2 avril 1937, par leurs principales gares pour Port-Vendres ou Marseille.

Pour voyager gratuitement au retour une seule formalité est à remplir: le coupon doit être visé par le Syndicat d'initiative de Touggourt.

Les Livres de la semaine

AMBARD (L.) et TRAUTMANN (Mlle S.). — **Mécanisme des réactions fermentaires.** 24. 104 p. Br. : 35 fr. (*Masson et Cie*).

BARDIN (Pierre). — **L'embolie pulmonaire.** 192 p., 11 fig., 2 pl. Br. : 35 fr. (*Masson et Cie*).

BORDET (Emile) et FISCHGOLD (H.). — **La radiokymographie du cœur et des vaisseaux.** Coll. Médecine et chirurgie. Recherches et applications. 134 p. 66 fig. Br. : 30 fr. (*Masson et Cie*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 11 — 13 MARS 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Un médecin meurt, victime du devoir professionnel.— Le dimanche 14 février 1937, le Docteur Edouard Dubos, exerçant à Paris, 135, rue de Vanves, est appelé d'urgence auprès de l'enfant Dolorès B..., confiée à la famille S..., 70, rue du Moulin-Vert.

Il constate une diphtérie et fait conduire immédiatement l'enfant à l'hôpital des Enfants-Malades, où l'examen clinique et bactériologique confirme son diagnostic.

Au cours de l'examen, l'enfant tousse, et le Docteur Dubos reçoit à la figure des particules de salive infectée.

Le mercredi 17 février, le Docteur Dubos qui, malgré un état fébrile datant de la veille, a continué néanmoins à soigner courageusement ses malades, s'alite.

Il est vu le jeudi soir, 18 février 1937, par son confrère, le Docteur Philippe Tran-Ba-Huy. Ce dernier constatant l'existence d'une diphtérie hypertoxique avec cou proconsulaire, pratique immédiatement une injection de sérum. Il reste auprès du Docteur Dubos jusqu'à minuit, et inquiet, revient avec le Docteur Pierre Crébessac, à quatre heures du matin. Devant la gravité du cas, et sur l'insistance du malade lui-même, parfaitement conscient de son état, tous les deux pratiquent une nouvelle injection de sérum.

Ils quittent le Docteur Dubos à six heures du matin et reviennent le voir à 11 heures, pour le quitter seulement à 13 heures.

A ce moment parvient le résultat du laboratoire confirmant le diagnostic de diphtérie.

On pratique une nouvelle injection de sérum. Parallèlement à ce traitement, une médication tonicardiaque avait été instituée d'emblée.

Alertés tous les deux à 15 heures par Madame Dubos, ils ne purent, à leur arrivée, que constater le décès de leur camarade.

Le Docteur Dubos, né le 5 mai 1900, est décédé à l'âge de 36 ans, laissant une femme et deux enfants de 12 ans et 7 ans.

Unanimement estimé de ses confrères, auprès desquels il laisse le souvenir du plus affectueux et du plus dévoué des camarades, il avait été secrétaire général, puis trésorier de la Société médicale du XIVe arrondissement.

Ancien externe des hôpitaux de Paris. Il avait passé sa thèse en 1928 et exerçait depuis dans le XIVe, 135, rue de Vanves.

Internat des hôpitaux de Paris. — Liste par ordre de mérite des candidats reçus :

MM. Nick, 68 ; Klotz, 65 ; Goulesque, 62 ; Thoyer-Rozat; Beaufils, Villanova, 61 ; Ebstein, Schneider, Lenœl, Costa, 60 ; Cuvereaux, Sérane, Brille, Loiseau (James), Germain, 59 , Cornet, Raymondaud, Aurenche, Mlle Mage, 58 ; MM. Lajoua. nine, Tulon, 57 ; Musset, Bancaud, Mlle Damiens, 56 ; MM- Frehet, 55,5 ; Thorel, Sénéchal (André), Robert (Jean), Audry, Azoulay, Coblentz, 55.

MM. Grislain, Fischgrund, François (A.), Lartigue, Claracq, Mlle Lotte, MM. Wintrebert, Stéfani, 54 ; Trémolières, Mlle Dreulle, MM. Bibas, Rouzaud, Weill, Rousset, Mlle Pinard, MM. Rochlin, Albahary, 53 ; Guiot, Mlle Eyraud, MM. Pinet, Meyer, de Lignières, Philippe, Statlender, Magder, El Baz, Vermenouze, 52.

MM. Vivien, Carasso, Bonduelle, Mlle Sachnine, MM. Loeper, Freret, Wolfromm, Bretton, Lesca, André (Paul), Dufourmentel, 51 ; Gougerot, 50,5 ; Deuil, Mlle Montalant, MM. Deguillaume, Feld, Placa, Gallant, Castany, Chalochet, Mlle Aubin, MM. Champagne, Fressinaud-Masdefeix, Torre, 50.

Liste par ordre de mérite des externes en premier :

MM. Deprez, Kaepplin, 50 ; Eudel, Lecointe, Lange, Maignan, Vernes, Hardel, Boudon, Delatour, 49,5 ; Tiret, Mlle de Larminat, MM. Pahmer, Bareau, Froidefond, Mlle de Neyman-Gimaut, Mlle Rist, MM. Mantoux, Granjon, Bricaire, 49.

MM. Huber, 48,5 ; Lacroix, Bessil, Tetreau, Comte, Lacombe, Etienne (Roger), Binder, Metzger, Raynaud, Mlle Corre, MM. Brault, Blancard, Soulier, Brochiantz, Sevileano (Eugène), Alison, 48.

MM. Desfosses, Labayle, Bouche, Froissant, Douville, Poissonnet, Caufment, Mlle Lindeux, MM. Bourdeau, Vakili, Mlle Bentkowski, MM. Fenelon, Barbier, Mlle Dakowsky, MM. Marchon, Eman-Zadeh, Joinville, Renault, Castaigne, Toufesco, 47 ; MM. Bernard (Pierre), 46,5 ; Bourdin, Dugrenot, Oudot, Mlle Stahland, MM. Thaon, Butzbach, Delabroise, Wetterwald, Moulle, Poussier, Langevin, Minkowski, Seyer, Scebat, 46.

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 9 mars. — MM. Mostini : L'anesthésie par voie veineuse à l'étho-butyl-éthylmalonylurée. — M. Costescu : Statistique des délivrances artificielles pratiquées à la Clinique Tarnier dans les années 1934-1935. — M. Bories : Contribution à l'étude des résultats éloignés de la luxation de l'os semi-lunaire. — M. Boromski : Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennorrhagie chez l'homme. — M. Cipi : Qualification de la victime de l'infanticide. Etude juridique et médico-légale. — M. Marquet : Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakel. — M. Tissot : La thérapeutique par l'occupation dans les maladies mentales aux Etats-Unis. — M. Cardiacos : L'emploi du lait entier acidifié chez les nourrissons.

10 mars. — M. Frolichman : Trachome en Roumanie. — M. Krausz : Le système endocrino-sympathique dans le mécanisme de la fièvre. — M. Lifszye : Les colonies d'assistance familiale d'aliénés en Pologne. — M. Ribeyre : Considérations sur l'accouchement en clientèe rurale. Avantages de l'accouchement en maternité.

11 mars. — M. Gaber : La perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux. — M. Weisman : Contribution à l'étude du traitement des verrues plantaires. — M. Lemant : Hyperthermie et système neuro-végétatif.

12 mars. — M. Gibert : Contribution à la technique de la gastrectomie dans les ulcus haut situés de la petite courbure. — M. Lemarchand : Un traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius par un appareillage permettant la mobilisation précoce. M. Bréhant : La résection chirurgicale des nerfs splanchniques. Splanchnicectomie.

— Vacances de Paques 1937. — *Du dimanche 21 mars au dimanche 4 avril inclus*; les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 5 avril.

Secrétariat. — Le secrétairat sera fermé : du samedi 27 mars au mardi 30 mars inclus. En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours aux heures habituelles.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte : 1° les lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 mars, de 13 à 17 heures. Elle sera fermée: du jeudi 25 mars au dimanche 4 avril inclus.

Cours de stomatologie. — M. le Docteur Ch. Ruppe, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie, le lundi 5 avril 1937, à 18 heures (Salle de thèses, n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Pathologie bucco-dentaire.

Chaire de clinique de la tuberculose. Professeur : M. Fernand Bezançon, avec la collaboration de MM. Poix, Paul Braun, Baron, Triboulet, Azoulay, Valtis, Mme Frey-Ragu, Mlle Heimann, MM. Destouches, Fouquet, Gaucher, Langlois et André Meyer ; de MM. Chadourne, Christian Paul, Lehmann, Cachin, Pergola et Robert ; de MM. Pierre Bernal, Joly, Bousser, Mlle Delon ; de MM. Guillaumin et Delarue. L'enseignement pendant les vacances sera assuré par M. Etienne Bernard.

Programme de l'enseignement. — Pendant chacun des deux semestres, il est institué un enseignement pratique de la tuberculose auquel peuvent participer tous les étudiants, mais qui sera particulièrement réservé aux étudiants en médecine de 4e année, aux étudiants en fin d'études, et aux médecins qui se destinent à remplir les fonctions de médecins de dispensaires et de sanatoriums ou qui désirent compléter leur instruction en phtisiologie. Un certificat de stage pourra leur être délivré. Cet enseignement pourra être complété pendant la période de vacances par un stage dans un des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine ou de la Renaissance sanitaire.

M. le Professeur Fernand Bezançon continuera ses leçons cliniques le vendredi à 11 heures à la Salle de Conférences de la clinique.

Sujet des leçons : Tuberculose infection et tuberculose maladie (jusqu'au 19 mars 1937) ; sclérose tuberculeuse et emphysème pulmonaire (du 16 avril au 18 juin 1937).

Lundi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique des entrants par M. Fernand Bezançon et les chefs de clinique. Pratique du pneumothorax ; traitement des pneumothorax compliqués et sections de brides avec la collaboration de MM. Paul Braun, Poix, Baron, Triboulet et André Meyer.

Mardi 10 heures à 11 heures : Présentation de malades à la Salle de Conférences ; de 11 heures à 12 heures : Examens médico-chirurgicaux avec la collaboration de MM. Lardennois, Maurer et Rolland.

Mercredi de 10 heures à 12 heures : Consultation des maladies des voies respiratoires (asthme et emphysème) avec présentation de malades, avec la collaboration de MM. André Jacquelin, Célice et Fr. Joly.

Jeudi de 10 à 12 heures : L'enseignement de la prophylaxie antituberculeuse : Consultation au dispensaire avec la collaboration de M. Paul Braun. Prophylaxie anténatale, par Mme Frey-Ragu.

Vendredi de 10 heures à 11 heures : Présentation et révision des dossiers, par M. Paul Braun.

Vendredi à 11 heures : Leçon clinique par le Professeur (Salle de Conférences).

Samedi de 10 heures à 12 heures : Examen clinique et radiologique des malades en collaboration avec MM. Maingot et Azoulay. Lipiodolodiagnostic (Docteur Azoulay).

Mercredi et vendredi à 9 heures : Opérations de chirurgie pulmonaire dans le service du Docteur Lardennois, par MM. Lardennois, Maurer et Dreyfus-Le Foyer.

Vendredi à 9 heures : Sections de brides, par MM. Triboulet et André Meyer.

Au Dispensaire Léon-Bourgeois : Lundi à 14 h. 30, jeudi et samedi de 8 h. 30 à 12 heures : Consultation par les assistants avec directives médico-sociales. Les applications de la législation antituberculeuse, par M. Poix.

Les élèves sont répartis par groupes pour participer à ces consultations.

Mercredi de 8 h. 30 à 12 heures : Séances de réinsufflations de pneumothorax.

Mercredi, jeudi, samedi à 11 heures : Examens bronchoscopiques par M. Soulas.

Mercredi à 11 heures : Contre-visite pour le placement familial d'enfants, par M. Vitry.

Samedi à 9 h. 30 : Contre-visite des malades de préventorium et de sanatorium, par M. André Martin.

Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques. — M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses conférences du semestre d'été le jeudi 22 avril 1937, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Cochin (Professeur Marcel Labbé) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Sujet des dix conférences sur les actualités d'hydro-climatologie clinique : Acquisitions récentes dans le traitement thermal et climatique des maladies de la nutrition, du foie et de l'appareil digestif.

Cours de technique Hématologique et Sérologique. — par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 16 leçons, commencera le lundi 10 mai 1937, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront

deux parties ; 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec ; globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoièse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. BENDA, médecin des hôpitaux. — 10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe. — 11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages. — 12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA, ancien chef de clinique. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses, du liquide céphalo-rachidien. (Réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA. — 16. Quelques mesures physiques du sang (p.-H. Cryoscopie, viscosité, etc.), par M. Sannié, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin colonel Anglade, de l'hôp. Dominique-Larrey, à Versailles, médecin-chef.

Le médecin lieutenant-colonel Bolotte, de l'hôp. Dominique-Larrey, Versailles, président de commission de réforme.

Les médecins capitaines : Bourdon, du 355e d'art. à l'hôp. Michel-Lévy, Marseille ; Miquel, du 131e d'inf., aux troupes de Tunisie ; Petiteau, du 31e dragons, au 131e d'inf. ; Rouquet, du 501e chars, au 31e dragons.

Service de santé des troupes coloniales. — *En Indochine.* — Le médecin commandant Nicolas, du centre de motor. de Fréjus ; le médecin capitaine Brouste, du 52e bat. de mitr. indochinois.

En Afrique occidentale française. — Les médecins capitaines Matriolet, du 3e d'inf. col. ; Jan-Kerguistel, du 3e d'art. col. ; Renucci, du 42e bat. de mitr. malgaches.

En Afrique équatoriale. — Les médecins capitaines Soulage, du dépôt des isolés ; Passerieux, du 4e tir. sénégalais.

Au Cameroun. — Le médecin commandant Queinnec, du dépôt des isolés ; Lecaille, du 41e mitr. d'inf. col. ; Pourtau, du 2e d'art. col. ; Serafino, de l'hôp. de Fréjus.

En Afrique orientale française. — Le médecin lieutenant-colonel Girard, du 21e d'inf. col. ; le médecin capitaine Serre, du 8e tir. sénégalais.

Aux Antilles. — Le médecin commandant Montastruc, du 10e.

Aux établissements français de l'Inde. — Le médecin lieutenant-colonel Cartron, du dépôt des isolés.

Au Levant. — Le médecin commandant *Le Bourhis*, du 11e d'art. col. ; le médecin capitaine Coquin, du 12e tir. sénégalais.

Au 1er d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine David, rentré de l'A. E. F.

Au 2e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Rannou, du 11e d'art. col. ; le médecin lieutenant Le Reste, rentré de l'Indochine.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant Helfft, rentré du Cameroun.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant Vignes, rentré de l'Indochine.

Au 23e d'infanterie coloniale. — Le médecin capitaine Beaudiment, du 10e d'art. col. ; le médecin lieutenant Chiozza, rentré d'Indochine ; le médecin lieutenant Bourdin, du 24e tir. sénégalais ; le médecin lieutenant Richard, du 14e tir. sénégalais.

Au 41e mitrailleurs d'infanterie coloniale. — Le médecin lieutenant Faye, rentré d'A. E. F.
Au 42e bataillon de mitrailleurs malgaches. — Le médecin capitaine Samara, du 6e tir. sénégalais.

Prix Etienne Taesch. — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être pubié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1937, le prix Etienne Taesch sera de : 7.000 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1937, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris-7e.

Prix Besredka. — Les Laboratoires La Biothérapie viennent d'instituer un prix annuel de 15.000 francs, sous le nom de prix Besredka, dont voici le règlement :

1° L'objet du prix consiste en un travail original manuscrit ou imprimé sur *l'immunité locale dans ses applications thérapeutiques* ;

2° Les manuscrits ou travaux imprimés devront parvenir à La Biothérapie, 5, rue Paul-Barruel, Paris (XVe), avant le 31 décembre de chaque année, soit dactylographiés, soit imprimés, en cinq exemplaires.

Les travaux imprimés ne devront pas être antérieurs au 30 novembre de l'année précédente ;

3° Pour les travaux manuscrits l'anonymat est facultatif. Dans ce dernier cas, le manuscrit devra porter une épigraphe, reproduite sur l'enveloppe qui porte, dans son intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur ;

4° Le concours est ouvert aux savants sans distinction de nationalité, mais les manuscrits ou les travaux imprimés devront être présentés en langue française ;

5° Le prix est de 15.000 francs. Lorsque le jury jugera qu'aucun des travaux présentés ne mérite un prix, ce dernier s'ajoutera à celui de l'année suivante et il sera alors de 30.000 francs. Le cumul ne pourra dépasser la somme de 30.000 francs.

6° Le jury est composé de MM. les Professeurs Ch. Achard, A. Lisbonne, Ach. Urbain et du Docteur Devraigne.

7° Les résultats du concours seront proclamés, chaque année dans le courant du mois de juin, par conséquent la première fois au mois de juin 1938. Le prix sera remis au lauréat désigné par le jury par chèque sur une banque de Paris.

Amicale des médecins parisiens de Paris. — Le 64 dîner de l'Amicale eut lieu le 18 février, au Restaurant de La Cicogne, sous la présidence du Docteur Aubertin.

Par suite de la démission, pour raison de santé, du Docteur Bongrand, élu par acclamations, secrétaire général honoraire au précédent dîner, le Docteur Thuillant indiqua les noms des nouveaux candidats.

Il fut raconté — comme de coutume — de bien amusantes histoires, et les Pays confirmèrent ainsi qu' « il n'est bon bec que de Paris ».

Etaient présents : les Docteurs Aubertin, Baillière, Blondel, Capette, Chatellier, Denicker, Doin, Dufour, Pège, Fouineau, Gallet, Gérard (Léon), Girard (Lucien), Grollet, Guébel père, Jodin (R.), Jousset, Le Clerc, Le Normand, Mlle Lévy, Lutaud, Luys, Merville, Mock, Molina, Prost, Talheimer, Thuillant, Tixier, Trèves, Valentin, Veil (Prosper), Vitry.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général : Docteur Thuillant, 43, rue de Rennes, Paris (VIe).

« On ferait un sottisier de lecture pénible en rapportant les paroles tenues aux malades par des médecins stupides encore qu'excellents cliniciens. Enseigner est tout autre chose que guérir, mais la différence est encore plus grande entre traiter la maladie et soigner le moral du malade.

« Faire un diagnostic n'est qu'une déduction, qui s'impose à qui sait observer aujourd'hui, et à qui a su profiter des erreurs d'hier, mais pour s'approcher utilement de cette âme anxieuse qui est celle du malade attentif au moindre de nos gestes et à chacune de nos paroles, il faut un doigté, un sens psychologique dont, vous le confierai-je, je crois que le plus grand nombre des médecins se trouve dépourvu. » (J. Crinon. — *L'Informateur Médical*, 17 janvier 1937).

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Le déclenchement du symptôme dans la maladie

Par le Professeur **Maurice LOEPER**

En séméiologie, une étude analytique fine aiguë et précise permet seule d'observer parfaitement un cas particulier, mais une étude synthétique permet seule de comprendre l'ensemble des phénomènes et d'en saisir la genèse. Au seuil des études médicales, il faut apprendre à conduire ses examens, à enchaîner les réactions, à les situer dans leur cadre, à acquérir en un mot une sorte de fil d'Ariane qui sert de guide dans la pratique courante et quotidienne.

Le diagnostic dépend de l'examen du malade et de la conduite impartiale et approfondie de cet examen ; la thérapeutique dépend beaucoup plus de la connaissance des mécanismes et des pathogénies. Quelle que soit l'allure que revêt la maladie, quelle que soit l'importance des combinaisons auxquelles elle donne lieu, on y voit l'exagération d'une fonction, son insuffisance ou sa déviation. L'organisme a plusieurs manières de réagir certes, mais, s'il en a beaucoup, ces manières de réagir ont un fond commun. Les réactions des organes ont des modalités voisines. Aussi existe-t-il entre les maladies des analogies nombreuses et dans leur échafaudage des raccords communs. Si limitées qu'elles soient d'ailleurs, tout l'organisme y a sa part ; les maladies atteignent l'individu tout entier et jamais l'atteinte d'un organe ou d'un tissu n'est exclusive ou indépendante.

Il me paraît intéressant de voir dans les maladies ce qui les rapproche plus que ce qui les différencie ; le lien qui les unit plus encore que les limites qui les séparent. C'est pourquoi, cette étude de séméiologie générale, ne me semble pas inutile, si délicate qu'elle puisse être et si complexe aussi. Je vais m'efforcer de montrer quelles sont les analogies de forme, de structure, des maladies, de groupement et d'enchaînement des différents symptômes qui les constituent.

***

Et d'abord qu'est-ce qu'une maladie ? La définition la meilleure, je l'ai déjà dit, est la suivante : un ensemble de manifestations anormales causées par un virus, par des toxines, par des microbes, par des produits chimiques ou peut-être même par des actions physiques ou par des traumatismes.

La maladie comprend invariablement trois ordres de symptômes, ou trois groupes de symptômes différents : les uns sont les *signes physiques*, les autres les *signes fonctionnels* et les troisièmes les *signes généraux*.

Les *signes physiques* sont les variations de volume d'un organe, ses variations de forme, de consistance ou de régularité. Il est des foies gros, petits, énormes, des foies durs, des foies granuleux, des foies bosselés. On trouve de la fluctuation dans une ascite ; de la matité dans un abcès du poumon et dans une pleurésie, du ballottement dans un gros rein, une vibration spéciale dans le kyste hydatique.

Les *signes fonctionnels* sont en rapport avec un trouble d'une fonction. Quantité d'exemples peuvent être tirés de l'observation quotidienne : une fonction normale doit se faire sans bruit ; dès qu'elle est de façon quelconque perçue, elle devient anormale et même pathologique. Aucune souffrance ne peut venir d'un estomac qui digère bien : la douleur précoce ou tardive, la gêne, le gonflement sont bien des signes fonctionnels. La bile est sécrétée sans douleur : l'évacuation de l'intestin est un soulagement, elle n'est pas une douleur. Le flux biliaire fait de la diarrhée et la diarrhée peut être douloureuse. La dyspnée atteste la gêne pulmonaire ; la tachycardie, la fatigue ou l'excitation du cœur ; les vomissements traduisent une sténose, ou une révolte de l'estomac ; la diarrhée une évacuation hâtive, et ce sont là des signes fonctionnels.

Les *signes généraux* ne sont autre chose que les modifications dans la vitalité de l'organisme et dans sa nutrition profonde : l'amaigrissement d'un cancer, la fièvre d'un typhique, la fatigue d'un convalescent, l'asthénie d'une maladie d'Addison sont des signes généraux.

Indiscutablement, il existe entre ces trois catégories des différences tranchées, mais qui ne le sont pas d'une façon absolue et si schématique qu'on le dit.

Si l'auscultation par exemple est incontestablement un moyen d'exploration physique, elle permet de percevoir des râles et des souffles qui sont des signes fonctionnels. Et même, lorsqu'elle perçoit ces souffles dans des organes éloignés de l'organe premier touché, elle met en lumière des signes généraux : dans une fièvre typhoïde, par exemple, l'auscultation du cœur, moyen physique, révèle un symptôme général puisque le cœur lui-même n'est pas touché directement ; dans une néphrite, l'urée est à la fois un signe général et un signe fonctionnel d'imperméabilité rénale.

La dyspnée est bien nettement un signe fonctionnel et l'un des plus précis. Elle est dans l'urémie, le résultat d'une intoxication complexe où l'urée n'est pas tout et elle représente plutôt un phénomène d'ordre général. L'amaigrissement de la maladie de Basedow est due à une viciation de la sécrétion thyroïdienne, elle est un signe fonctionnel du thyroïde autant qu'un symptôme général ; l'asthénie de la maladie d'Addison tient à l'insuffisance de substances multiples, adrénaline ou cortine, sécrétées par la glande, elle est un signe fonctionnel et le plus patent du déficit de la surrénale, mais elle peut être élevée au rang de phénomène d'ordre général. Et le délire d'une méningite est un signe fonctionnel alors que le délire de la fièvre typhoïde apparaît plutôt comme un signe général.

Peut-être vaudrait-il mieux, respectant la hiérarchie des symptômes, diviser les signes des maladies en primordiaux et secondaires ; ou, envisageant leur localisation et leur généralisation, les classer en signes locaux ou signes généraux simplement ; signes locaux voulant dire topographiquement constatés et signes généraux voulant dire qui sont en dehors de l'organe qui paraît le premier touché. Je serais assez d'avis d'admettre cette seule distinction. Les maladies sont locales ou générales, les unes partent d'un point central pour irradier ailleurs et partout ; les autres atteignent d'emblée l'organisme tout entier.

Quelle que soit la division adoptée, quelle que soit aussi la différence qui sépare les maladies locales des maladies générales, il existe encore entre les maladies des analogies. Qu'on considère la spirochétose ictérohémorragique qui est une maladie générale et le calcul du rein qui est bien localisé, l'association des symptômes locaux et généraux est constante.

Pour manifester ses réactions ou extérioriser ses lésions l'organisme utilise toujours les mêmes voies, les mêmes réactions et les mêmes moyens. Ce qui diffère, ce n'est pas tant le symptôme que la manière dont il se manifeste, l'ordre dans lequel il apparaît, l'importance qu'il prend, le relief ou la teinte dont il se pare et son intensité aussi. Et c'est le groupement des symptômes plus que leur caractère, c'est la structure du syndrome plus que ses divers éléments qui font la différence.

***

Quand il s'agit de maladie générale, nous n'avons pas à chercher, si je puis dire, la note dominante. La maladie est générale, c'est-à-dire que d'emblée elle atteint tous les organes et les frappe : à des degrés différents, il est vrai, parfois en même temps, parfois successivement. L'origine est dans un toxique, dans un virus ou dans une carence alimentaire. Qu'il s'agisse d'intoxication mercurielle, de spirochétose ictéro-

hémorragique ou de scorbut; que la porte d'entrée soit amygdalienne, intestinale ou cutanée, cette porte très rapidement se ferme, et d'autres s'ouvrent. Le début même ne se voit plus avec netteté. Dans le nouvel ensemble symptomatique, le système nerveux entre en jeu ainsi que les glandes et les appareils endocriniens ; le cœur, la circulation s'accélèrent ou se ralentissent ; et l'on ne sait plus trop quel élément domine d'une lésion capsulaire ou d'une lésion cardiaque, d'une lésion hépatique ou d'une lésion rénale bien que certains signes prédominent et que d'autres gravitent, estompés, autour d'eux.

Qu'est-ce, au contraire, qu'une maladie locale ? Pour l'expliquer je prendrai un exemple : une lésion vésiculaire et un calcul du rein ; l'expectoration muqueuse ou purulente et la dyspnée. Tel malade a des douleurs gastriques plus ou moins précoces ou tardives et plus ou moins violentes. Tel autre a de l'exophtalmie, un gros cou et s'affirme atteint de maladie de Basedow. L'attention est attirée d'emblée sur un organe et sur une fonction. On a tendance tout naturellement à rattacher à cet organe ou à cette fonction la production de la plupart des accidents. Très vite cependant, on se rend compte que cette part principale n'est pas exclusive, qu'à la lésion vésiculaire, rénale ou thyroïdienne, il faut ajouter autre chose. L'hépatique a du ralentissement du pouls, le rénal de la chlorurémie et de l'azotémie ; le cancéreux peut faire de la fièvre, le tuberculeux peut être apyrétique ; le mélanodermique n'est pas qu'un hépatique. Je dirais même qu'un traumatisme violent, une hémorragie qui se vide dans une cavité, une fracture, une manifestation nerveuse telle qu'un ramollissement, peuvent donner des réactions à distance. Autour du foyer central se développent des ondes symptomatiques qui sont les symptômes généraux. *Les maladies ne sont locales qu'en apparence* ; beaucoup ne sont que des manifestations générales d'un processus localisé.

En regard des maladies locales à répercussion générale, il est des maladies générales à répercussion locale. La goutte dont on voit peu de cas aujourd'hui, apparaît bien être une affection articulaire avec son dépôt uratique, sa rougeur et sa douleur. Elle est localisée au gros orteil ou aux doigts, quelquefois à la région olécranienne, quelquefois à l'oreille ; c'est une arthrite, un dépôt conjonctif. On est en droit de regarder cette arthrite ou ce dépôt comme primordial. Pourtant la goutte n'est qu'une manifestation locale d'une maladie générale et d'une maladie à tendance précipitante. Le même processus de précipitation uratique est dans tous les tissus, les urines contiennent un excès d'acide urique et cette goutte, maladie d'apparence locale n'est, en réalité, qu'une maladie générale.

L'ulcère de l'estomac est bien une maladie localisée, il n'est pas démontré pourtant qu'il ne soit quelquefois la traduction d'une infection, d'une artérite ; que, même dans certains cas, il ne s'apparente aux maladies de sensibilisation, là de la peau, là de la langue, ici de la muqueuse gastrique.

La néphrite est souvent la localisation d'une intoxication ou d'une infection, et la cirrhose n'est parfois que la fixation sur le foie d'un processus général virulent ou toxique.

En conclusion, il n'y a pas de maladies locales, il n'y a que des maladies générales à localisation prédominante ou initiale. Certains symptômes restent au premier plan et servent d'axe aux autres ; tel un caillou qu'on lance dans l'eau provoque autour de lui une série d'ondes, la localisation primordiale fait des réactions secondaires, successives ou parallèles. Les réactions ne peuvent faire oublier l'élément principal qui les a fait naître, l'élément central autour duquel elles se groupent.

Si l'on voulait donner à ces différentes manifestations une signification profane, on pourrait les appeler répercussions, ricochets, déclenchement ou bien, par comparaison avec la musique, harmoniques autour d'une dominante. La symphonie est toujours faite des mêmes notes, l'orchestre de mêmes instruments, mais il y a l'ensemble et le soliste.

* * *

Si toutes les maladies ont une architecture commune, les symptômes s'y déclenchent aussi de façon analogue. La question est souvent gênante et la réponse n'est pas toujours aisée. Quand un organe comme l'estomac, le rein ou l'intestin s'oblitère ou se ferme, quand il y a torsion, sténose, obstruction, occlusion, les premiers symptômes et les plus accusés s'expliquent facilement. La contraction d'un organe creux sur son obstacle, la distension de cet organe par un processus inflammatoire, tout cela est d'interprétation facile.

Seules les répercussions méritent réflexion et étude, car leur mécanisme est complexe.

Ce mécanisme est d'abord *réflexe*.

Tout organe a un système nerveux qui lui est propre, constitué par le sympathique et le parasympathique. Ce système végétatif qui l'enveloppe et le pénètre est impressionné par ses lésions, ses troubles, ses sécrétions. Chacun des éléments de ce système nerveux a ses réactions particulières et aussi ses influences. Son excitation et sa paralysie sont sources d'incidents ou d'accidents qui viennent donner à la maladie un caractère particulier ou personnel.

Par exemple, de l'estomac malade, partent par la voie du vague ou du sympathique, toute une série d'incitations d'où découlent, en clinique, des manifestations émétisantes, des variations du pouls et du réflexe oculaire ; de l'intestin aussi partent des réflexes qui, le plus souvent, paralysent le segment sous-jacent ; d'un foie lésé, malade, des spasmes correspondants des vaisseaux de l'abdomen qui exagèrent la tension intra-abdominale ; d'un rein malade, non seulement une inhibition du rein opposé, mais aussi une vaso-construction ou une hypertension, et quelques auteurs ont attribué à cette excitation l'hypertension de certaines néphrites. Aussi dans les maladies ou les lésions de l'estomac, du foie, de l'intestin, du rein, voit-on apparaître des troubles circulatoires, de l'arythmie, de la tachycardie, de la bradycardie, de la salivation ou de la sécheresse de la bouche. Et ces troubles existent plus particulièrement dans les lésions de la petite courbure et de la vésicule biliaire.

Comme je l'ai déjà dit, et répété, le réflexe a bon dos. On le rend responsable de ce qu'on n'explique pas. C'est à la fois simple, commode, rapide et en même temps, il faut le reconnaître, vraisemblable ; mais ce n'est pas toujours vrai. L'irritation du nerf a souvent une origine plus spécifique et vraiment toxique. Son imprégnation par toute une série de substances est fréquente, et elle joue plus que le traumatisme un rôle dans les réactions à distance.

L'imprégnation par les éléments inflammatoires va même jusqu'à la lésion puisque les nerfs qui sont au contact des lésions ulcéreuses de l'estomac, du cœur, de l'intestin ou de l'aorte sont nettement altérés. Il y a des gastro-névrites, des entéronévrites, des artérionévrites, des arthronévrites mêmes qui ne sont plus exclusivement des réflexes, mais des lésions vraies, progressives ou passagères du système nerveux.

Voyons maintenant les *réactions glandulaires*. J'ai souvent, comme bien d'autres, insisté sur les lésions de tous les appareils glandulaires, depuis la glande surrénale jusqu'aux glandes thyroïdes et parathyroïdes, pituitaire et peut-être à d'autres encore connues ou inconnues, dans le cancer, la tuberculose, les néphrites, les cirrhoses les plus banales. Elles sont au maximum dans la cirrhose bronzée où la participation de l'appareil endocrinien est à ce point fréquente qu'on a tendance à lui attribuer les variations de tension artérielle, la fatigue, l'asthénie qui l'accompagnent. Tous les appareils endocriniens d'un individu, alors même qu'il est atteint surtout dans son foie, son rein ou son poumon, qu'il présente une fièvre typhoïde, une tuberculose pulmonaire ou un cancer, peuvent participer à la symptomatologie. La lésion des appareils glandulaires joue un rôle considérable parce que chacune de ces glandes, vrais carburateurs de l'économie, a sa spécificité, parce que chacune d'elles joue un rôle dans le métabolisme de certaines substances et dans la nutrition, dans la composition chimique du sang, dans le rythme et la force du cœur, dans la tonicité des viscères. En un mot une surrénale, un thyroïde ou une hypophyse, atteinte au cours d'une maladie, de façon limitée ou totale, légère ou profonde, apporte ses symptômes propres, les greffe sur les autres et combine les effets.

Les *réactions humorales* enfin. Très souvent on étudie la réserve alcaline, c'est-à-dire l'équilibre acido-basique du sang,

cette recherche déjà vieille n'a pas perdu de son intérêt ; l'alcalose fait des excitations musculaires, l'acidose, l'asthénie et le sommeil. Ces symptômes existent dans les maladies du foie et du rein et de l'estomac, et peuvent dépendre des variations humorales.

On recherche également le taux des albumines du sang, parce que de la quantité de protéines ou leurs proportions relatives peuvent produire des symptômes et particulièreemnt l'œdème et l'hydropisie.

Comme la réserve alcaline, le déséquilibre protéique peut être un intermédiaire entre la maladie première et certaines manifestations qui la viennent compliquer.

Il y a encore les *carences* : De la carence, on ne parle pas assez bien qu'on en parle plus qu'autrefois. Il semble qu'elle doit dans la production des symptômes, prendre une place importante. Il y a des carences totales où l'insuffisance porte sur toutes les substances nutritives ; il y a les carences électives où l'insuffisance porte sur des substances plus ou moins spécifiques de la nutrition de certains organes. Le cerveau a besoin de graisse, de phosphore et de sucre ; les os de chaux, le cœur de sucre ; la peau de soufre ; le foie de fer. La carence porte encore sur ces substances organiques appelées biamines, et souvent dérivées des acides aminés ; tryptophane, histidine, glutation qui sont nécessaires à la nutrition de certains organes et à la fixation des aliments, au métabolisme des tissus. Enfin, la carence en vitamines, plus spécifiques encore, vétastérines et vitamines vraies se fait sentir, non seulement dans des états comme le scorbut, le béribéri, le rachitisme mais à des degrés variables dans des maladies plus générales et moins spécifiques. Qu'il s'agisse de vitamines A, B, C, D, la carence a son rôle dans la production de certains accidents, son rôle aussi dans la production de certains troubles immédiats de la fonct on cardiaque, dans les hémorragies des hépatites, dans la production des œdèmes, dans l'hypotonie et dans l'asthénie.

Il y a encore le *toxiques*. Si je voulais m'étendre sur la valeur du toxique dans la production des symptômes, je risquerais de dépasser le cadre de cette étude et de répéter sans doute ce que j'ai souvent dit ailleurs. Les toxiques naissent du virus lui-même ou du poison en cause, principal agent de la maladie. Ils naissent aussi d'une altération des cellules touchées par ce poison, de l'insuffisance d'organes comme le foie destinés à les détruire ou du rein destiné à les éliminer, des surrénales destinés à les neutraliser ou à les fixer. Production excessive de ces toxiques ou absence de destruction, production de substances nouvelles ou insuffisance de substances normales, les toxiques s'ajoutent les uns aux autres et jouent un rôle considérable dans le déclenchement des symptômes d'une maladie.

Il semble bien d'ailleurs que l'insuffisance d'un organe dans la destruction des produits toxiques, se traduit aussi par la formation de substances nouvelles. A la carence s'ajoute donc la toxicité.

* * *

On a beaucoup insisté sur la spécificité des poisons et j'ai moi-même envisagé la *spécificité chimique en séméiologie*. Plus nous allons, plus nous sommes convaincus de ce tropisme, de cette élection, des toxiques de notre organisme. Les corps gras aiment le système nerveux, les dérivés protéiques, imidazols, les phénylamines, les vaisseaux ; les acides gras, la peau ; les dérivés pyrolés, le sang. Certains poisons modifient la teneur en sucre du sang, ce sont les guanidines ; d'autres comme les dérivés indolés ont une action sur les globules rouges et les détruisent ; d'autres ont une action sur les muscles, les excitent ou les paralysent.

Il y a en résumé dans les maladies toute une série de causes patentes, mais multiples ; il y a aussi dans le déclenchement des symptômes toute une série de processus définis. Pourtant ce sont toujours les mêmes éléments qeu l'on retrouve, ce sont les mêmes processus qui régissent la maladie et lui permettent d'atteindre son but et de dessiner le tableau morbide. Evidemment, il est des cas où les troubles fonctionnels, les lésions momentanées, laissent des lésions durables et des troubles indélébiles.

Le diagnostic est dans la différence et dans le groupement ; le pronostic est dans l'intensité.

De tout cela, il résulte bien, comme je le disais, que, du point de vue philosophique, la maladie est une ; et qu'il n'y a pas de maladie locale. Au point de vue pratique, les difficultés s'en trouvent accrues dans l'établissement du diagnostic et du traitement.

* * *

Difficultés de diagnostic, parce que la multiplicité des symptômes égare, oriente le clinicien vers un organe qui n'est pas le plus important ou le premier touché. Un cirrhotique dont le cœur est défaillant, présente de l'œdème, de l'hypotension artérielle, un bruit de galop et de la cyanose ; ces phénomènes sont bien la conséquence d'un trouble cardiaque, mais ce trouble n'est pas une maladie primitive du cœur, mais une conséquence de la lésion hépatique.

Un asystolique se plaint de l'estomac, du foie : ses sécrétions sont ralenties, non pas seulement ses sécrétions urinaires (oligurie), mais gastriques, biliaires, pancréatiques. Il met de l'eau dans ses tissus et aussi du sel, il met peu de l'un et l'autre dans la sécrétion propre de ses cavités glandulaires ; on ne peut, chez ce malade, incriminer seulement le cœur ? On doit penser aux surrénales, au rein, au foie, aux modifications des humeurs, au changement d'équilibre des protéines, à la rétention des chlorures, à l'augmentation de l'urée ?

Un entérique amaigri, chez lequel on constate une déminéralisation marquée, une décalcification, semble atteint de tuberculose à manifestations intestinales alors qu'il souffre d'entérite banale à manifestations générales. Assez d'exemples. Il ne faut rien négliger pour arriver à une conclusion précise, il faut mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle pour poser un diagnostic exact. Il ne faut négliger aucune étude d'observation stricte, aucun moyen d'investigation. Peut-être y a-t-il lieu d'établir une hiérarchie entre ces différents procédés, considérer que les uns sont incontestablement utiles et les autres moins, que d'autres aussi doivent céder le pas à des méthodes plus parfaites, plus précises. Ne négligeons jamais dans une maladie d'étudier tout l'individu et de rechercher toutes les répercussions, etc... Si le diagnostic en est facilité, la thérapeutique bénéficiera plus encore de nos investigations.

* * *

On a défini la thérapeutique : le traitement des maladies et des symptômes morbides. Mais ce traitement est multiple et d'orientations diverses. Il peut s'adresser à l'organe, il est topique ; aux symptômes, il es t fonctionnel ; à la cause, il est étiologique ; à la lésion encore ou au mécanisme, il est pathogénique. Qu'un malade ait une syphilis hépatique avec ictère, on doit s'occuper de l'origine qui est syphilitique, de la localisation qui est hépatique ; de la réaction anatomique, subaiguë ou chronique, infiltrante ou sclérosante ; du symptôme qui est l'ictère. La thérapeutique varie suivant les réponses que l'on fera ou les hypothèses que l'on pourra émettre.

L'étude ne sera jamais trop attentive. La thérapeutique ne sera vraiment efficace que si elle n'est pas seulement topique et symptomatique mais causale et pathogénique.

Là encore, il faut faire des réserves sur la spécificité des médicaments. Pour bien des thérapeutes les médicaments sont spécifiques de telle lésion ou touchent spécialement à tel organe. La spécificité est relative et l'élection n'est pas l'exclusion. On a raison de dire qu'un médicament n'atteint pas un seul organe. Si, en pathologie et en clinique, les maladies ne sont jamais localisées à un organe ou à un tissu, la thérapeutique elle-même, ou si l'on ne préfère le médicament, ne limite jamais son action à un organe ou un tissu. Il n'est jamais tout à fait spécifique. Il est électif. Il est prédominant même plus qu'électif. Il est rarement et exceptionnellement spécifique et exclusif.

Dans tout médicament, il faut voir l'effet principal et les effets secondaires : quand on donne de l'atropine, on paralyse d'abord le vague, mais on provoque ainsi des réactions dans nombre d'organes, on diminue le tonus de l'intestin, on peut

élever la tension artérielle, on réduit la sécrétion gastrique et la sécrétion sudorale. Cette série de modifications sécrétoires, humorales, musculaires, vasculaires, sont la conséquence d'une action que nous croyons spécifique et qui l'est, mais qui est plus élective qu'exclusive.

Pour la morphine, c'est la même chose: au point de vue pharmacologique et d'une façon générale, elle ne touche qu'au système nerveux central, mais nous savons qu'elle étend parfois son action aux poumons et aux parois musculaires des viscères.

Bien plus, il y a le renforcement, la synergie. L'orientation du produit peut être modifiée comme sa puissance peut être diminuée ou accrue. On voit combien, il faut tenir compte dans l'administration d'un produit de ce qu'il est capable de faire à distance de l'organe principal. On doit tenir compte encore de l'appui ou de l'opposition qu'il trouve autant dans nos propres tissus que dans d'autres médicaments administrés parallèlement.

J'ai parlé d'*auxothérapie* et si la chose n'est pas nouvelle, le mot est assez expressif. L'auxothérapie est topique, c'est-à-dire qu'elle s'exerce sur un organe ; elle est dynamique, c'est-à-dire qu'elle se fait sur une fonction, elle est chimique, c'est-à-dire qu'elle réalise des combinaisons diverses. Je ne peux m'étendre longuement sur cette question qui est du domaine de la thérapeutique. Je veux simplement faire toucher du doigt la ressemblance qui existe entre la symptomatologie des maladies et la thérapeutique, entre la physiologie et la clinique : toute cellule qui fait un effort provoque immédiatement la mise en route de toutes les autres ; l'aliment qui excite la sécrétion gastrique provoque aussi des réactions lointaines. Cet appel téléphonique de l'organe normal ou malade met en branle tout l'organisme. Le moindre symptôme, le moindre trouble est cause des manifestations immédiates ou tardives, proches ou lointaines; les manifestations secondaires sont des ondes autour du symptôme primordial comme les effets thérapeutiques secondaires sont des ondes autour de l'effet principal.

Ces données générales sont intéressantes non pas tant pour expliquer des cas particuliers que pour montrer le lien qui unit toutes les branches de la médecine, de la physiologie à la pathologie, de la séméiologie à la thérapeutique. Il faut voir autant ce qui unit que ce qui sépare, connaître l'ensemble comme le détail. Dans le cadre invariable de la médecine, on situe ainsi plus exactement le tableau dans lequel se déroule la symptomatologie, les grandes lignes suivant lesquelles s'orientera la thérapeutique.

Modifications humorales et cliniques après interventions chirurgicales abdominales chez les femmes gestantes et accouchées

Par Jacques COURTOIS et Raoul LECOQ

En pratique de chirurgie obstétricale courante, l'impossibilité de connaître le terrain pré-opératoire, et par là même de poser un pronostic et d'instituer un traitement prophylactique, vient de ce que la grande majorité des interventions doivent être faites d'urgence, sans préparatifs, chez des femmes souvent inconnues et qu'il est difficile d'examiner complètement. Il ne saurait être question, dans la plupart des cas, de se documenter, tant sur l'état antérieur du sujet que sur son état actuel, au moyen des examens de laboratoire, ce qui pourrait permettre une thérapeutique préventive appropriée. Il nous a donc semblé utile d'entreprendre l'étude systématique des cas dans lesquels ces recherches furent possibles, avant et après, afin d'en tirer des enseignements permettant, dans les cas d'urgence, d'édicter une conduite rationnelle, que des contrôles ultérieurs de laboratoire permettront de justifier ou d'amender si nécessaire.

Nos statistiques personnelles portent sur 200 laparotomies, 32 interventions importantes par voie vaginale, 1.100 curetages et diverses interventions d'urgence pratiqués chez 4.500 gestantes.

Les 200 laparotomies se répartissent en :

160 césariennes abdominales (la majorité supra-symphysaires, dont 25 césariennes mutilatrices), et 40 laparotomies : 21 simples, pour drainage d'infection péritonéale, principalement *post-abortum*, 8 hystérectomies pour gangrène utérine ou autres lésions graves infectieuses, 3 myomectomies, 2 hystérectomies pour grossesses extra-utérines compliquées de péritonite pour manœuvres abortives infectantes, 6 interventions abdominales variées.

Au cours de nos 200 interventions, nous avons rencontré notamment : 20 cas de fibromes de la puerpéralité ; 2 chorio-épithéliomas ; 2 cancers du col, avec gestation à terme ; 3 tumeurs et 2 kystes des ovaires ; 10 cas de môle hydatiforme ; 10 apoplexies utéro-placentaires ; de nombreux *placenta prævia* et plusieurs ruptures utérines.

Parallèlement, nous avons pratiqué 24 césariennes vaginales et 8 hystérectomies vaginales (pour infection utérine ou perforation criminelle), 1.100 curetages, de nombreuses périnéoraphies immédiates d'urgence et plusieurs symphysiotomies à la Zarate.

Les interventions par voie vaginale choquent beaucoup moins que les interventions abdominales, puisque leurs répercussions humorales et cliniques sont, le plus souvent, négligeables, tant que le péritoine ou les plexus nerveux utérins ne sont pas atteints.

Parmi les interventions par voie haute, la césarienne supra-symphysaire est admirablement supportée. Il est possible, par conséquent, de classer en ordre décroissant les interventions obstétricales, selon la gravité de leurs suites opératoires :

les laparotomies au cours d'infections ou de toxémies ;
les hystérectomies abdominales ;
les césariennes hautes ;
les césariennes basses ;
enfin, les interventions par voie vaginale.

Nous diviserons ce travail en deux parties, envisageant successivement : d'une part, les interventions ne donnant pas d'accidents mortels, et d'autre part, les interventions suivies de complications graves fréquemment mortelles. Nous avons plus spécialement pris comme type de description, les opérées des césariennes. Il semble que, dans ces cas, le syndrome clinique et humoral soit plus obstétrical que chirurgical. Dans les hystérectomies, au contraire, où l'involution utérine et les lochies sont supprimées, le terrain puerpéral (sous la dépendance de la lactation, de l'involution de la paroi abdominale et du remaniement endocrinien) ne domine plus le traumatisme chirurgical et les modifications humorales et cliniques se rapprochent davantage de la maladie post-opératoire pure.

* * *

Etude des cas favorables

Avant l'intervention, un pouls oscillant entre 70 et 100 est d'un bon présage. Le réflexe oculo-cardiaque se montre pratiquement toujours accéléré, ce qui traduit classiquement une sympathicotonie.

La tension artérielle peut osciller :

pour la maxima.......... entre 21 et 12.5,
pour la minima .... entre 15 et 8,
pour la différentielle...... entre 7 et 2, sans inconvénient.

Une température au-dessous de 38° doit être considérée comme un élément favorable ; cependant une fièvre élevée, dans les colibacilloses, n'aggrave aucunement le pronostic.

Evolution clinique générale. — Après l'opération, au cours de la première nuit, qui est calme, la femme n'éprouve pas de céphalée et ne souffre pas d'insomnie. La seconde nuit, au contraire, l'insomnie apparaît, nécessitant l'emploi de la morphine, l'opérée souffrant de distension intestinale provoquée par les gaz. C'est habituellement au cours de cette seconde nuit que les gaz partent, le plus souvent spontanément.

Les vomissements, d'habitude très rares, ne surviennent que lorsque les gaz sortent irrégulièrement et que les malades se remettent à boire trop tôt (le second jour). Dans ce cas l'abdomen se ballonne, se météorise.

On provoquera la première selle, le deuxième jour, par lavement, qui sera par la suite continué quotidiennement.

L'appétit reparaît le troisième jour. Dès lors, la malade remue dans son lit sans trop de douleurs et sans ressentir de tranchées. La rétention de lochies est rare.

Ces opérées perdent beaucoup plus que les accouchées normales (plus de six garnitures) pendant les premières 24 heures, et comme une accouchée normale pendant les quatre jours qui suivent. Le sang est rouge, liquide, sans odeur et sans pus. Le microbisme du col se montre sans influence, du moment que les hémocultures sont négatives.

La montée de lait est retardée (elle s'effectue vers le quatrième jour pour les primipares).

La quantité des urines est de 500 c. c. le premier jour ; elle varie de 750 à 800 c. c. pendant les deux, trois et quatrième jours, pour atteindre ensuite, suivant les sujets, de 1.000 à 1.200 et même 1.500 c. c. ; une accouchée normale élimine 2.000 c. c. d'urines et plus. La sonde vésicale, mise à demeure, après l'intervention, est enlevée le troisième jour, après lavage de la vessie au nitrate d'argent au millième. Dès ce moment, on donne 2 grammes d'héxaméthylène-tétramine par jour, pour éviter la cystite (apparition de pyurie et de colibacillurie).

Les suppositoires de collargol sont donnés comme anticoagulants, pour éviter les phlébites et les thromboses (1). On administre chaque jour, pendant vingt jours, un suppositoire au collargol de 0 gr. 20 à 0 gr. 50. Pendant l'hiver, en période de grippe, on asseciera avec avantage collargol et créosote, comme dans la formule suivante :

Collargol	0 gr. 50
Créosote	0 gr. 20
Beurre de cacao	3 gr.

Les agrafes sont enlevées le dixième jour, les fils de bronze, du douzième au quatorzième jour.

Le sac de Mickulicz, quand on en a placé un, est retiré vers le douzième jour. La malade se lève du douzième au quatorzième jour et elle peut quitter le service, du quatorzième au seizième jour.

La tension artérielle, dans les cas sans complications, est toujours abaissée par rapport aux chiffres pré-opératoires,

la maxima, peu abaissée, peut varier	entre	21	et	9,5
la minima, très abaissée	entre	12	et	4
la différentielle	entre	7	et	2

Des écarts importants de température, entre 36 et 39°, peuvent être notés dès le premier jour. Dans la plupart des cas, le pouls n'est pas en rapport avec la température, mais il la dépasse nettement, ce qui semble traduire une sympathicotonie accentuée. Nous avons même enregistré un pouls à 160, sans terminaison fatale.

Du point de vue de la température et du pouls, on peut classer les opérées gravidiques en trois groupes : les deux premiers correspondant aux cas favorables examinés ci-dessus et le dernier correspondant aux cas défavorables qui seront étudiés dans le deuxième chapitre.

Dans le premier groupe, qui renferme environ les 3/10 des cas, la température oscille de 36 à 38° (moyenne 37) et le pouls de 75 à 145 (moyenne 110).

Dans le deuxième groupe, qui contient presque les 6/10 des cas, la température varie entre 38 et 39° (moyenne 38°5) et les pulsations de 90 à 160 (moyenne 125).

Enfin dans le troisième groupe (environ 1/10 des cas) se rangent les températures supérieures à 39° (moyenne 40), le pouls varie alors entre 100 et 160 (moyenne 130).

Le nombre des mouvements respiratoires peut osciller entre seize et trente-quatre par minute, sans signification pronostique particulière. Une respiration trop rapide devra cependant attirer l'attention sur l'appareil respiratoire.

Evolution biologique générale. — L'examen biologique devra plus particulièrement porter sur l'étude des facteurs de coagulation sanguine et d'acidose, ainsi que sur la formule sanguine et l'état fonctionnel du foie et des reins.

Le temps de saignement peut varier de 5 minutes 1/2 à 1 minute, le temps de coagulation de 14 minutes à 1 minute. Dans un cas qui devait être suivi de phlébite, il a été enregistré une chute du temps de saignement de 4 minutes 1/2 à 1 minute en trois jours, et du temps de coagulation de 12 minutes 1/2 à 4 minutes en six jours.

Les albumines totales du sang sont à tendance faible (70 à 65 ‰) ; la sérine peut être abaissée (variant de 50 à 36 gr. ‰) ; la globuline reste sensiblement normale (oscillant entre 29 et 20 gr. ‰).

Le taux du calcium sanguin reste normal (variant entre 95 et 105 milligrammes ‰) ; la phosphatémie est également normale.

La réserve alcaline est basse (entre 46 et 25 c. c. %), surtout dans les cas d'infection colibacillaire.

Le coefficient de Maillard varie de 1,1 à 11,9, les chiffres les plus élevés correspondant également aux colibacilloses.

Si l'acétonémie est basse (2 mill. 7 %), la teneur en acide β hydroxybutyrique du sang peut être élevée (53 mill. %).

Le pH urinaire est habituellement compris dans la zone acide.

Le nombre des hématies est le plus souvent abaissé, au-dessous de 3.000.000 par millimètre cube ; les globules blancs peuvent, au contraire, être élevés, atteignant 18 à 20.000 par millimètre cube, avec polynucléose nette (77 à 78 %).

La glycémie reste sensiblement normale (entre 0 gr. 75 et 1 gr. 35 ‰), le plus souvent à tendance forte.

Le cholestérol peut atteindre des taux assez élevés, oscillant entre 1 gr. 60 et 3 gr. ‰.

La proportion de pigments biliaires et l'indice ictérique sont le plus souvent normaux ; dans quelques cas, nous les avons trouvé élevés, mais les urines ne contenaient ni pigments ni sels biliaires.

La polypeptidémie, exprimée en tyrosine, varie de 20 à 45 mill. ‰.

L'urée peut osciller fortement : de 0 gr. 17 à 1 gr. 90 ‰.

Le chlore du sang total est habituellement normal, avec parfois tendance élevée (3 gr. 15 ‰) ; le chlore plasmatique, variant de 3 gr. 40 à 3 gr. 80 ‰, est toujours normal ; le chlore globulaire (oscillant entre 1 gr. 77 et 2 gr. 34 ‰) est normal ou à tendance élevée, ce qui entraîne parallèlement une élévation du rapport chloré érythro-plasmatique, lequel est compris entre 0,50 et 0,64. Ces résultats s'opposent aux moyennes publiées par Larget, Lamare, Meunier et Lecoq et se rapportant aux suites opératoires non compliquées de chirurgie générale, dans lesquelles on note une élévation du chlore plasmatique, une chute du chlore globulaire et une diminution du rapport chloré érythro-plasmatique (1).

On pourra trouver sans inconvénient de l'albumine dans les urines, atteignant même 4 gr. ‰, en l'absence de toute cylindrurie.

* * *

Etude des cas compliqués fréquemment mortels

Les cas les plus graves que nous allons étudier dans ce chapitre surviennent habituellement chez des femmes dont le

(1) J. Courtois et R. Lecoq. — *Rev. pathol. comp. et hyg. gén.*, 1935, 35, n° 468, p. 1153. *Journ. Praticiens*, 1935, 49, n° 45, p. 777.

(1) M. Larget, J.-P. Lamare, A. Meunier et R. Lecoq. *C. R. Soc. Biol.*, 1937, 124, n° 3, p. 232.

« coefficient puerpéral » est particulièrement redoutable. Nous avons précisé, d'autre part, le terrain sur lequel les accidents se développent ultérieurement avec le plus de facilité (*maladie obstétricale*) (1).

Avant l'intervention, des signes de toxémie gravidique latente, révélés par un rapport chloré élevé, avec chlore globulaire augmenté, sont d'un fâcheux pronostic. Il en est de même d'une fièvre pré-opératoire élevée, non colibacillaire.

Les variations de la tension artérielle sont souvent moindres que dans les cas favorables, par exemple :

la maxima peut osciller............. entre 14 et 11
la minima.................... .... entre 11 et 9
la différentielle..................... entre 3 et 2

Evolution clinique générale. — On constate, chez ces opérées graves, une euphorie contrastant avec un facies gris, subictérique, plus ou moins cyanosé, aux traits tirés, aux yeux cernés, au nez pulvérulent. La langue est sèche, la malade souffre de céphalées, d'insomnie. Elle n'a pas de gaz, les selles sont absentes. L'atélectasie et le collapsus pulmonaire, la dilatation aiguë de l'estomac ne sont pas rares. Dans ce dernier cas, les lavages d'estomac répétés sont à instituer d'urgence.

Les douleurs abdominales sont fréquentes, accompagnées de péritonisme, de hoquets, de vomissements. Les lochies sont rares, purulentes, malodorantes ; on y décèle des microbes aérobies et anaérobies en abondance. L'introduction de bouillon-vaccin antivirus au moyen d'une sonde molle de Nélaton, dans l'utérus, et la sérothérapie spécifique sont à recommander.

La femme ne cicatrise pas sa plaie utérine. La plaie pariétale suppure fréquemment ; il n'est pas rare d'y trouver du *Bacillus perfringens*. Les sérothérapies antigangréneuse, anticolibacillaire et antistreptococcique sont très indiquées.

La montée de lait est inexistante, et les urines sont rares, parfois très albumineuses.

Nous n'insisterons pas sur les variations de la tension artérielle, étudiées d'une façon générale par Larget, Lamare et nous-mêmes dans les suites opératoires graves (2). Notons que dans le cas particulier, la tension artérielle maxima est souvent augmentée, oscillant entre 17 et 13, la minima diminuée, variant entre 10 et 8, mais en général plus élevée que dans les suites normales. La différentielle est plutôt augmentée (entre 4 et 4,5).

La température dépasse 39° le premier jour, le pouls, très petit, varie entre 110 et 145.

Le nombre des mouvements respiratoires peut être supérieur à 30-35 par minutes.

Evolution biologique générale. — Les mêmes déterminations que précédemment ont été effectuées. Signalons dès maintenant qu'il faut retenir, comme éléments importants de pronostic : la formule blanche sanguine, la glycémie et la chlorémie.

Les temps de saignement et de coagulation sont normaux ou écourtés.

Le taux des albumines du sang, de la sérine et de la globuline, sont normaux.

La réserve alcaline est basse (entre 38 et 25 c. c. %).

Les hématies sont, en général, très diminuées, alors que les globules blancs sont, au contraire, très élevés, pouvant dépasser 25.000 par millimètre cube avec polynucléose accentuée (85 à 92 %).

La glycémie est très élevée et peut atteindre 2 gr. 40 ‰.

La proportion de polypeptides est nettement augmentée (de 50 à 80 mill., en tyrosine ‰).

L'urée varie, moins largement que dans les cas favorables entre 0 gr. 20 et 1 gr. 56 ‰.

(1) J. Courtois et R. Lecoq. — *Rev. pathol. comp. et Hyg. gén.*, 1935, 35, n° 468, p. 1111. *La Gynécologie*, 1935, 34, n° 11, p. 665 et 1936, 35, n° 10, p. 680.

(2) M. Larget, J.-P. Lamare, J. Courtois et R. Lecoq. *Bull. méd.*, 1937, 51, n° 2, p. 21.

Le chlore du sang total est presque toujours élevé (oscillant entre 2 gr. 75 et 3 gr. 87 ‰) ; le chlore plasmatique est toujours élevé (variant entre 3,75 et 4 gr. 70 ‰) ; le chlore globulaire reste sensiblement normal, parfois même il est à tendance basse (variant entre 1 gr. 55 et 2 gr. 13 ‰). Le rapport chloré érythro-plasmatique, variant de 0,47 à 0,36, se trouve ainsi très abaissé, mais coïncide, comme l'indique le taux de chlore dans le sang total, avec une hyperchlorémie.

Le coefficient de Maillard est variable et comparable, le plus souvent, aux cas favorables ; l'albuminurie peut parfois atteindre jusqu'à 10 gr. ‰.

Conduite à tenir. — On se trouve frappé, dans les cas graves, par le contraste qui existe entre l'euphorie des malades et le collapsus général apparent. Il y aura avantage, dans ces cas, à soutenir le tonus général cardio-vasculaire et musculo-nerveux par la strychnine, l'adrénaline, l'éphédrine, afin d'éviter l'asystolie périphérique.

L'acidose, qui est la règle dans le terrain puerpéral, n'a pas l'importance qu'elle présente dans les suites opératoires chez les opérés de chirurgie générale ; c'est surtout en favorisant les thromboses qu'elle peut devenir redoutable. Nous avons précisé ailleurs la conduite à tenir dans pareils cas (collargol, opothérapie thyroïdienne).

La polypeptidémie reste, dans les cas graves, moins élevée que dans les cas similaires chirurgicaux ; il est vraisemblable que son rôle n'est ici que secondaire. D'ailleurs, hyperglycémie et hyperpolypeptidémie sont combattues concurremment par ingestion de sucre ou injections fractionnées de sérum glucosé hypertonique à 100 ‰ et injections d'insuline pouvant atteindre 100 unités par jour (faire absorber au moins autant de gramme de sucre que d'unité d'insuline).

L'injection de chlorure de sodium isotonique ou hypertonique est nettement contre-indiquée dans les formes graves, du fait qu'elles s'accompagnent d'hyperchlorémie. On essaiera de relever le rapport chloré érythro-plasmatique par des doses massives d'extrait cortico-surrénal. Cette opothérapie, dont nous avons une déjà longue habitude (1), est également à conseiller avant l'intervention. Si la réserve alcaline est très basse et en présence d'émonctoires anormaux (vomissements, diarrhées, polyurie), le sérum bicarbonaté isotonique intraveineux est recommandable.

Conclusions

Les signes cliniques et biologiques observés à la suite des interventions chez les femmes gestantes ou accouchées diffèrent notablement de ceux que l'on observe chez les opérés de chirurgie générale.

Beaucoup d'interventions obstétricales, dans lesquelles le traumatisme est des plus violents, n'entraînent, cliniquement, que des manifestations bénignes de fatigue générale. Il est possible que l'état gravidique favorise la production d'enzymes agissant comme moyens de défense de l'organisme en favorisant la désintégration des produits résultant de l'involution ou du traumatisme.

En opposition à l'extraordinaire résistance des accouchées au traumatisme, nous rappellerons le rôle du « coefficient puerpéral » dans le développement des toxi-infections graves chez certaines femmes dont les réserves sont épuisées.

Les modifications biologiques observées dans les suites favorables d'interventions chez les gestantes ou les accouchées, sont caractérisées principalement par de l'anémie accompagnée d'une polynucléose élevée, par une réserve alcaline basse, un taux de chlore du sang total normal et un rapport chloré érythro-plasmatique élevé.

Dans les suites compliquées pouvant devenir mortelles, on note une anémie plus nette avec une polynucléose extrême, une réserve alcaline basse, un taux de polypeptides, une hyperglycémie élevés et surtout une hyperchlorémie globale avec rapport chloré érythro-plasmatique très bas.

(1) J. Courtois et R. Lecoq. *Rev. pathol. comp. et hyg. gén.*, 1934, 34, n° 158, p. 1626 et *loc. cit.*, 1935, 35, n° 468, p. 1153.

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Le traitement de la sciatique

Le traitement de la sciatique a largement bénéficié des progrès des méthodes thérapeutiques modernes des algies.

Depuis quinze ans, nous avons eu l'occasion de traiter de nombreux cas de sciatique (plus d'un millier).

Il nous est possible maintenant de pouvoir juger de la valeur des différentes méthodes employées. C'est surtout sur le résultat de cette étude personnelle que nous basons cette « Consultation ».

Nous avons naturellement seulement en vue les sciatiques « primitives », « essentielles », « rhumatismales ».

Il faudra donc d'abord s'assurer qu'on a bien à faire à cette catégorie de malades. A cet effet, les règles établies par Sicard seront d'un précieux secours.

1° La sciatique est une maladie de l'âge moyen. Elle est exceptionnelle dans l'enfance et l'adolescence, rare avant la quarantaine.

2° La douleur de la sciatique est strictement localisée au territoire du nerf sciatique. Toute sciatique qui s'accompagne de douleurs ou d'irradiations douloureuses persistantes au niveau des régions génito-rectales ou de la face antérieure de la cuisse ou de troubles sphinctériens n'est pas une sciatique essentielle. Toute sciatique qui s'accompagne d'irradiations douloureuses persistantes dans la région abdominale ou inguinale n'est pas une sciatique essentielle.

3° Toute sciatique qui s'accompagne de mal perforant ou d'œdème de la jambe n'est pas une sciatique vraie.

4° Jamais la sciatique essentielle ne s'accompagne de paralysie motrice ou même de steppage.

5° Jamais la sciatique essentielle ne s'accompagne de troubles de la sensibilité objective, de troubles reflexes (sauf la diminution ou l'abolition de l'achilléen homologue) ni de signe de Babinski, jamais de réaction de dégénérescence.

6° Toute sciatique bilatérale d'emblée n'est pas une sciatique essentielle.

7° La sciatique vraie ne s'accompagne d'aucune modification radiologique du rachis (autre que les épines ou ostéophytes du rhumatisme vertébral) et d'aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

8° A ces signes négatifs, nous pouvons ajouter un signe positif d'une grande valeur séméiologique : *la scoliose homologue ou alterne*, qui, quand elle est nettement caractérisée appartient bien en propre à la sciatique vraie.

Il faut également se rappeler que fort heureusement 20 à 25 % des sciatiques même fortement douloureuses guérissent spontanément ou par des procédés simples (repos cachets, calmants) en moins de huit jours.

Il faut donc toujours commencer par appliquer ces traitements, sauf dans les cas de récidives ou les crises antérieures ont été persistantes. On prescrira le repos au lit avec des applications chaudes permanentes sur la région douloureuse (compresses chaudes, cataplasme électrique, radiateur électrique, parabolique courant qui réalise d'une façon simple et peu onéreuse une application de rayons infra-rouges) et des cachets calmants ; aspirine, pyramidon, antipyrine, isolés ou associés, ou leurs multiples dérivés à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

Dans les cas particulièrement douloureux, le lavement classique avec 1 gramme d'antipyrine et 2 à 3 gouttes noires anglaises amène un soulagement rapide et procure quelques heures de tranquillité.

Le salicylate de soude même à fortes doses ne nous paraît avoir aucun avantage sur les médicaments précédents et présente les inconvénients digestifs connus.

Quand la sciatique n'est pas améliorée par ces procédés, il y a lieu de recourir aux injections locales nerveuses ou para-nerveuses telles que les pratiquait Sicard.

Certaines injections couramment employées nous paraissent inefficaces. Il peut y avoir des améliorations passagères, mais jamais de guérisons nettes.

Deux méthodes nous paraissent devoir être employées

1° *Alcoolisation locale.* — Dans les formes particulièrement douloureuses, on tirera grand bénéfice des injections locales périnerveuses d'alcool antipyriné.

L'alcoolisation doit être faite en dehors du nerf sciatique. *Il faut se garder d'une alcoolisation directe du nerf, qui engendrerait aussitôt une paralysie.*

On utilise la solution d'alcool antipyriné à 25 %.

On injecte 2 à 3 c. c. de cette solution en deux ou trois points autour du point sciatique en enfonçant l'aiguille par laquelle on aura d'abord injecté 1 c. c. de novocaïne à 1 % à 4 cm. environ.

L'injection sera répétée tous les deux à trois jours.

2° *Infection locale de lipiodol.* — L'injection se fera aux différents segments du sciatique pour atteindre les funicules ou les différents points du tronc.

Dans la sciatique haute, le lipiodol doit être déposé au niveau même des lames lombaires d'où il glisse le long des funicules à la sortie des trous de conjugaison.

Avec une aiguille de calibre moyen (8/10 de millim. environ et de 6 à 8 cent. de longueur, on pique des deux côtés de la ligne des épineuses, à 1 cent. en dehors. Il faut enfoncer jusqu'à ce que l'aiguille arrive *au contact* de la lame osseuse vertébrale ; on injecte alors 3 à 4 cm. de lipiodol préalablement chauffé au bain-marie. L'injection sera répétée quatre à six fois tous les trois jours environ.

Si le siège des douleurs paraît nettement au niveau de l'articulation sacro-iliaque, on déposera le lipiodol au niveau de cette articulation.

On repérera avec soin l'épine iliaque postérieure toujours facilement palpable et on enfoncera perpendiculairement l'aiguille. A trois ou quatre centimètres de profondeur, l'aiguille butera sur un plan osseux et c'est dans ce cul-de-sac que l'on injectera 2 à 4 c. c. de lipiodol chauffé. On prendra soin de le répartir en deux ou trois directions au sein de cette cavité.

Dans les sciatiques à type médian, de la grande échancrure 4 à 5 c. c. de lipiodol seront répartis au contact même du nerf.

L'échancrure sera facilement repérée en traçant une ligne réunissant le trochanter à la pointe du sacrum ; à son niveau une perpendiculaire va rejoindre le tubercule de l'ischion.

C'est à ce niveau qu'est le point d'émergence du nerf sciatique. L'aiguille de 8 à 10 cm. (aiguille à ponction lombaire) sera enfoncée profondément jusqu'à la sensation du contact osseux.

Si l'atteinte est localisée au sciatique poplité externe (face externe de la jambe et du pied) le lipiodol sera déposé au-dessous de la tête du péroné à l'endroit où le nerf contourne le col.

Dans les cas plus tenaces, on aura avantage à pratiquer une injection lipiodolée épidurale. La voie épidurale est en effet la meilleure façon d'atteindre le funicule.

On injectera par cette voie 5 à 10 c. c. de lipiodol chauffé et on laissera le malade en position déclive une ou deux heures après l'injection.

Dans plus de 55 % des cas, les malades sont rapidement améliorés et guéris (au bout de dix à quinze jours) par les injections locales. Chez les malades non suffisamment améliorés, on pratique l'injection épidurale et ainsi plus de 70 % des malades sont guéris.

Chez les 30 % de malades résistants, il est indiqué d'employer la *radiothérapie profonde*. On pratique généralement (Gally) cinq à six séances de 500 à 600 R chacune, soit 3 à 400 R en tout).

Nous avons ainsi presque toujours obtenu la guérison de nos malades.

Jean PARAF.

Les différences cliniques et biologiques qui séparent les opérés de chirurgie générale des opérées puerpérales expliquent la différence des thérapeutiques à mettre en œuvre. C'est ainsi que chez les gestantes ou les accouchées les injections chlorées devront être évitées et remplacées par des injections d'extrait cortico-surrénal, accompagnées de sérum glucosé et d'insuline, voire même de sérum bicarbonaté.

(Travail de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye)

Les tests physiothérapiques en endocrinologie

Par le Dr J.-A. HUET

Dans le chaos où se débat actuellement l'endocrinologie, chaos fait de la complexité et de la diversité des éléments qui concourent à l'édification d'une doctrine, il est bon parfois de pouvoir se rattacher à des valeurs fixes, mathématiques ou physiques pour souffler un peu avant de permettre à l'esprit de se rejeter dans des spéculations plus ou moins hasardeuses, théoriques ou philosophiques. Le matériel tend à prendre le pas sur le spirituel, et sans doute demain le fonctionnel pourra-t-il se rattacher à un état physiologique tangible et mesurable. Succès précaire d'ailleurs car si la physique et la chimie sont les censeurs actuels de l'imagination, sans doute, celle-ci s'échappera demain, et toujours, vers d'autres spéculations nouvelles et plus hardies.

La physiothérapie, dernière venue dans l'arsenal thérapeutique, tend à prendre chaque jour une place plus considérable en endocrinothérapie. Certains zélateurs trop ardents et trop peu éclectiques voudraient en faire la grande thérapeutique des endocrines. En fait, il n'en est rien et si la physiothérapie mérite justement de figurer en très bonne place, elle ne saurait en aucun cas, se substituer aux thérapeutiques médicales et chirurgicales judicieusement employées.

La difficulté de l'endocrinologie consiste dans le manque de tests précis, facilement réalisables, permettant de ramener à des faits objectifs les observations parfois très subjectives des cliniciens. La physiothérapie se devait d'apporter sa contribution à l'édification de ces tests :

A) Le test de Ferrier

a) Le principe : L'oxygénation du sang modifie sa couleur et son examen au spectroscope (méthode d'Hénocque) montre l'existence de deux bandes brunes nettement visibles, séparées par une bande vert clair. Cette oxygénation varie avec l'excitation diathermique des différents appareils endocriniens et c'est le temps nécessaire à cette oxygénation qui est calculé par la méthode de Ferrier.

b) Sa technique : Si on bloque par une pince, la circulation dans la peau d'un espace interdigital, on voit au spectroscope les deux bandes nettement visibles au début, se rapprocher progressivement et se fondre en une seule. Le temps moyen nécessaire à cette réduction est d'environ 120 à 140 secondes. Si l'on applique sur les glandes à sécrétion interne un courant de diathermie extrêmement faible de 80 à 100 milliampères pendant 10 secondes environ et que l'on observe ensuite le temps de réduction des bandes, on voit que ce temps varie d'une façon considérable suivant les glandes observées et suivant les altérations qu'elles présentent. Un examen complet du système endocrinien : thyroïde, hypophyse ovaires, mammaires, testicules, permet de dessiner une courbe qui donne un schéma général de l'activité fonctionnelle de l'appareil endocrinien.

J.-A. Huet et A. Hammel ont, dans un travail récent « Les remarques sur l'exploration électrique des territoires glandulaires » publié à la Société chirurgicale des hôpitaux libres, attiré l'attention sur l'importance de revenir chaque fois au temps initial de réduction des bandes de l'oxy-hémoglobine, avant de passer à l'exploration d'un autre territoire glandulaire. Ils ont démontré que l'observation de ce temps de retour à la normale pouvait varier considérablement d'un malade à un autre, et d'un territoire glandulaire à un autre.

c) Les résultats : Chose essentielle : il ne faut pas considérer le test de Ferrier comme un test diagnostique, mais comme un test thérapeutique. Il n'est que l'expression de la réponse d'un territoire neuro-humoral à une excitation électrique et ce n'est que dans ce sens qu'on doit l'interpréter si l'on veut en tirer des conclusions utiles.

d) Les conclusions : Les conclusions thérapeutiques sont généralement assez nettes. Elles n'ont de valeur que pour une thérapeutique par les agents physiques. C'est ainsi que, parfois, contre toute vraisemblance clinique, on sera sollicité d'agir sur un territoire glandulaire en apparence absolument normal, simplement du fait que son excitation par les agents physiques entraîne une correction de la courbe et tend à la ramener à la normale.

B) L'angle d'indépendance de Lamy

a) Le principe : Les travaux de Vigouroux en 1878 avaient fait ressortir la diminution de la résistance du corps humain à un courant électrique, dans la maladie de Basedow. Le Docteur Lamy, reprenant les travaux de Mme Brazier, de Londres, a pu faire construire un appareil qui permet de calculer rapidement l'angle d'impédance : c'est l'angle qui existe entre la réactance et l'impédance (l'impédance étant la résistance apparente à un courant alternatif d'un circuit complexe contenant self et capacité. L'impédance se détermine en construisant un triangle rectangle dont un côté de l'angle droit est la résistance, et l'autre, la réactance, calculées en fonction de la self, de la capacité et de la fréquence). Le coefficient d'impédance normal est, chez les hommes, d'environ 130, et chez les femmes, d'environ 120.

b) La technique : Le malade est assis avec les avant-bras plongeant dans deux bacs d'eau salée. L'observateur cherche, à l'aide d'une manette et d'un bouton, le silence d'un casque téléphonique et n'a qu'à lire la déviation sur un cadran qui lui donne ainsi immédiatement le coefficient d'impédance. Le malade ne perçoit aucune sensation. La mesure ne dure que quelques secondes. Elle a l'avantage de ne nécessiter ni l'état de jeûne, ni de repos.

c) Les résultats : L'hyperthyroïdie augmente naturellement ce coefficient entre 20 et 60. Le goître simple le modifie peu. Le myxœdème le diminue très nettement. Les réponses de + 10 et de — 10 doivent être considérées comme négligeables.

d) Les conclusions sont celles qu'on peut tirer naturellement dans un cas analogue.

C) Détermination de l'hormone directrice et des hormones satellistes de J.-A. Huet

a) Le principe : Il s'agit, par des doses plus ou moins faibles ou fortes de radiothérapie, d'exciter ou d'inhiber divers territoires glandulaires afin de mettre en évidence l'existence de l'hormone directrice. Celle-ci déclenche la libération de l'hormone satellite dont on facilite l'évacuation par des moyens de drainage physiothérapiques ou médicaux.

b) La technique est la suivante : Le malade est adressé pour un syndrome glandulaire défini : insuffisance hypophysaire, par exemple, par bloquage. On fait une forte dose de radiothérapie locale : 1.500 à 2.000 r. Le malade est amélioré momentanément, mais il apparaît bientôt des réactions glandulaires secondaires sur lesquelles il n'y a qu'à agir par des doses excitantes beaucoup plus faibles : 400 à 800 r.

c) Les résultats sont surprenants. Nous en avons publié

une série de cas au cours des six dernières années, tant en France qu'à l'étranger.

d) Les conclusions thérapeutiques permettent d'agir au mieux des intérêts des malades et souvent d'une façon qui pourrait paraître paradoxale à la clinique.

D'autres tests physiothérapiques sont actuellement en cours d'études, mais les résultats trop récents, ne permettent pas de tirer des conclusions pratiques.

Test de modification de la sécrétion hypophysaire de thyréostimuline, appréciable par l'épreuve d'Aaron après excitation oculaire par les radiations infra-rouges ;

Test de la sensibilité cutanée et de la réponse pigmentaire à l'action des ultra-violets ;

Test des modifications de la chaleur cutanée après irradiations par les rayons X.

Toutes ces expériences ne peuvent être que citées dans un espace aussi restreint, et les lecteurs qui pourraient s'y intéresser sont à même de se reporter aux publications originales faites sur ces sujets.

Conclusions

On voit donc que la physiothérapie, si elle est un moyen de thérapeutique dans la plupart des endocrinopathies, a apporté également un élément nouveau et intéressant dans le diagnostic de ces affections. Seul le temps dira leur valeur en permettant de les confronter avec les résultats qu'elles auront donnés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1937

Infarctus génito pelvien par manœuvres abortives. — *MM. Santy* et *Michel-Béchet* (Lyon) ont observé un infarctus (par eau de savon) de la face postérieure de l'utérus et des faces antérieure et latérales du rectum.

Les annexes étaient respectées. On fit une hystérectomie totale et un abouchement rectal à la peau. Guérison. Cette observation est curieuse par le siège et l'extension inattendue de la lésion. (Rapport de M. Ameline).

Ostéolyse du bassin d'origine indéterminée. — *MM. Albert Mouchet* et *Rouvillois* communiquent l'observation curieuse d'une ostéolyse du massif ischio-pubien gauche apparue sans cause connue chez une fillette de 12 ans à la suite d'un traumatisme insignifiant. La fonte osseuse n'a pas été tout à fait complète ; il a subsisté une baguette osseuse très minime. Le cotyle a disparu et la tête fémorale s'est luxée dans la cavité pelvienne. La malade qui ne présentait aucune tare héréditaire ou personnelle est suivie depuis vingt-quatre ans ; la cause de l'ostéolyse reste obscure. Il n'y a eu qu'une très minime reconstruction.

Ce cas est à rapprocher de l'observation de *MM. Depas, Badelon* et *Daydé*, rapportée en février 1936 par M. Albert Mouchet et concernant une ostéolyse de la main gauche.

Une observation récente d'ostéolyse du pied due au chirurgien Ecossais *Simpson* est également semblable à ces cas.

MM. Mouchet et *Rouvillois* font remarquer que ces ostéolyses si exceptionnelles apparaissent chez des sujets jeunes (12 ans, 14 ans) de l'un et l'autre sexe, à la suite de traumatismes peu importants sans fracture ni luxation) et qu'elles ont une évolution lente et progressive.

Tous les traitements ont été suivis d'échecs.

Il est à souhaiter que la cause de ces lésions exceptionnelles soit connue afin qu'on puisse enrayer leur évolution par une thérapeutique appropriée.

Tumeurs malignes bilatérales du sein. — *M. Pétrignani* (La Rochelle) après avoir enlevé chez une malade un adéno-sarcome très volumineux du sein, observa quelque temps après un adéno-sarcome plus petit de l'autre côté. Un deuxième cas concerne un épithelioma atypique infiltré ayant atteint à intervalle d'un an et demi les deux côtés.

Dans le premier cas il s'agissait de la transformation maligne d'un cystadénome bilateral.

Le cancer bilatéral du sein n'est pas exceptionnel.

MM. Hartmann et *Guérin* en ont rapporté déjà récemment 50 cas personnels. Certains étaient indépendants les uns des autres. D'autres étaient dus à la propagation de la première tumeur, soit de proche en proche, soit par voie lymphatique. L'extrême gravité de ces cas est connue : huit malades de M. Hartmann sont encore vivants sur 50 cas opérés.

M. Soupault a rassemblé 4 cas de cancers bilatéraux du sein. Une de ces malades fit en outre un cancer du col utérin.

M. Michon en a observé 2 cas. L'un concernait deux cancers développés sur des maladies kystiques du sein. L'autre a trait à deux épithéliomas survenus à cinq ans de distance chez une femme de 90 ans.

M. Basset a vu après ablation d'un cancer du sein droit, survenir chez la même malade un cancer du sein gauche à marche rapide. Il y avait eu des séances de radiothérapie sur la première cicatrice opératoire et c'est au cours de ce traitement qu'est survenue la deuxième tumeur.

MM. Brocq et *Rouhier* apportent également des observations de cancers bilateraux.

Le diagnostic et le traitement des traumatismes cérébraux. — *M. Clovis Vincent* rappelle les grandes lésions qui conditionnent la gravité des traumatismes cérébraux :

— hématomes extraduraux ;
— œdème cérébrale ;
— méningite séreuse localisée ou diffuse ;
— hémorragies ventriculaires ;
— collapsus ventriculaire.

Il existe dans la paroi du IIIe ventricule un appareil dont l'excitation détermine l'apparition d'un œdème cérébral aigu. Cet appareil semble régler d'une façon extrêmement sensible la circulation lymphatique du cerveau.

L'hypertension artérielle existe dans certains traumatismes cérébraux et particulièrement dans ceux de la fosse postérieure.

Ces faits constatés au cours d'opérations de neuro-chirurgie ont permis d'établir la physio-pathologie d'un certain nombre de troubles constatés cliniquement.

Et on ne peut pas objecter la différence d'action du traumatisme involontaire et du traumatisme chirurgical : les mêmes complications se retrouvent dans les deux cas avec les mêmes caractères intrinsèques.

En examinant le blessé atteint d'une lésion crânio-encéphalique selon les données classiques, il est essentiel de rechercher soigneusement la date des accidents et de comparer leur acuité à leur évolution.

Si le blessé est conscient, il importe qu'une infirmière s'occupe spécialement de surveiller outre le pouls la respiration et la température, la déglutition. En outre tout changement soudain dans l'état du malade doit être signalé sans attente.

L'examen médical doit porter sur l'étude des fonctions essentielles de la vie. Etudier soigneusement l'abolition des consciences et surtout la déglutition. Si celle-ci est impossible, ou s'il n'en persiste que le temps réflexe laryngé, le cas est extrêmement grave. Un bon signe d'alarme des complications est l'allongement du second temps de la déglutition, même si le pouls, la respiration et la température sont encore normaux.

Les modifications de la respiration sont également intéressantes. Le premier phénomène qui apparaît souvent est plutôt un trouble de la qualité et du rythme. La profondeur de la respiration augmente d'abord et le rythme ne s'accroît qu'après. Vers 32 à 36, elle constitue un signe inquiétant.

La courbe du pouls est plus importante que sa valeur à un moment donné. C'est le ralentissement progressif qui est essentiel.

La courbe de température est capitale. L'accroissement thermique a plus de valeur que l'hyperthermie.

La dilatation pupillaire est souvent un signe de compression du nerf optique. L'hématome peut être du côté opposé. L'état de la papille est plus significatif.

En principe les indications opératoires se posent devant :

Diminution de la conscience ;
Accélération de la respiration ;
Augmentation thermique.

Sachant qu'on doit intervenir, il est des cas exceptionnels où on sait où intervenir. Cas d'une hémiplégie rapidement installée après un intervalle libre, ou d'une épilepsie Bravais-Jacksonnienne bien étudiée. La plupart du temps il est difficile de faire un diagnostic de localisation.

Les signes propres de l'hématome peuvent être donnés par les autres complications, œdème, méningite séreuse. Le meilleur signe de complication reste l'obnubilation progressive. Si l'hématome est seul en cause, son ablation doit faire immédiatement régresser les lésions. Sinon, il existe une autre complication associée, qui est probablement de l'œdème.

L'épreuve de Queckenstaedt ne semble pas à l'auteur avoir une grande valeur dans les traumatismes craniens.

L'œdème cérébral peut être très aigu, on réalisera des aspects qui simulent l'hématome. Ce sont les mêmes indications opératoires qui en permettent la découverte. Cliniquement il est très difficile de diagnostiquer l'œdème de l'hématome.

Certaines techniques sont à répandre. La ponction ventriculaire permet selon certaines règles (*M. Petit-Dutaillis*) de diagnostiquer la complication. Dans les cas de collapsus ventriculaire cependant, la ponction ventriculaire ne permet pas de découvrir le ventricule. Ce collapsus ventriculaire peut survenir au bout de plusieurs jours : le cerveau ne compense pas l'ablation de la lésion en reprenant sa place. L'injection intraventriculaire de sérum de Ringer fait disparaître tous les troubles. Donc à elle seule la ponction ventriculaire ne suffit pas. Mais il faut lui joindre l'examen de la surface méningée par les trous de trépanation. On peut ainsi voir l'œdème ou l'hématome qui s'y extériorisent toujours. On peut aussi par ce moyen voir que le cerveau est rétracté, ce qui témoigne de l'affaissement ventriculaire. Pour bien faire cette trépanation il importe de faire quatre trous : deux frontaux et deux occipitaux.

Dans quelques cas très rares il faut faire une ventriculographie, mais jamais avant au moins huit jours. L'encéphalographie est dangereuse.

La ponction lombaire est peu employée par l'auteur qui n'en pense aucun bien. Elle peut être dangereuse si elle s'accompagne d'une soustraction liquidienne. Elle ne doit être employée que pour l'exploration du liquide.

Des malades présentés par *M. Clovis Vincent* illustrent les principales idées directrices de sa communication.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1937

Polyradiculonévrite curable avec dissociation albumino cytologique chez un tuberculeux pulmonaire évolutif. — *MM. M. Recordier* et *J. Boudouresques* (de Marseille) rapportent l'observation d'un malade de 31 ans, atteint de polyradiculite curable avec dissociation albuminocytologique. Dans les antécédents, il existe une tuberculose pulmonaire découverte il y a quatre ans, mais qui évolue encore actuellement. Les signes nerveux régressent et quelques semaines après l'hospitalisation, la motricité est à peu près complètement récupérée et la dissociation albuminocytologique a disparu. L'évolution de la tuberculose est moins satisfaisante ; alors que la polyradiculonévrite est considérée comme guérie, les signes pulmonaires s'accentuent, s'étendent et entraînent la mort.

Les auteurs rapprochent leur observation de celle de M. Vasilesco (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 30 oct. 1936). Ils considèrent que l'évolution si différente des signes nerveux et des signes pulmonaires paraît interdire d'attribuer au bacille de Koch la responsabilité directe du syndrome de Guillain et Barré. Tout au plus n'est-il pas impossible d'admettre un rôle favorisant de la tuberculose.

Ils concluent que les observations de radiculonévrite curable ont une séméiologie clinique et liquidienne si comparable, qu'elles semblent calquées les unes sur les autres. Leurs caractères évoquent l'hypothèse d'une affection autonome relevant d'un virus neurotrope spécifique dont certains facteurs infectieux ou toxiques sont peut-être susceptibles de favoriser parfois l'action pathogène.

Epilepsie rotatoire et torsionnante. — *M. Urechia.*

Deux cas d'hémoglobinurie paroxystique. Les difficultés du diagnostic clinique et hématologique. — *MM. M. Brûlé, P. Hillemand* et *R. Gaube* ont observé deux cas d'hémoglobinurie paroxystique dont le diagnostic exact fut longtemps méconnu. Le premier malade ne fut d'abord observé qu'au cours de poussées d'ictère, tandis que la phase initiale d'hémoglobinurie avait cessé, sans attirer l'attention du sujet. Le second malade avait été réformé pour paludisme et néphrite hématurique ; il était syphilitique. Chez un des malades, les examens de sang auraient pu faire penser à un ictère hémolytique car la réaction de Donath et Landsteiner semblait négative tandis que la résistance globulaire semblait abaissée. Mais, en pratiquant la réaction de Donath et Landsteiner avec toutes les précautions bien étudiées par Widal, Abrami et Brissaud, l'épreuve se montrait toujours positive. Quant à la résistance globulaire, elle était parfaitement normale, si l'on prenait soin de maintenir les hématies à 37° pendant toute la recherche. C'est là une précaution essentielle sur laquelle Widal, Abrami et Brûlé ont, depuis longtemps, insisté ; chez certains hémoglobinuriques, il suffit en effet du moindre refroidissement pour que le sérum fragilise aussitôt les hématies.

Malgré les recherches de Widal et ses élèves, ces causes d'erreur sont encore trop souvent méconnues et toutes les observations d'hémoglobinurie paroxystique avec fragilité globulaire et réaction de Donath et Lendsteiner négative sont ainsi à réviser. Comme Widal, Abrami et Brûlé le soutenaient il y a trente ans, il existe une différence essentielle entre l'hémolyse avec fragilité globulaire des ictères hémolytiques vrais et l'hémolyse par action plasmatique de l'hémoglobinurie paroxystique.

Tuberculose de généralisation non miliaire chez un adulte. — *MM. Etienne Bernard, S. Thieffry et P. Gauthier-Villars* présentent l'observation d'une femme de 42 ans qui fut atteinte et mourut au bout de six mois, d'une tuberculose avec généralisation à tous les viscères et aussi, fait à souligner, à presque tout le système ganglionnaire ; en particulier, les ganglions abdominaux étaient si volumineux qu'ils en ont imposé tout d'abord pour une tumeur de l'estomac. En dépit de cette généralisation il ne s'est agi en rien, ni cliniquement, ni anatomiquement, d'une tuberculose miliaire. Les organes, la rate en particulier, étaient le siège de nodules assez gros et de nombre limité. Le caractère commun à tous ces nodules a été leur même degré d'évolution. Ils ont partout atteint le stade de caséification étendue mais dépourvue de toute tendance à l'excavation ou au ramollissement, tels les tubercules crus de Laënnec. Histologiquement toutes ces lésions ganglionnaires ou viscérales ont la même signature : elles sont purement folliculaires et la plupart sont riches en bacilles de Koch.

Une pareille allure anatomique, singulière chez un adulte, s'apparente à certaines tuberculoses diffuses du nourrisson où dominent les lésions lenticulaires disséminées ; elle évoque la tuberculose expérimentale type Villemin et permet de rapprocher certaines descriptions de généralisation tuberculeuse chez les sujets « neufs », en particulier chez les noirs. Mais ce qui fait l'originalité de ce cas, c'est que rien, chez cette malade de 42 ans, à Paris depuis l'enfance, n'amène à suspecter une primo-infection, non plus d'ailleurs qu'une réinfection exogène massive. A retenir seulement chez elle la notion de lourds antécédents de tuberculose familiale et ce fait qu'elle était originaire de Bretagne, soit une région où l'endémie tuberculeuse est particulièrement répandue et meurtrière.

Ostéomalacie grave, non influencée par l'ingestion de vitamine D mais considérablement améliorée par l'administration de vitamines A et D en injections intramusculaires. — *M. Jacques Decourt* rapporte l'observation d'une femme de 63 ans, complètement confinée au lit depuis onze ans par une ostéomalacie grave avec de grosses déformations rachidiennes et de vives douleurs osseuses. On ne trouvait à l'origine de la maladie ni carence alimentaire, ni privation de lumière. On notait, par contre, des anomalies dans le métabolisme des lipides.

L'ergostérol irradié (vitamine D) administré pendant plus de deux ans par voie buccale aux doses habituellement efficaces dans le traitement de l'ostéomalacie, n'a pas fourni d'amélioration appréciable. Par contre le même produit administré par voie intramusculaire, en association avec la vitamine A, a provoqué en un an la disparition complète des douleurs osseuses et une amélioration considérable de l'impotence. La malade qui ne pouvait jadis ni s'asseoir ni se retourner dans son lit est actuellement capable de se lever, de s'habiller et de marcher. Des examens du sang ont permis de suivre parallèlement l'évolution du syndrome humoral.

L'auteur estime que le résultat thérapeutique n'est pas dû à l'adjonction de vitamine A, mais au fait que le facteur D a été administré par voie parentérale. Il voit dans cette observation un type particulier d'ostéomalacie s'opposant aux ostéomalacies par carence alimentaire, et sans doute lié à un facteur endogène, d'origine hépatique ou endocrinienne.

Danse hilaire: étude radiokymographique. — *M. Cossio* (de Buenos-Aires).

Lambliase vésiculaire, vomissements périodiques et troubles nerveux. — *M. Morénas* (de Lyon).

La preuve de la vitesse de la circulation du sang après l'effort. — *MM. Cossio, Bercousky* et *del Castillo* (de Buenos-Aires).

Séance du 19 février 1937

Deux cas d'arthrite gonococcique grave de la hanche, avec lésions osseuses (coxite) — *MM. P. Jacquet, Turiaf, Alain Rubens-Duval* et *Mme Congy* ont observé deux cas d'arthrite coxo-fémorale qui, par les douleurs atroces, l'intensité des signes locaux et la gravité de l'état général surclassaient la plupart des arthrites de la hanche communément observées. Le gonflement périarticulaire était considérable, il y avait de volumineuses adénopathies inguinales et rétrocrurales. La pâleur extrême, l'amaigrissement presque cachectique, la fièvre oscillante entre 38° et 39°, l'apparition de vastes escarres chez l'un des malades, firent craindre à un moment donné une issue fatale. La radio montra, vers le quinzième jour, outre le pincement de l'interligne articulaire, des pertes de substance cupuliformes et très étendues de la tête fémorale et du rebord cotyloïdien. Immobilisées dès lors dans leur évolution, les lésions se réparèrent très vite deux mois après, par une recalcification intense et la multiplication des travées osseuses anastomotiques réalisant l'ankylose. Il s'agissait de coxites gonococciques sous leurs formes les plus graves.

Les auteurs insistent sur les caractères intrinsèques de ces arthrites qui, par leur intensité même, imposent presque d'emblée le diagnostic de gonococcie. Moins qu'ailleurs, en effet, dans ces formes hautement fébriles, on ne peut tabler sur l'existence de gonocoques pour asseoir un diagnostic. La femme, atteinte de vaginite avec gono-réaction positive, n'eut de gonocoques dans ses pertes qu'à sa convalescence. L'homme était atteint depuis quatre mois d'une blennorragie identifiée à une consultation hospitalière du soir, rechutante et négligée. Il n'eut pas de gonocoques pendant toute la durée de son hospitalisation.

L'opérabilité de cancers de l'estomac avancés. — *M. René-A. Gutmann* présente une série d'observations et de clichés concernant des cancers gastriques très étendus, largement gastrectomisés et vivant encore ou ayant vécu 3 à 12 ans après l'opération ; dans plusieurs cas, les ganglions enlevés étaient envahis.

L'auteur s'élève contre l'idée courante qu'une image lacunaire étendue, qu'une tumeur palpable sont des contre-indications opératoires et aussi qu'elles impliquent une récidive certaine ou proche.

Il étudie les contre-indications à l'exérèse tirées surtout de la constatation de métastases ou de signes radiologiques d'extension vers le cardia.

En dehors de ces conditions, le médecin doit essayer de remonter temporairement le malade (transfusions, etc.) pour lui permettre de subir une gastrectomie à l'anesthésie locale et insister pour qu'elle soit tentée.

Lorsque la tumeur est enlevée, le pronostic est impossible à poser et, dans les cas d'apparence les moins favorables, on peut avoir de longues survies et même des guérisons.

Etat cardiaque quasi désespéré chez une basedowienne méconnue ; thyroïdectomie ; guérison ; remarques. — *M. E. Donzelot*, à propos d'un cas où la thyroïdectomie, pratiquée dans des conditions particulièrement critiques, a amené la guérison de la malade, (avec séquelle arythmique jusqu'à présent), présente quelques remarques.

Ce n'est pas comme on le dit d'une manière générale malgré l'insuffisance cardiaque que l'on peut opérer les basedowiens, c'est à cause de l'insuffisance cardiaque qu'il faut les opérer.

Ce qui fait la gravité mortelle de la maladie de Basedow, ce sont les accidents cardiaques ; or ceux-ci, à base de fibrillation auriculaire, sont sous la dépendance de la sécrétion thyroïdiennne viciée. L'auteur, le premier, en 1914, en a apporté la preuve expérimentale ; depuis lors, ces expériences ont été confirmées par de nombreux auteurs :

Quant aux critiques adressées à cette expérimentation, elles s'évanouirent devant les résultats obtenus par la thyroïdectomie basedowienne qui constitue l'une des plus belles acquisitions médico-chirurgicales de ces toutes dernières années.

Lymphogranulomatose maligne à début pulmonaire ; excavation du foyer pulmonaire et formation d'une caverne granulomato-tuberculeuse. Mort par tuberculose miliaire. — *MM. P. Jacob, Leblois* et *Ch. Mayer* rapportent l'observation d'un homme de 40 ans qui a présenté dans la moitié supérieure du champ pulmonaire droit une ombre radiologique juxta-médiastinale assez régulièrement arrondie. Ce fut pendant quatre mois la seule localisation constatée. Au bout de quatre mois commencent à apparaître des localisations multiples et la biopsie d'un ganglion axillaire fait porter le diagnostic de maladie de Hodgkin. Un grand syndrome de compression médiastinale qui s'aggrave rapidement est enrayé par la radiothérapie. Treize mois après le premier examen apparaît au centre de l'ombre pulmonaire une image hydro-aérique, en même temps que, pour la première fois, l'expectoration se montre bacillifère. Trois mois plus tard, le malade meurt de tuberculose miliaire aiguë. L'autopsie permet de retrouver une caverne, dont la paroi est formée de tissu granulomateux vierge de toute formation tuberculeuse, et dépourvu de bacilles de Koch, mais est intérieurement tapissée d'une mince couche caséeuse riche en bacilles.

Les auteurs discutent le rôle joué par le bacille de Koch dans le processus ulcéreux et admettent qu'il peut s'agir d'une caverne hodgkinienne, fait très rare, mais dont John S. Bouslog et W. Walter Wasson ont récemment rapporté une observation, cette ulcération ayant libéré des bacilles de Koch enkystés dans d'anciennes lésions abortives dont on trouve du reste la trace dans l'apex, d'où surinfection de la paroi interne de la caverne et tuberculose miliaire terminale Ce fait est bien connu dans les affections ulcératives du poumon, surtout dans les abcès pulmonaires.

A propos d'une endocardite maligne prolongée à forme hépato-rénale. — *MM. Etienne Chabrol* et *Jean Sallet* rapportent l'histoire d'un malade de 32 ans qui, pendant quinze mois fut soigné tour à tour pour une tuberculose rénale et une néphrite urémigène, et chez lequel le diagnostic d'endocardite d'Osler fut établi par les poussées douloureuses de la rate hypertrophiée et par la découverte anatomique d'infarctus spléniques. Bien que ce malade présentât un léger souffle systolique de la pointe et accusât dans ses antécédents, trois crises rhumatismales, la valvule mitrale était relativement indemne, son bord libre présentait deux petites nodosités d'endocardites verruqueuse atteignant le volume d'un pois sans la moindre rétraction des cordages. Par contre, les reins et le foie étaient le siège d'importantes lésions interstitielles, remarquables par leur diffusion et par l'absence de tout processus embolique.

En signalant l'échec de leurs hémocultures, les auteurs rappellent les observations similaires de Libman qui a pu parler de la guérison de la maladie d'Osler, devant les formes abactériennes des glomérulo-néphrites diffuses évoluant vers la chronicité.

La ponction sternale, méthode de choix pour la recherche des leishmanies. — *M. Torando* (d'Athènes).

Anévrysme volumineux de l'aorte descendante chez un ancien spécifique. — *MM. Paulian, C. Fortunescu* et *M. Tudor*.

Séance du 26 février 1937

Le prélèvement direct intra-bronchique : recherche du bacille de Koch et division des crachats. — *MM. Léon Kindberg, G. Lapiné* et *P. Adida* décrivent la méthode qu'ils emploient de façon régulière à leur consultation et dans leur service de l'Hôpital Beaujon : introduction nasale d'une fine sonde rigide, après une très légère analgésie, sonde que l'on guide au point voulu sous vérification radioscopique ; injection de 10 c. c. de sérum stérile, aspiration et examen du liquide ainsi retiré.

Ils résument leurs vingt et une premières observations relatives à la tuberculose.

Il s'agit d'une méthode simple, facile à mettre en œuvre et

parfaitement supportée chez tous les malades. Aucune réaction douloureuse n'a jamais été relevée. La méthode, par comparaison avec toutes les autres techniques, paraît extrêmement sensible, en particulier chez une malade, qui pendant deux mois, présenta un état fébrile sans localisation, la réponse positive (B. K.) du prélèvement endobronchique précéda de plusieurs semaines la première apparition décelable d'un foyer tuberculeux qui fut ultérieurement traité par le pneumothorax.

Elle permet, d'autre part, avec la plus grande exactitude actuelle, la séparation des crachats des deux poumons : elle est donc d'une importance capitale pour la collapsothérapie, soit avant la décision, soit au cours d'un pneumothorax, soit lorsqu'il a été abandonné. Elle permet seule parfois de tenter sans crainte ou de repousser sans restriction une collapsothérapie bilatérale. C'est d'ailleurs une méthode générale qui, en dehors de la tuberculose, permet d'aborder la question des infections encore mal connues de l'appareil respiratoire.

Contribution à l'étude clinique de la tuberculose cervico-pulmonaire homolatérale. — *MM.* ***Etienne Bernard, A. Grossiord*** et ***L. Vildé*** rapportent les observations de dix-sept tuberculeuses adultes qui ont été atteintes à la fois de lésions pulmonaires et d'adénopathies cervicales (axillaires dans deux cas). L'étude des faits cliniques permet les déductions suivantes : Lorsque l'adénopathie a été unilatérale et la lésion pulmonaire unilatérale, l'homolatéralité des lésions a été la règle, la non homolatéralité l'exception. Quand l'adénopathie a été bilatérale et la lésion pulmonaire unilatérale, la lésion pulmonaire a été du côté de l'adénopathie la plus volumineuse et la plus ancienne. La lésion pulmonaire siège au niveau de l'apex dans la très grande majorité des cas. Le plus souvent on peut mettre en évidence la précession des adénopathies sur les lésions pulmonaires. L'atteinte ganglionnaire, suppurée ou non, diffuse ou totalisée, n'a pas semblé commander pour les lésions pulmonaires une forme anatomique ni un pronostic particuliers.

Les auteurs versent ces observations aux débats toujours ouverts concernant les voies de propagation du bacille de Koch. Des lymphatiques cervicaux aux poumons, trois voies sont possibles : lympho-hématogène, lympho-lymphatique, (puis lympho-pulmonaire rétrograde), lympho-transpleuro-apicale. Si ces observations n'autorisent pas, quant à cette question, des conclusions devant recevoir, dès maintenant, un caractère de généralité, elles soulignent du moins, après d'autres travaux cliniques et expérimentaux, l'intérêt et l'importance de la voie lymphatique dans la propagation de la tuberculose.

Les ramollissements pseudo tumoraux de l'encéphale. — *MM.* ***Riser*** et ***Planques*** (Toulouse) rapportent les observations de trois sujets atteints de ramollissement cérébral, ayant présenté des signes en foyer importants, apparus progressivement dans deux cas, et chez l'un d'eux de l'épilepsie jacksonienne préalable. L'hypertension crânienne a été forte, et parfois durable : deux fois le fond d'œil a présenté l'aspect habituel des compressions cérébrales, sans signes d'artérite brightique, à proprement parler ; l'évolution clinique dans l'ensemble était celle d'une tumeur, chez des sujets encore jeunes, sans artério-sclérose ni hypertension artérielle.

L'hypertension crânienne dans le ramollissement relève des causes suivantes, isolées ou associées : l'œdème cérébral des premières semaines, méningite aseptique irritative avec réaction cellulaire ou dissociation, hypertension veineuse hyposystolique, auto-intoxications variées.

Les éléments du diagnostic sont donc basés sur la recherche de ces facteurs, l'exploration minutieuse du système artériel, l'abaissement fréquent et durable de la pression crânienne, dans certaines conditions ; l'hyperhémie du fond d'œil et même l'œdème simple n'ont pas de valeur, tandis que les lésions de l'artère rétinienne sont d'une importance capitale.

La ventriculographie est d'un très gros intérêt, sauf dans les premiers jours qui suivent l'apparition des signes cliniques, car le foyer de ramollissement aigu donne parfois, temporairement, les mêmes images qu'une tumeur.

L'encéphalographie, par voie carotidienne, suivant la technique de Moniz, serait certainement d'un grand intérêt.

Gros orteil d'apparence syringomyélique avec fractures spontanées multiples du métatarse. Considérations physiopathologiques et thérapeutiques. — *M. M.* ***Gilbert-Dreyfus*** et ***M. Zarachoritch*** présentent un malade chez lequel, après deux maux perforants plantaires, se développa une tuméfaction énorme du gros orteil, avec hypercoloration, hyperthermie et hypersudation locales. La radiographie révéla l'existence de trois facteurs spontanés du métatarse ; les explorations oscillométriques et l'épreuve des bains froids et chauds mettaient en évidence un syndrome de vaso-dilatation artérielle permanente, maximale et irréductible, le système vaso-constricteur paraissant frappé de sidération.

L'enquête étiologique devait rester infructueuse : on ne put déceler en particulier aucune stigmate clinique ni biologique de tabès ou de syphilis, aucun symptôme sûr de syringomyélie.

Une sympathectomie fémorale est pratiquée en même temps que l'ablation de ganglions inguinaux hypertrophiés. L'intervention amène une amélioration considérable : clinique, oscillométrique (la vaso-dilatation artérielle perd son caractère d'irréductibilité), et radiologique (consolidation rapide des fractures métatarsiennes).

Syndrome d'Adie et hérédo syphilis probable. — *MM.* ***Laignel-Lavastine, H.-M. Gallot*** et ***Nouaille*** présentent un malade âgé de 30 ans chez qui un examen systématique pratiqué lors d'une crise éthylique a montré l'existence d'un syndrome d'Adie. Or, le liquide céphalo-rachidien présente des anomalies (albumine 0,40, lymphocytes 4, Wassermann négatif, benjoin un peu étalé) qu'on ne signale pas habituellement dans ce syndrome. Le malade ayant un enfant idiot et sa femme ayant eu deux fausses couches spontanées, la nature hérédo-spécifique de ce cas de maladie d'Adie est donc probable sinon certaine.

Valeur de la ponction de la moelle osseuse pour le diagnostic du kala-azar méditerranéen. — *MM.* ***Paul Giraud*** et ***Gaubert*** (Marseille) montrent que, pratiquée chez l'enfant âgé de moins de 10 ans, la ponction du tibia est d'une technique très aisée. Elle est peu douloureuse et d'une innocuité absolue. Elle a permis la découverte des parasites dans 15 cas sur 22. Dans 5 autres cas, on a retrouvé quelques parasites de morphologie douteuse et il a fallu recourir à la ponction de la rate qui a été positive. Dans 2 derniers cas, les frottis de moelle osseuse ont été négatifs et la ponction de rate positive.

Ce procédé doit donc être utilisé d'emblée en même temps que la ponction ganglionnaire pour la recherche des leishmanies. En cas de résultat douteux ou négatif, on sera autorisé à recourir ensuite à la ponction de la rate malgré les accidents d'ailleurs rares qui peuvent en être la conséquence.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 février 1937

Un cas de sacro-coxalgie avec abcès traitée par l'arthrodèse extra-articulaire. — ***M. Vidal-Naquet*** présente l'observation d'une malade de 34 ans, chez laquelle il a pratiqué, selon la technique de Raphaël Massart, une arthrodèse extra-articulaire de l'articulation sacro-iliaque droite pour sacrocoxalgie avec gros abcès lombaire. Cette malade avait des antécédents bacillaires importants et un mauvais état général. Elle souffrait de douleurs à type de névralgie sciatique. Arthrodèse extra-articulaire au moyen d'un greffon tibial. Au bout d'un mois les douleurs avaient totalement disparu et l'abcès, sans avoir été ponctionné, était complètement résorbé. Selon l'auteur il n'est pas utile d'immobiliser dans un appareil plâtré. Un repos de quatre mois en décubitus dorsal est en général suffisant pour obtenir une bonne consolidation.

Fracture de cuisse chez le nouveau-né. — ***M. Lamy.*** — Les fractures diaphysaires du fémur pendant l'accouchement sont heureusement rares. Elles se produisent surtout lors des manœuvres de force nécessitées par une présentation vicieuse, version podalique par exemple. Leur intérêt vient surtout de la difficulté de les maintenir en raison des soins de propreté et des nécessités de déplacer le nourrisson. Fréquemment d'ailleurs le chirurgien ne les voit qu'après consolidation lorsque la famille constate qu'il y a une grosse déformation. Celle-ci est caractérisée par les faits suivants : cal énorme, angulation extérieure très marquée, angulation latérale, décalage des fragments, parfois de plusieurs centimètres avec léger raccourcissement. Que faut-il faire ? attendre ou intervenir ? L'intervention est une grosse intervention en raison du

volume du cal et de la nécessité d'un grand délabrement. De plus, la contention sera presque impossible ; l'extension, les vis, etc... sont très difficiles à bien réaliser. L'auteur présente un de ces cas revu récemment, pour lequel il a préconisé l'abstention : l'enfant, âgé aujourd'hui de deux ans, paraît normal. Le fémur a repris sa forme habituelle, sauf une légère incurvation à convexité antérieure qui tend à disparaître de plus en plus. Le raccourcissement est de quelques millimètres seulement.

Tarsoplastie pour pied creux valgus paralytique. — *M. André Trèves* présente une jeune fille de 15 ans, atteinte à 2 ans d'une paralysie infantile qui lui a laissé cette lésion. Paralysie des jambiers, de l'extenseur propre et du triceps sural ; hypertrophie du massif tarsien en dedans. Marche sur le bord interne du pied, grosse dépression sous-talonnière. Arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, allongements des péronniers rétractés, transposition dans la partie externe du Chopart d'un coin osseux astragalien prélevé à la face interne. Le résultat au bout d'un an se maintient excellent. Flexion se faisant uniquement par l'extenseur commun, extension par les fléchisseurs profonds. La flexion et l'extension du pied sont normales, ainsi que l'aspect de celui-ci. Cette tarsoplastie, illogique dans le pied-bot varus équin congénital, était ici tout à fait indiquée comme complément de la double arthrodèse, pour combler la brèche existant du côté externe.

Fracture du col huméral. Ostéosynthèse. Résultat éloigné. — *M. Duchet-Suchaux* (de Vesoul). — M. H..., 22 ans. Chute de quatre mètres le 24 avril 1935. Fracture du col chirurgical de l'humérus gauche avec gros déplacement des fragments. La tête humérale est derrière le fragment diaphysaire remonté. Echec de réduction par l'appareil de Pouliquen. Intervention le 25 avril 1935. Incision de Lecène sur le moignon de l'épaule. Réduction difficile maintenue par une vis à bois placée obliquement. Ablation de la vis six mois après. Récupération rapide et totale de tous les mouvements du bras, constatée récemment.

Accidents dûs à un follicule de dent de sagesse. — *M. Duchet Suchaux* (de Vesoul). — M. C..., 41 ans, souffre de céphalée et de douleurs dans le côté gauche du maxillaire inférieur depuis quatre ans. Adénite sous-maxillaire gauche il y a six mois, puis début d'adénophlegmon en décembre 1936. Une radiographie montre une tache opaque, grosse comme un haricot, en arrière de l'apex de la dent de 12 ans. Cet adénophlegmon se résoud sans suppuration par le traitement. Le 11 janvier 1937, intervention sous anesthésie locale. Trépanation du maxillaire inférieur par voie externe à la fraise électrique. Découverte d'une petite cavité entourée de tissu osseux très dense qui est largement ouverte. Suites normales. Disparition de la douleur dans le maxillaire ; la céphalée se manifestait encore de temps à autre, moins forte. Il s'agissait donc d'un follicule de dent de sagesse infecté, en situation anormale et avorté. D'où pouvait venir cette infection ? La dent voisine était saine. On peut peut-être incriminer une cause endogène.

Deux cas de rupture sus-rotulienne du tendon du quadriceps fémoral. — *M. Pierre Le Gac.* — Ces ruptures sont relativement rares comparées aux fractures de la rotule et à la rupture du ligament rotulien. Dans un cas, chez un homme de 70 ans, la rupture partielle a guéri par le traitement orthopédique ; dans l'autre cas, chez un homme de 52 ans, l'opération s'imposait en raison de l'étendue de la rupture et de la rétraction du fragment proximal ; la suture à fil perdu, non résorbable, faite sous anesthésie locale, a donné un résultat fonctionnel parfait.

Deux cas d'abcès méso-cœliaques probablement d'origine appendiculaire. — *M. Bovier* communique deux cas d'abcès méso-cœliaque : le premier, chez une femme de 75 ans, ouvert et drainé par laparotomie médiane et Mickulicz avec suites parfaites, mais terminé au troisième jour par une embolie mortelle ; le deuxième, chez un homme de 59 ans, ouvert et drainé par voie iliaque, terminé par guérison après phlébite de la jambe droite. A propos de ces deux cas, l'auteur insiste sur la symptomatologie paradoxalement larvée de ces formes, sur l'importance de la dysurie, sur la tactique opératoire qui commande parfois la voie médiane. Il termine par quelques considérations sur les phlébites et embolies, distinguant les formes ascendantes, sans signes, qui tuent, et les formes descendantes, avec phlegmatia, qui ne tuent pas. Sa conclusion pratique est que tout syndrome abdominal aigü doit être, sans retard, montré au chirurgien.

Bloc chirurgical à cellules opératoires stérilisables. — *M. Masmonteil* présente la maquette d'un bloc chirurgical qu'il vient de faire construire. L'air et les parois des salles sont stérilisés par la vapeur d'eau à 120°. Il se forme ainsi un brouillard dense qui est repris par un aspirateur et condensé sur une batterie réfrigérante. Les salles d'opération, de forme ovalaire, sont des cellules blindées ne contenant ni appareil de chauffage, ni appareil d'éclairage : les parois métalliques sont chauffantes ; le plafond comprend, dans son épaisseur, une couronne lumineuse avec rayons infra-rouge et rayons ultra-violets.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1937

Dispositif pour l'anesthésie intraveineuse. — *M. Hirchberg* présente cet appareil composé d'un simple robinet à double voie interposé entre la seringue contenant la solution barbiturique et l'aiguille introduite dans la veine. « Le goutte à goutte » intraveineux et les réinjections successives d'anesthésique sont ainsi faites sans difficulté. L'auteur présente également un appareil pour prise de sang.

A propos de la communication de M. Cevey. — *M. M. Filderman* apporte quelques faits confirmant la règle de *von Pirquet* qu'il a appliquée, sous une autre forme, aux cures d'amaigrissement. Il a ainsi trouvé beaucoup plus de sujets normaux que par la règle de Broca et rapporte une observation caractéristique de cette conception.

Les réactions de la muqueuse nasale. — *M. Grain* expose que sous la dépendance de causes générales déclenchantes, la muqueuse nasale est fréquemment le siège de phénomènes réactionnels consistant en hypersensibilité, hypersécrétion, hypertrophie et dégénérescence. Ces phénomènes très particuliers constituent un véritable syndrome ne relevant pas de la thérapeutique locale ; ils doivent obligatoirement rentrer dans le cadre de la thérapeutique générale.

MM. Bouchet, Debidour, Du Pasquier prennent la parole sur la thérapeutique de ces affections.

Les drogues à dynamisme élevé et la thérapeutique à doses minima. — *M. Taguet* s'éloigne volontairement de l'homéopathie pour ne considérer que les drogues à dynamisme élevé utilisables à doses infimes mais mesurables soit chimiquement, soit biologiquement.

Avec son collaborateur *Dumatras*, il pense que dans la molécule complexe de certaines substances médicamenteuses d'origine organique plusieurs fonctions chimiques existent qui peuvent contrarier ou annihiler la propriété principale, et que, pour l'une d'elles tout au moins, l'atténuation, sinon la suppression complète d'une de ces fonctions permet de reculer les limites de l'action thérapeutique en abaissant considérablement le titrage efficace. L'auteur insiste sur la nécessité d'étudier plus sérieusement le terrain pathologique, certains individus réagissant à des doses très inférieures à celles que supporte la moyenne des malades.

Chirurgie articulaire. — *M. Massart* présente une série de films en couleur d'opérations osseuses, une opération ankylosante du rachis pour fracture vertébrale douloureuse, une opération intra-articulaire du genou pour une ostéo-chondrite disséquante, une arthrodèse du genou pour lésion rhumatismale chronique. La couleur naturelle qui donne une idée exacte de l'hémorragie et de la teinte des tissus paraît un gros progrès dans l'art cinématographique chirurgical.

« Quand vous prescrivez un régime à un diabétique, rappelez-vous toujours que vous lui imposez des règles diététiques, non pour quelques jours ou quelques semaines, mais pour toute une vie.

« Estimez-vous possible qu'un être raisonnable doué d'une certaine activité et obligé de gagner sa vie puisse peser chaque jour ses aliments et se faire une cuisine spéciale ? » (Professeur RATHERY. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies de la nutrition, 1 vol. Masson, édit.).


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites Abcès, etc.
aux Névralgies Faciales
Intercostales. Sciatiques etc.
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose
sa
triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Dermatologie

Avec les anciens, il faut revenir à la conception que les grands eczémas sont des maladies générales dont l'agent pathogène à affinités spéciales et à propriétés eczématogènes atteint non seulement la peau, mais aussi les différents organes. Quels que soient l'origine et le mode de pénétration de l'agent pathogène, beaucoup de poussées évolutives représentent les disséminations générales de cet agent, ou le réveil, sous l'influence de causes déclenchantes, de foyers de dissémination anciens. Si prédominante qu'elle soit ou qu'elle paraisse, la « sortie » à la peau n'est pas la seule ; et les sorties dans les viscères peuvent parfaitement se faire suivant le type eczémateux. L'eczématose ne doit être laissée dans le groupe des maladies de peau » qu'à condition de répéter qu'une dermatose n'est en regle que l'ensemble des symptômes cutanés d'une maladie générale.

(Paul Chevalier. L'eczéma. *La Presse Médicale,* 17 octobre 1930.)

Ophtalmologie

En l'état actuel il n'est pas permis de prétendre obtenir par une thérapeutique médicale la guérison de la cataracte On ne saurait trop réprouver les reclames tapageuses qui abusent de la crédulité publique par l'affirmation fallacieuse de guérisons impossibles. L'opinion de Maitre-Jan à ce sujet est toujours vraie : « ... Il y en a qui se sont vantés un peu trop hardiment d'en avoir guéri ou prévenu quelques-unes. Il y avait, chez ceux-là plus de vanité que de bonne foi, et le seul récit vague, indéterminé et mal circonstancié qu'ils font de leurs cures est plus que suffisant pour les confondre de mensonge ou tout au moins d'erreur, aussi bien que quelques charlatans modernes qui n'ont aucune teinture de médecine, ni de chirurgie, ou, s'ils en ont quelqu'une, elle est si médiocre, qu'ils ne méritent pas de porter le titre dont ils s'honorent et qui cependant exagèrent impunément les vertus de leurs prétendus secrets pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le public »

Cependant, dans certains cas, il est possible, par un traitement médical, d'obtenir non la guérison mais l'arrêt de l'opacification du cristallin, d'obtenir même des améliorations de l'acuité visuelle ;

Le traitement est variable suivant les cas : car il n'y a pas une cataracte mais des cataractes.

Les médications qui paraissent donner les meilleurs résultats sont les bains et collyres, suivant la formule de Badal, les bains et pommades iodo-calciques (Louis Dor), l'ionisation de l'œil suivant la technique de Morisot, la thérapeutique externe et interne iodo sulfurée.

(Etienne Ginestous, de Bordeaux. La cataracte est-elle guérissable sans opération ? *Le Concours Médical,* 4 octobre 1936.)

Pédiatrie

L'enfant est capable, dès les premiers mois, d'assimiler une certaine quantité de glycides, sous différentes formes, sucre de betterave, différents dérivés hydrolytiques de l'amidon, et même cet amidon, à la condition qu'il soit *très cuit*. Le nourrisson s'adapte en quelques jours à cette alimentation, si on a soin de répartir la farine dans tous les repas journaliers au lieu de le donner en une fois.

Entre 3 et 6 mois l'enfant tolère parfaitement 300 grammes d'amidon cuit.

La farine de blé complet est parfaitement bien digérée dès l'âge de 1 mois 1/2 à 2 mois. Mouriquand attribue, en partie, cette remarquable digestibilité au fait que cette farine contient la cuticule du grain de blé.

Pour le très jeune enfant, à partir de 2 mois, on peut ainsi administrer les glycides sous forme de maltose et de sucre ou de glycose, tous trois également bien tolérés. La dextrine ou plutôt les dextrines industrielles produites par l'hydrolyse acide de l'amidon, sont mal tolérées. Bien que presque entièrement assimilées, elles ne donnent qu'un accroissement de poids nettement inférieur à la normale.

On peut donc formuler les règles suivantes :

Le nourrisson trouve dans le lait maternel, lorsque celui-ci est en quantité suffisante, un aliment complet et parfait jusqu'au 6e mois ; à partir de ce moment, il est bon de donner une certaine quantité de farines.

L'enfant allaité artificiellement ne tolère le lait de vache que d'une manière imparfaite ; il y a intérêt à remplacer le plus tôt possible une partie des lipides et des protides du lait de vache par des glycides.

L'adjonction des farines modifiant la floculation de la caséine au moment de la coagulation, il est préférable de répartir uniformément la bouillie dans tous les biberons.

(P.-F. Armand Delille. L'utilisation des glycides (amidon et ses dérivés d'hydrolyse) pendant les premiers mois de la vie. *Annales médico-chirurgicales,* octobre 1936.)

Diphtérie

En pratique, une seule question prime toutes les autres dans le traitement de la diphtérie, c'est la précocité de la première injection de sérum ! — Les statistiques publiées aux assises de médecine générale française (1934) par les médecins des hôpitaux militaires en apportent une preuve indiscutable. Le traitement de la diphtérie est un traitement d'urgence ; devant toute angine suspecte, on a le devoir de pratiquer immédiatement une injection de sérum. On ne peut mieux faire que de rappeler une fois de plus les phrases de E. Roux, à propos d'une discussion récente sur l'efficacité de la sérothérapie antidiphtérique :

« Le sérum est un merveilleux remède quand il est administré à temps, c'est-à-dire alors que la quantité de toxine fixée sur les cellules est encore trop faible pour amener la dégénérescence définitive ; dans le cas contraire le sérum reste impuissant. *C'est une erreur de considérer l'antitoxine comme curative* ; elle agit toujours *préventivement*, puisqu'elle empêche l'intoxication de s'étendre et ne peut rien contre celle déjà faite. »

(R.-A. Marquézy. La sérothérapie antidiphtérique. *Le Bulletin Médical,* 26 septembre 1936.)

Thérapeutique chirurgicale

Indications actuelles du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum — Il ressort de l'expérience personnelle de MM. X. Delore et H. Gabrielle que l'on doit traiter l'ulcère duodénal soit par gastrectomie pour exclusion, soit par gastro duodénectomie.

La gastro-entérostomie doit être réservée aux cas graves et

lorsque toute autre opération est contre-indiquée, soit du fait de la gravité des lésions locales. La gastrectomie pour exclusion, permettant d'enlever la gastrite péri-ulcéreuse, donne des résultats très supérieurs à ceux que fournit la simple gastro-entérostomie. Mais elle laisse subsister l'ulcère, et de temps en temps celui-ci peut continuer à évoluer et entraîner des complications plus ou moins graves.

Il faut donc s'efforcer d'enlever l'ulcère duodénal en même temps que la gastrite péri-ulcéreuse.

Malheureusement, la gastro-duodénectomie n'est pas toujours réalisable ; il faut souhaiter que les malades soient adressés plus précocement au chirurgien, et, si possible, dans l'intervalle des crises de poussées inflammatoires, de manière à ce que les indications de cette opération puissent être étendues à un plus grand nombre de cas.

(X. Delore et H. Gabrielle. Indications actuelles du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *La Presse Médicale*, 17 octobre 1936.)

Médecine expérimentale

L'hyperparathyroïdisme expérimental produit une surcharge calcique du cœur et des artères. — Cette surcharge a pu être mise en évidence chimiquement et histologiquement.

Elle dépend :

1° De la quantité d'extrait injecté : les mêmes quantités absolues ont eu de l'effet chez le rat alors qu'elles n'en ont pas eu — ou de minimes — chez le lapin.

b) de la qualité de l'extrait injecté : le parathormone de Collip est plus puissant que le paratyrone de Byla.

c) De la durée des injections : la surcharge calcique est d'emblée assez forte et pratiquement constante après les premières inections. Mais elle n'augmente plus si l'on continue les injections et souvent au contraire elle revient à la normale. A ce point de vue, dans les observations rapportées, la charge calcique après injections prolongées est restée élevée dans les artères, alors qu'elle est plutôt revenue à la normale dans le myocarde.

On doit donc se demander si une hyperparathyroïdie inapparente n'est pas, au moins partiellement, à l'origine de certaines maladies artérielles à calcifications évidentes, et de certains états myocardiques sans cause, qu'il ne nous appartient pas d'indiquer.

(R. Leriche, A. Jung et S.-M. Dupertuis. Recherches sur la surface calcique de l'appareil cardio vasculaire dans l'hyperthyroïdisme expérimental. *La Presse Médicale*, 12 septembre 1936.)

Varia

Il est des vieux médicaments qui ont subi une dépréciation injustifiée, et ils ont cependant derrière eux l'expérience de nombreuses années pendant lesquelles on a pu juger de leurs effets thérapeutiques. C'est le cas de la créosote, remède plus que centenaire, dont M. le Professeur Bezançon disait, il n'y a pas longtemps, qu'elle était un grand médicament un peu trop délaissé par les praticiens.

Méconnaître, ou ne pas vouloir reconnaître l'action bienfaisante de ce vieux remède, serait se priver d'une arme très utile qui doit trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique où le praticien doit puiser chaque jour.

(Docteur Jacques Garelly. A propos de la médication créosotée. *Le Bulletin Médical*, 24 octobre 1936.)

***

On ignore la façon dont peut agir le magnésium dans la stérilité, mais on l'utilise avec succès pour la reproduction dans l'art vétérinaire et j'ai essayé de l'employer dans l'espèce humaine. Je suis persuadé qu'on pourrait, dans un certain nombre de cas, favoriser beaucoup la grossesse en utilisant le magnésium. Pour ma part, je l'ai réservé aux femmes chez qui l'examen (général et génital) était négatif et qui présentaient un tempérament lymphatique ou arthritique (quoique ces termes ne soient plus admis par tous, ils doivent à mon avis rester pour le moment dans le vocabulaire médical). Sur quatre femmes traitées uniquement par le magnésium, j'ai obtenu la grossesse chez deux et l'une de ces deux femmes avait subi sans succès un an avant un examen au lipiodol.

J'ai employé dans ces cas le magnésium *per os* ou en ovules comme on en trouve actuellement dans le commerce.

(Turpault. La cause de la stérilité féminine est assez souvent d'origine extra-génitale. *La Presse Médicale*, 22 juillet 1936.)

Echos et Glanures

La maladie, « œuvre du diable ». — *Note parue dans le* MERCURE DE FRANCE (1er mars 1937), *sous les initiales J. Ch.* :

« C'est assez d'un médecin pour tuer un malade », a dit plaisamment Sa Sainteté Pie XI, comme on le priait d'accueillir, en consultation, d'autres docteurs que le Professeur Milani, qui le soigne, et dont il a longtemps, d'ailleurs, refusé les soins.

Un tel propos est digne de Molière qui fut, par excellence, l'homme de la nature, comme on sait. Mais il se révèle conforme à la pensée chrétienne la plus authentique.

L'auteur du « Malade Imaginaire » s'exprime dans le pur esprit du moyen-âge, faut-il le dire ? quand il raille les bonnets pointus de prétendre réparer les accidents des ressorts de notre machine.

Parler de secourir, de soulager l'homme, de lui ôter ce qui lui nuit, de lui donner ce qui lui manque, c'est proprement délirer. L'homme meurt en son temps, nous ne pouvons aller là contre ; et il devrait mourir de sa belle mort. C'est d'extrême vieillesse, d'usure lente et douce, comme une chandelle à bout de suif s'éteint, qu'il rendrait l'âme si le Diable ne se mêlait de ses affaires.

La maladie est *opus diabolicum*, affirmait-on, à l'époque des cathédrales. On ne recourt, alors, à tant de saints, pour conjurer la séquelle des maux qui assaillent notre misérable espèce, qu'en raison du caractère démoniaque de ceux-ci. C'est Saint-Maur, qui guérit la goutte ; Saint-Job, la lèpre ; Saint-Gilles, le cancer ; Saint-Guy, la chorée ; Saint-Barthélemy, les convulsions ; Saint-Hubert, la rage ; Saint-Fiacre, le flux de sang, etc...

Tous les accidents pathologiques découlent de la faute originelle ; et non seulement ceux du corps, mais ceux de l'intelligence. C'est dans ce sens que Joseph de Maistre a écrit : « L'homme entier n'est qu'une maladie ».

Connaît-on, au-dessous de Nemours, l'église de Larchant. L'admirable tour qui demeure debout, de cet édifice à demi-ruiné, est percée d'une fenêtre, grillée d'épais barreaux. Cette tour est située à droite de l'autel, et l'on y enfermait, jadis, pêle-mêle, les malheureux atteints de démence (Saint-Mathurin à qui l'église fut dédiée, est le patron des fous). D'entendre la messe devait guérir les possédés en les exorcissants. Les possédés ? Oui ; et par l'un ou l'autre des sept péchés capitaux : orgueil, envie, avarice, colère, luxure, gourmandise, paresse ou plutôt *acedia*, c'est-à-dire dégoût de la vie, négation de l'œuvre divine...

La folie ne pouvait, dans la pensée des théologiens, procéder d'autre chose. La preuve en est du caractère outrancier, poussé jusqu'à la caricature horrifiante, des chapiteaux qui figurent nos vices, de l'autre côté du sanctuaire de Larchant...

Point, donc, d'attitude anti-scientifique. Non sans raison, certes ; mais encore faut-il distinguer. Le Pape n'est pas systématiquement hostile, en effet, aux découvertes des hommes, aux inventions de leur génie. Il ne s'oppose pas, par principe, aux améliorations qu'apporte le progrès, ainsi qu'on se plaît à dire. La nef de Saint-Pierre est éclairée à l'électricité, et ses ampoules lumineuses ont remplacé la lueur des cierges de nos églises et nos cathédrales. Pie XI a roulé en automobile et parlé devant le micro : la téhessef, comme écrit M. Georges Duhamel, a répandu ses messages aux quatre coins du monde... Mais, c'est qu'il ne s'agit là que de mécaniques. Rien qui touche à l'âme et au corps, qui renaîtra glorieusement avec elle, après la mort...

Sciences mathématiques, sciences physiques, soit ! Mais sciences naturelles, halte-là ! La curiosité en est une forme de la concupiscence. La *libido sciendi* est au nombre des péchés d'orgueil ; ce n'est pas le moindre. Si nous vivions en état d'innocence, comme devraient avoir vécu nos parents, nous ne connaîtrions pas les infirmités. C'est prétention satanique, et qui touche à la sorcellerie — il faut trancher le mot — que de vouloir les guérir. Seul, le saint les peut détourner de ceux qu'ils affligent, en les attirant sur soi, à l'exemple de cette Lydwine de Schiedam, dont Huysmans s'est fait l'hagiographe.

A propos de l'hôpital militaire du Gros Caillou. — *Dans l'*INTERMÉDIAIRE DES CHERCHEURS ET DES CURIEUX (15 février 1937), *M. Robert Laulan précise que* :

« La bibliothèque donnée par Mme du Barry à l'hôpital du Gros Caillou, se trouve effectivement à l'Ecole du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, ou du moins qu'elle y fut transportée lors de la démolition de l'hôpital du Gros-Caillou et remontée dans la mesure du possible comme elle l'était primitivement.

Car elle était à trois corps, en bois sculpté et peint, décorait le fond et deux retours de la pharmacie de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, au rez-de-chaussée sur la rue, à droite, en face de l'entrée principale donnant vis-à-vis de la fontaine de Mars, et elle avait été exécutée spécialement pour la pièce où elle se trouvait.

Cette bibliothèque fit l'objet d'une note de M. Fernand Roger, expert en objets d'art, auprès de la Cour d'Appel, dans le *Bulletin* n° 2 de l'année 1906, de la *Société d'Histoire et d'Archéologie du VIIe arrondissement de Paris.*

Quant aux ouvrages qu'elle renfermait et dont *un ancien sapeur* nous affirme « qu'ils n'ont pas émigré bien loin », et que la plupart ont été joints aux collections de l'Ecole militaire, nous pouvons assurer qu'aucun n'a fait partie du fonds de l'Ecole royale militaire (supprimée en 1788) dont les inventaires se trouvent aux Archives nationales ; et qu'aucun non plus ne figure dans le fonds de l'Ecole de guerre ».

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BORGESCO (Alexandre C.) et CORNEANO (Marcel). — **Les colosphincters et les colospasmes.** 163 p., 15 pl. 34 fig. Br. : 45 fr. (*Masson et Cie*).

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. 40e Session. Comptes rendus. 724 p. Br. : 80 fr. (*Masson et Cie*).

DAUTREBANDE (L.). — **Oxygénothérapie et carbothérapie.** 300 p. Br. : 45 fr. (*Masson et Cie*).

DEROBERT (L.) et FAURE (J.). — **L'atmosphère viciée des locaux d'habitation et de travail. Pathologie.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 415. 82 p. Br. : 18 fr. (*Hermann et Cie*).

DUMAS (A.). — **Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension.** Coll. Médecine et chirurgie. Recherches et applications. 136 p. Br. : 22 fr. (*Masson et Cie*).

FIGUIÈRE (Eugène). — **Plantes qui nourrissent. Plantes qui guérissent.** In-8 cour. 256 p. Br. : 10 fr. (*E. Figuière*).

GIROUX (A.) et LEBLOND (C. P.). — **L'acide ascorbique dans les tissus et sa détection.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 435. (16 25). 40 p. Br. : 15 fr. (*Hermann et Cie*).

GLORIEUX (P.) et ROEDERER (C.). — **La spondylose et ses conséquences.** 208 p. 138 fig. Br. : 60 fr. (*Masson et Cie*).

MOLLARET (Pierre). — **Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination.** 142 p. Br. : 60 fr. (*Masson et Cie*).

RAVINA (A.). — **L'année thérapeutique.** 11e année 1936. 175 p. Br. : 20 fr. (*Masson et Cie*).

RENARD (G.) et MEKDJIAN (A. Pascal). — **La migraine ophtalmique.** Coll. Médecine et chirurgie. Recherches et applications. 146 p. 8 fig. Br. : 22 fr. (*Masson et Cie*).

SIMONNET (Henri). — **L'hormone folliculaire.** 532 p. Br. : 100 fr. (*Masson et Cie*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 12 — 20 MARS 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Externat des hôpitaux. — *Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de* 1936-1937. — MM. 1. Royer (Eugène), 60 ; 2. Le Brigand, 59 ; 3. Alloiteau, 4. Stepanoff, 56 1/2 ; 5. Bach, 6. Mlle Narlian, 56 ; 7. MM. Blancard (Jacques), 8. Marche (Jean), 55 1/2 ; 9. Henry (Paul), 55 ; 10. Caplier (Pierre), 11. Borniche, 12. Germond (Jean), 54 1/2 ; 13. Braillon, 14. Champagne, 54 ; 15. Savouret, 53 1/2 ; 16. Ponsar (Aliin),- 17. Devineux, 18. Mlle Dourget, MM. 19. Albou, 53; 20. Bergeron (André), 21. Medvedeff, 22. Sissmann (Robert), 23. Dausset (Jean), 24. Guy (Edouard), 52 1/2 ; 25. Cordier (Pierre), 26. Delater, 27. Krajevitch, 52 ; 28. Gibert (Jean), 29. Attal (Haïm), 30. Scherrer (Jean), 51 1/2.

MM. 31. Lallemant (Yves, Marie), 51 1/2 ; 32. Chapelet (Jean), 33. Mlle Ferrié, MM. 34. Roman (Marc), 35. Couleru, 51 ; 16, Bouttier (Daniel), 37. Schapiro (Ruben), 50 1/2 ; 38. Brac (Jean) 39. Mouzon (Michel), 40. Perissel, 41. Guézou (Pierre), 42. Caballero y Monteaguo, 50 ; 43. Brille (Pierre), 44. Pichot de Champfleury, 45. Hardre (Jean), 46. Tricard (Armand), 47. Millet (Robert), 48. Joly (Jean, 49. Joué (Raphaël), 50. Flabeau (Fernand), 51. Hertz (Claude), 52. Kœnig (Bernard), 53. Escomel (Louis), 49 1/2 ; 54. Machoire (Yves), 55. Mme Filhoulaud, 56. MM. Chaudouet (Pierre), 57. Jourdan Laforte, 58. Aublin (Jean), 59. Leger (Michel), 60. Fues (Henri, 49 1/2.

MM. 61. Bailly, 49 1/2 ; 62. Solal (Georges), 63. Loygue (Jean), 64. Mlle Grout, MM. 65. Dubarry (Louis), 66. Sapir (Michel), 49 ; 67. Keruzoré (Frantz), 68. Jouve (Emile), 69. Brandon (Maurice), 70. Mlle Ravet, 71. Daudet (Marie-François), 72. Mlle Noufflard, 73. Nespoulous (Jean), 74. Auquier (Louis), 75. Cousin (Robert), 48 1/2 ; 76. Benidir, Hammoun, 77. Mlle D hennot, 78. Pardon (Julien), 79. Iagello (Georges), 80. Forgeois (Alfred), 81. Moulle (Henri), 82. Nehlil, 83. Mintz (Michel), 84. Duthuit (Gabriel), 85. Mlle Bousquet, 86. Mlle Schauving, 87. M. Le Naour (Roger), 88. Mlle Klein, 89. M. Descubes (Jean-Marie), 90. Mlle Begzadian, 47 1/2.

MM. 91. Foulon (Jacques), 92. Martmann (Jean), 93. Kahn-Bruker, 94. Barbier (Louis), 95. Biro (Jean), 96. Manrel (Jean), 47 1/2 ; 97. Guy (André), 98. Menuier (Jean), 99. Bory (René), 100. Boitard (Maurice), 101. Ballacci (Vita), 102. Mlle Sikoray- 103. Fourney (Charles), 47 ; 104. Chaignon (Pierre), 105. Giudicelli (Don Pierre), 106. Morat (René), 107. Perraudin (Charles), 108. Blanquet (Raymond), 109. Stagé (Marie-Louisi), 110 Legendre (Jacques), 11. Le Bourg (Jean), 112. Samana (Maurice), 46 1/2 ; 113. Talbot (Marcel), 114. Conge (Michel), 115. Radjaï, 116. Sevestre (Jean), 117. Badin (Jacques), 118. Chaltiel (Léon), 119. Mlle Benezit, 120. M. Caraud (Joseph), 46 1/2

MM. 121. Lavergne (Chirstian), 46 1/2 ; 122. Hechavarria y Vaillant, 46 ; 123. Ichïa (Antoine), 124. Djuvara, 125. Bokser (Benjamin), 126. Mme Demassieux, 127. MM. Van Quathem (Marcel), 128. Yaïch dit Jaïs, 129. Lacrosaz (Marcel), Mlle130 Douroff, 131. MM. Kerschen (René), 132. Metropolitanski (Jacques), 133. Mlle Caillet, 134. MM. Edelmann, Gilles, 135. Blanchet (Yves), 45 1/2 ; 136. Schuster (Abraham), 137. Lacour (Jean), 138 Mlle Puget, 139. MM. Girard (René), 140. Cuenca (Henry), 141. Corcos (Victoria), 142. Hans (Dominique), 413. Perrier (Pierre), 144. Denis (Jean), 145. Drain (René), 146. Narevsky (Henri), 147. Flouquet (Henri), 148. Maurice (Pierre), 149. Monod (Claude), 150. Michon (Jacques), 45.

MM. 151. Vesval (Yves), 45 ; 152. Méplain (Marie-Arthur), 153. Viard (Paul), 154. Zarrabi (Massoud), 155. Gallant (Abel), 156. Fouks (Léon), 157. Bernard (Pierre), 158. Longeaux Mlle 159. M. Rousset (Marie-Joseph), 160. Mlle Bourbon, 161. MM. Goltz (Salomon), 162. Sebillotte (Camille), 163. Mlle Chevallier, 164. (MM. Seneçal (Jean), 165. Foix (Laurent), 166. Mlle Brissy, 167. M. Gerbaux (Alain), 168. Mlle Duchamp, 44 1/2 ; 169. Loupias (Pierre), 170. Halberstadt, 171. Guegan (Yves), 172. Simon (André), 173. Maigne (René), 174. Rouault de la Vigne, 175. Aayé (Bernard), 176. Chapuis (Gilbert), 177. Duhamel (Georges), 178. Mlle Vettier, 179. MM. Bessis (Marcel), 180. Lavarde (Jean), 44.

MM. 181. Karcher, 44 ; 182. Gilbert (Henri), 183. Dezarnaulds (Pierre), 184. Mlle Mossel, 185. Holleville (Eugène), 44 ; 186, Carrillo-Maurtua, 187. Joannés (Roger), 188. Mlle Duboin, 189. MM. Rousseau (Jean), 190. Estève (Pierre), 191. Bourdy (Yves), 192. Pitollet (Charles), 193. Deniziaut (Charles), 194. Nalpas (Pierre), 195. Taïeb (Jacques), 196. Rojas y Lopez, 43 1/2 ; 197. Russak (Herz), 198. Bakhchayech, 199. Fouassin (Paul), 200. Amirian, 201. Martinet (Pierre), 202. Renault (Paul), 203. Roy (Georges), 204. François (Raymond), 205. Narboni (Elie), 206. Mlle Colombe (Geneviève), 207. Pouponneau (Raoul), 208. Duxamel (Michel), 209. Dupré (Bernard), 210. Tibi (Meyer, 43 ,

MM. 211. Chateau (Robert), 212. Thierry (Jean), 213. Richet (Gabriel), 214. Mlle Mirès, 215. François (Armand), 216. Nicolaïdès (Emile, 43 ; 217. Cottard (André), 218. Mariage (Gérard), 219. Mlle Vanhulle, 220. Mlle Manson, 221. MM. Anghert, 222. Devraigne (Pierre), 223. Malekzadeh-Milani, 224. Lallemand (Jean-Marie), 225. Verdier (yacques), 226. Michaud (Jacques), 227. Kalmar (Jacques), 228. Mlle Labonde, 229. MM. Calvo-Blateto, 230. Cehaap, 231. Laroche (Claude), 232. Ponpon (Jacques), 233. Eydieux (Henri, 234. Lévy (Jean Ernest), 235. Lachovsky, 236. Poirier (eRné), 237. Tallet (Jean), 238. Milstein (Jacques), 239. Peiffert (Jean), 240. Perrotin Jean), 42.

241. Mlle Lorton, 242. M. Legendre (Jean), 243. Mlle Redonnet, 244. Mlle Benard, 245. MM. Bour (Pierre), 246. Detré (Francis, 42 ; 247. Durnerin (Marcel, 248. Hò-Vinh-Thong, 42 ; 249. Sevaux (Francisque), 250. Berthi (Jean), 251. Mlle Candau, 252. Mlle Marc, 253. MM. Warmé (Robert), 254. Coriat (Léon), 255. Valentin (Michel), 256. Gouault (Charles), 257. Libarelli (Louis), 258. Sissmann (Marcel), 259. Lioubtchansky, 260. Mlle Denis, 261. MM. Cacault, (Jacques), 262. Poncet (Émile), 263 Poulain (Jacques), 264. Badie (Mansour, 41 1/2 ; 265. Lanchon (Fernand), 266. Nguyen-Khac-Than, 267. Drouin (Pierre), 268. Boursault (Bernard), 289. Gandelon (Georges), 270. Follin, 41.

MM. 271. Divisia, 292. Dumas (Pierre), 272. Boutbien, 274, Gautier (Jean), 275. Dupin-Girod, 276. Mlle Allary, 277. MM. Noal (Pierre), 278. Chatelin (Charles), 279. Racovsky (Marcel), 41 ; 280. Chauvisé (Jean-Marie), 281. Mme Baumann, 282. Mlle Roissard de Bellet, 283. MM. Grünwald, 284. Cardon (Pierre), 285. Pichereau (René), 286. Mlle Gavrilenko, 287. MM. Buriat, (Jacques), 288. Seiffert (Paul), 289. Sersiron, 290. Sethian, 291. Grabol (Jean), 292. Baudy (Roger), 293. Choubrac (Pierre), 294. Bignon (Bernard), 295. Toguias, 40 1/2 ; 296. Lévy (Jean Léon), 297. Fabre (Jean-Louis), 298. Nataf (Siméon), 299. Leca (Jean), 300. Attuil (Léon), 40.

MM. 301. Favre (Paul), 302. Wachtel, 303. Gamard (Jean), 304. Jouhanneaud (Georges), 305. Hlle Kniazeff, 306. MM. Hallot-Boyer (Pierre), 307. Barbier (Michel), 308. Nebout (Jean) 309. Wollmann, 310. Broutin (André), 311. Cuche (Daniel), 312., Collet (Albert), 313. Mlle Germain, 40 ; 314. Boschatel (Emile), 315. Moncany (Jacques), 316. Mazillier (Marcel), 317. Mariaux 318. Goust (Joseph), 319. Lustak, 320. Lieurade, 321. Pellot,

322. Persusier (Jean), 323. Mlle Proux, 324. Souffrin, 325. Dubois (Jacques), 326. Tararine (Nicolas), 327. Bey (Maurice, 328. Blériot (René), 39 1/2 ; 329. Bendit, 330. Giron (Emile). 39.

MM. 331. Erlich, 332. Seibel, 333. Mme Surleau, 334. de Kermerc'hou de Kerautem, 335. Zyngerman, 336. Dubois (Georges), 337. Bey (Henri), 338. Jacob (Paul), 339. Mlle Alhine, 340. M. Leroy (Roger), 341. Mlle Caussé, 342. M. Lehec (Henris, 343. Tillequin (Charles), 344. Maugeais (Jean), 345. Desjeux, 346. Mlle Koo, 347. MM. Farzad, 348. Mion (René), 349. Mlle Meslin, 350. MM. Denvil (Pierre), 351. Galopeau (Maurice), 352. Mlle Dufresne, 353. M. Tillet, 354. Mlle Ligon, 355. MM. Brill (Marius), 356. Devaulx (Jean), 357. Charmel, 358. Saint-Hilier, 359. Bahri, 360. Picot (Henri)..

MM. 361. Lefebure (Francis), 362. Harlez (Georges), 363. Auvert (Roger), 364. Chevallier (Pierre), 365. Etienne (Henri), 366. Legrand (René), 367. Mlle Chassaing, 368. Mlle Lagroua, 369. Mlle Bottin, 370. MM. Canivet (Jean), 371. Guinard (Pierre) 372. Monié (Jacques).

Concours de l'internat en médecine des établissements hors Paris. — *Epreuve écrite* : Péritonites aiguës généralisées chez l'homme adulte. Symptômes. Diagnostic et médications thérapeutiques. — Cœcum et appendice, configuration extérieure et rapports.

Ont obtenu : Mlle Fossier, 19 ; M. Genthou, 20 ; Godlewski, 9 ; Dupuis, 17 ; Mlle Meunier, 25 ; Petit, 19 ; Rometti, 22 ; Martinet, 28 ; Mlle Lecuyer, 14 ; Hertzog, 27 ; Jouin, 12 ; Florès, 23 ; Lemanissier, 18 ; Mlle Heulot, 28 ; Jokel, 9 ; Anquetil, 19 ; Desclaux, 20 ; Attali, 23 ; Dennewald, 21 ; Durier, 15 ; Durnerin, 18.

Epreuve orale Pour Chardon Lagache : Formes cliniques du cancer de l'estomac ; M. Lemaninier, 14 ; Rometti, 16 ; Petit, 15; Fossier, 11 ; Desclaux, 15.

Pour Hendaye : Rhumatisme articulaire aigu de l'enfant, signes et complications. M. Jokel, 5.

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 6 avril, M. Thaler : Contributon à l'étude du doigt à ressort (son mécanisme et son traitement).

8 avril. — M. Angeli : Des vaccins anti-amarils obtenus par culture de tissus vivants. Embryon de souris haché. Embryon de poulet. — M. Austerveil : Etude sur l'hygiène de la marche. — M. Féry : Organisation de la lutte contre le trachôme en Algérie (Assistance médicale aux indigènes). — M. Couget : Contribution à l'étude de certaines réactions d'intolérance aux produits de beauté. — M. Lévi : Le traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injections intra-veineuses.

9 avril. — M. Toutirais : Sténose du duodénum et ulcère peptique. — M. Duchatel : Contribution à l'étude des cancers du cœur. — M. Clénet : Contribution à l'étude de la Rœntgenthérapie des adénoïdites.

Amphithéâtre d'anatomie. — (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 5 avril 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Programme du cours. — I. *Chirurgie des plaies des membres.* — *a*) Lésions des parties molles : Plaies des muscles ; Plaies des tendons ; Plaies des vaisseaux : technique de la ligature et de la suture artérielle ; Plaies des nerfs : la suture nerveuse. — Les assistants répéteront : la suture tendineuse, la suture artérielle, la suture nerveuse.

II. *Chirurgie des plaies des membres.* — *b*) Lésions du squelette et des articulations : Plaies articulaires ; Fractures ouvertes ; Les amputations dans la pratique courante. — Les assistants répéteront : les amputations pratiques.

III. *Chirurgie des suppurations des membres.* — Panaris, phlegmons de la main. Arthrites suppurées : arthrotomie et résection. Ostéomyélites aiguës. — Les assistants répéteront : l'incision des panaris ; l'incision des phlegmons de la main : phlegmons commissuraux, phlegmons de la gaine digitale, phlegmons des gaines digito-palmaires. Découverte du rameau thénarien du médian. Arthrotomie de la hanche : résection de la hanche. Voie d'abord de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation.

IV. *Chirurgie d'urgence des affections de la tête et du cou.* — Les traumatismes du crâne : ponction rachidienne, trépanation décompressive pour hématome, opération de Cushing, opération d'Ody. Le traitement chirurgical de l'angine de Ludwig. La trachéotomie. La trépanation de la mastoïde. — Les assistants répéteront : la trépanation décompressive pour hématome, la

trépanation du Cushing, l'opération d'Ody, la trachéotomie, la trépanation de la mastoïde.

V. *Chirurgie des péritonites aiguës.* — Appendicite aiguë, péritonites appendiculaires. Péritonites par perforation des ulcères gastriques et duodénaux. Péritonite d'origine biliaire. Traitement de la pancréatite aiguë hémorragique. — Les assistants répéteront : l'ablation de l'appendice, la suture d'une perforation gastrique, la cholécystectomie, l'abord du pancréas.

VI. *Chirurgie gynécologique d'urgence.* — Péritonites d'origine génitale : ablation des annexes, colpotomie postérieure, technique du drainage à la Mickulicz. Traitement de la rupture de grossesse extra-utérine, de la torsion des kystes de l'ovaire. — Les assistants répéteront : l'ablation unilatérale des annexes, l'hystérectomie subtotale, le drainage à la Mickulicz, la colpotomie postérieure.

VII. *Chirurgie des occlusions intestinales.* — Anus cæcal, anus iliaque, entérostomie. Résection intestinale et sutures. — Les assistants répèteront : l'anus cæcal, l'anus iliaque, l'entérostomie sur le grêle, la résection et la suture intestinale.

VIII. *Chirurgie des hernies étranglées* : Hernies crurale, inguinale, ombilicale. — Les assistants répéteront : la cure des hernies crurale, inguinale, ombilicale.

IX. *Chirurgie des traumatismes abdominaux.* — Plaies et contusions de l'abdomen, suture du foie, splénectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — Les assistants répéteront : la suture du foie, la splénectomie, la thoraco-phréno-laparotomie.

X. *Chirurgie d'urgence du thorax.* Plaies du cœur. — Plaies pleuro-pulmonaires. Hémothorax. Pleurésies purulentes. Péricardites purulentes. Emphysème médiastinal aigu. — Les assistants répéteront : l'abord du cœur, la suture d'une plaie du cœur, la pleurotomie, la péricardotomie par la voie de Larrey.

XI. *Chirurgie urinaire d'urgence.* — Traitement de la rupture traumatique de l'urètre. La cystostomie. Traitement de l'infiltration d'urine. Traitement de l'anurie par la décapsulation rénale. La pyélostomie. — Les assistants répéteront : la cystostomie, la décapsulation rénale, la néphrostomie.

XXVe Congrès français de médecine. — Le XXVe Congrès français de médecine se tiendra à Marseille, du 26 au 28 septembre 1938.

Le bureau est constitué de la façon suivante :

Président : Professeur Olmer ; Vice-Présidents : Médecin Général Pezet, Professeur Audibert Professeur Mattei Secrétaire Général : Professeur Roger, Secrétaire Général adjoint Professeur agrégé Poinso, Trésorier : Professeur Cornil, Trésorier-adjoint : Professeur agrégé Poursines.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour :

1° — Les spirochétoses ictérigènes ; 2° — Les hypochlorémies; 3° — La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.

Société de médecine militaire française. — La Société de médecine militaire française réunie le jeudi 14 janvier en assemblée générale, a élu son bureau pour 1937 :

Président : M. le médecin général inspecteur Rouvillois.
Vice-présidents : MM. les médecins généraux inspecteurs Lemoine et Lecomte, M. le médecin général Brugere (Marine). M. le pharmacien général Mancier.
Secrétaire général : M. le médecin colonel des Cilleuls.
Secrétaire général adjoint : M. le médecin commandant Jame.
Secrétaire des séances : MM. les médecins capitaines Coudane et Aujaleu.
Trésorier : M. le médecin lieutenant-colonel Poy.

Sur la proposition du président, la Société a inscrit à son ordre du jour, pour l'année 1937, les questions suivantes :

La désinsectisation (Rapporteurs : médecin colonel DES CILLEULS et médecin lieutenant-colonel BELLON) ;

Le dépistage de la tuberculose. (Rapporteur : Médecin Lt- Colonel COLVELLE) ;

Les indications opératoires et l'heure de l'intervention dans les complicatins des otites aiguës. (Rapporteurs : Médecins Commandants GUILLERMIN, et PESME) ;

Les réactions vaccinales antitypho-paratyphoïdiques. (Rapporteur : Médecin Commandant MEERSSEMANN,).

La société de Médecine Militaire française, qui groupe les Officiers du Service de Santé de l'armée active et des réserves, se réunit au Val- de-Grâce, le deuxième Jeudi de chaque mois à 16h. 30.

Cotisation annuelle : Vingt francs. Les membres de la Société reçoivent gratuitement le Bulletin.

Souscrire auprès du Trésorier de la Société, au Val-de-Grâce, 277 bis rue Saint-Jacques, Paris (Ve).

Deuxième Congrès de l'enfant à la mer et à la montagne. — Le Comité d'Organisation a décidé de reporter à la Pentecôte (16 mai), la Session du Congrès, qui devait avoir lieu à Pâques. Le Voyage, qui accompagnait le Congrès, est également reporté.

Un prochain communiqué fixera le nouveau programme, qui se déroulera sur le même parcours, de Hyères à Menton, avec les mêmes rapports, communications, visites et réceptions.

Fondation de Rothschild. — *Concours d'internat.* — Ce concours est ouvert, dans les conditions générales ci-après, aux étudiants en médecine pour la nomination de six internes titulaires et de trois internes provisoires.

Pour les inscriptions au concours et pour tous renseignements concernant le règlement de l'internat de l'hôpital, s'adresser au bureau de la direction, 15, rue Santerre (XIIe) de 9 heures à 12 heures (dimanche excepté).

Le registre des inscriptions sera clos le 31 mars à midi. Les épreuves du concours auront lieu le lundi 12 avril à 9 heures du matin à l'hôpital, l'entrée en fonctions est fixée au 1er mai 1937.

Le premier congrès universel de la voix. — Un Congrès technique international de la Voix directe et microphonique, tiendra ses assises du 19 au 28 septembre, dans les salles d'Iéna et du Centre Marcelin Berthelot (Maison de la Chimie), à Paris.

Voici le programme de ce Congrès, organisé par « Euphonia » :

a) La voix directe, sa production, ses résultats et sa pédagogie : 1° Phonologie scientifique pour la voix directe, parlée (usuelle, oratoire, dramatique) et chantée (individuelle et chorale) ; 2° La voix dans ses rapports avec la santé, avec le sport et les sportifs ; 3° La voix parlée, le chant dans l'enseignement à tous degrés (élèves et professeurs). — *b*) La voix microphonique : sa production, ses résultats et sa pédagogie ; 4° Phonologie scientifique pour la voix microphonique (téléphone, haut-parleur et ses applications, T. S. F., phonographie, film, ruban-fil sonore, etc., etc). ; 5° Industries du son vocal et de l'enregistrement ; 6° Les archives de la voix : 7° Architecture et acoustique appropriées pour la voix (directe, microphonique et enregistrée) ; 8° Manifestations techniques et concours démonstratifs dans toutes ces branches ; 9° Exposition sélective des industries du son vocal, de l'enregistrement, des techniques annexes.

Pour connaître les avantages réservés aux congressistes, pour tous renseignements ou inscriptions, écrire au Docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris.

La Fédération intersyndicale des maisons de santé de France croit devoir attirer particulièrement l'attention des *médecins directeurs* ou *propriétaires de maisons de santé* privées sur les modalités d'application de la nouvelle loi sur le chiffre d'affaires ; de la loi sur la semaine de 40 heures ; de la loi sur l'arbitrage obligatoire ; du nouveau règlement concernant le remboursement des frais d'hospitalisation aux assurés sociaux soignés en cliniques privées ; et les divers décrets intéressant les cliniques selon leur spécialisation.

Tous les renseignements utiles, mis au point par le Bureau et les Conseils de la Fédération, leur sont communiqués au fur et à mesure et selon leur spécialité : Maladies mentales ; tuberculeux ; chirurgie et obstétrique, par l'un des trois syndicats nationaux spécialisés affiliés à la Fédération.

Ceux qui ne les ont pas reçus sont donc priés, dans leur intérêt, d'adhérer, selon leur spécialité, à l'un des Syndicats dont voici les adresses :

1° *Syndicat national des directeurs et médecins de Maisons de santé privées pour maladies nerveuses et mentales* ; secrétaire général : Docteur Bussard, 8, avenue du 11-novembre, Bellevue (Seine-et-Oise) ; 2° *Syndicat national des sanatoria privés et agréés* : secrétaire général : Docteur Chatard, Cambo-les-Bains, (Basses Pyrénées) ; 3° *Syndicat national des Maisons de santé de médecine, de chirurgie et d'obstétrique de France et des Colonies* : secrétaire général : Docteur Desgranges, 18, rue du Belvédère Boulogne-sur-Seine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syndromes emboliques progressifs Syndromes emboliques régressifs : Embolies manquées

Par M. AUDIER

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Marseille

L'embolie artérielle est une de ces affections qui s'expriment volontiers dans les traités classiques par une description dont la netteté paraît un heureux présage pour leur diagnostic. Chez un cardiaque, l'apparition brutale d'une douleur intense localisée à un membre, l'évolution rapide d'ischémie aboutissant au sphacèle constituent un ensemble qui, à première vue, ne saurait prêter à confusion. Et pourtant, ce tableau classique a subi ces dernières années maintes retouches, mais ce qu'il a perdu en netteté, il le gagne en valeur pratique. Parmi ces modalités évolutives diverses, nous voulons simplement insister aujourd'hui sur la possibilité d'embolies artérielles à début progressif ou d'embolies qui n'aboutissent pas au sphacèle du membre atteint.

1° Syndromes emboliques progressifs

Nous avons observé un exemple typique du premier groupe de faits. Il nous paraît utile de le rapporter de nouveau ici (1).

Sen..., 26 ans... Manœuvre, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 novembre 1934 pour douleurs dans les membres inférieurs.

Le 2 novembre, le malade se rendait à son travail lorsque en descendant les escaliers de son domicile, il ressent une violente douleur en coup de fouet dans le mollet droit. Cette douleur est tellement intense, accentuée par la marche, qu'il est obligé de renoncer à aller travailler et va se recoucher. Il se lève dans la journée et bien qu'il souffre terriblement du mollet va jusqu'à son restaurant. La nuit suivante, la douleur intense empêche le sommeil. Le lendemain les phénomènes douloureux ne sont pas modifiés ; bien que sa jambe soit lourde, le malade va travailler, mais il est obligé de retourner chez lui dans l'après-midi.

Le 3 novembre, il va consulter un médecin qui porte le diagnostic de sciatique et lui ordonne un traitement antalgique. Les douleurs persistent malgré cette thérapeutique : elles sont continues, mais exagérées par la marche et le décubitus dorsal nocturne. Malgré ce, le malade essaie de marcher, mais il est arrêté au bout de quelques mètres par une douleur crampoïde du mollet. Mais son pied et sa jambe n'auraient présenté ni cyanose ni refroidissement. Il ne ressent aucun symptôme anormal dans le membre inférieur gauche.

La veille de son entrée à l'hôpital apparaissent des fourmillements dans le pied droit, quant à la douleur elle est localisée au mollet et à la face antéro-interne de la jambe. Mais de plus, est apparue une douleur crurale qui s'irradie à la face interne de la cuisse. La marche difficile est toujours possible.

Avant l'apparition de l'affection actuelle et pendant son évolution, le malade ne ressentit aucun trouble fonctionnel cardiaque : ni dyspnée, ni palpations. Il n'eut pas de frissons ou de sueurs profuses pouvant témoigner d'un accès fébrile. Pas de céphalée et seule l'intensité des phénomènes douloureux retentissait sur son état général et empêchait le sommeil. Son appétit était conservé.

A son entrée à l'hôpital, on est en présence d'un malade de teint anémique avec pommettes rouges. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, température normale.

Le membre inférieur droit est légèrement cyanotique. Le pied étant de teinte plus pâle. On ne sent pas les battements de la pédieuse et de la poplitée à droite. Par contre, les battements de la fémorale existent. Le membre inférieur gauche est d'aspect normal. Les battements artériels y sont perçus.

On prescrit : acécoline 20 centigrammes. Le 12 novembre, alors que le 1/3 inférieur est cyanosé, les orteils sont livides. Le pied reste chaud, en position déclive, il devient de couleur rouge violacé. A la palpation le mollet droit douloureux est plus dur que le gauche. Il n'existe pas de point douloureux sciatique. La recherche des battements artériels est complètement négative des deux côtés sur le trajet de la pédieuse, de la poplitée et de la fémorale. La recherche de l'indice oscillométrique est aussi négative des deux côtés de la jambe et à la cuisse. Par contre, on a une tension de : 15,9 indice 4 au bras gauche, 15,8 indice 7 au bras droit.

A l'examen du cœur, on constate que la pointe abaissée dans le sixième espace intercostal gauche est déviée vers l'aisselle. On sent un frémissement cataire très net à ce niveau. L'auscultation décèle l'existence d'un rythme à trois temps par dédoublement du deuxième bruit et d'un souffle systolique apical. Le pouls est faible, irrégulier.

Le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigts. Il n'est pas très douloureux, mais il existe du reflux hépato-jugulaire.

La rate, percutable sur trois travers de doigts, n'est pas palpable. Aucun signe anormal à l'examen de l'appareil pulmonaire. Aucun signe neurologique.

La douleur toujours intense existe maintenant à la face interne de la cuisse et au mollet gauche. Le malade ressent des fourmillements dans les deux pieds.

Le diagnostic d'embolie de la bifurcation aortique étant posé, on décide l'intervention (Docteur de Vernejoul)...

Après l'ablation du caillot, les oscillations artérielles sont nettement perçues à la jambe gauche où l'on obtient les chiffres suivants : 15.10. Indice 3. A la droite, quelques oscillations de faible amplitude dont l'origine circulatoire est douteuse.

Une heure trente après l'intervention, le membre inférieur droit présente une plaque livide dans la région du genou, tranchant sur le fond cyanotique du reste du membre. Le pied et le tiers inférieur de la jambe sont froids. Le membre inférieur gauche est légèrement cyanosé : le pied gauche est froid et violacé. On sent battre la fémorale gauche alors que la droite ne bat plus. La tension artérielle est de : 13,10 indice 1/2 à gauche, aucune oscillation à droite. Les bruits du cœur sont bien frappés. Le pouls est de 64. On a injecté 40 centigrammes d'acécoline après l'intervention. Le malade a reçu depuis 500 c. c. de sérum physiologique et deux injections d'huile camphrée de 2 c. c.

Cinq heures après l'intervention, le refroidissement des membres inférieurs a progressé. Bien que le malade soit éveillé et conscient, il ne peut que très difficilement mouvoir ses jambes. Les pieds sont entièrement froids et violacés. Il n'a pas d'œdème. Les battements de la fémorale sont maintenant abolis à gauche. Les oscillations ne sont plus perçues de ce côté, et pourtant l'état du cœur est toujours relativement satisfaisant. La tension artérielle au bras droit est de : 15,9, indice 1 1/2. On injecte de nouveau 20 centigrammes d'acécoline, ce qui porte la dose totale à 60 centigrammes en 10 heures.

Le 13, à 2 heures du matin, syncope mortelle.

Les examens pratiqués avaient démontré l'absence de sucre et d'albumine dans les urines. Un examen de sang donnait : globules rouges 4.580.000, globules blancs 16.400. Plaquettes 204.000. La formule leucocytaire donnait : polynucléaires 88 %, lymphocytes 11 %, monocytes 1 %.

Une hémoculture faite sur bouillon est négative. Par contre, la culture du caillot montra la présence de staphylocoques.

Un électrocardiogramme décelait du flutter auriculaire et des extrasystoles ventriculaires droites avec prédominance droite.

L'autopsie devait montrer d'une part la présence d'un volumineux caillot bifurqué occupant l'origine des iliaques primitives et la terminaison de l'aorte. Ce caillot était peu adhérent à la paroi artérielle, sauf au niveau de l'iliaque primitive droite. La suture de l'aorte était parfaitement étanche et il n'existait aucune suffusion hémorragique autour du vaisseau. Le cœur présentait des lésions typiques d'endocardite mitrale avec rétrécissement de l'orifice et dilatation de l'oreillette gauche. Quelques semis de granulations de la grosseur de la tête d'une épingle existaient le long de la paroi de l'oreillette gauche. Le foie était hypertrophié et congestif ; la rate augmentée de volume.

L'examen histologique d'un fragment d'artère prélevé au niveau de l'iliaque primitive droite ne devait déceler aucun signe de lésion de l'endartère, bien que la lumière artérielle fut occupée par un caillot. L'examen du caillot montrait un caillot organisé avec abondance de polynucléaires à l'intérieur des trames. La rate présentait des lésions du type de rate cardiaque avec congestion intense de la pulpe rouge et libération des splénocytes. Le foie par contre, n'a pas l'aspect classique du foie cardiaque ; il existe seulement une légère congestion péri-sus-hépatique et des ilots inflammatoires à polynucléaires.

(1) Cette observation et les suivantes ont été rapportées à la Société de chirurgie de Marseille.

En somme, embolie de la bifurcation aortique à début pseudo-sciatalgique, à évolution progressive, puisque le malade n'est entré à l'hôpital que *neuf jours* après les premiers signes. Ce début progressif peu classique, mais souligné par Cassaet, L. Ramond, Langeron, s'oppose au début parfois brutal avec gangrène massive dans certaines artérites séniles (Paupert-Ravault).

Comment peut-on expliquer que les troubles ischémiques aient été si tardifs ? Deux hypothèses sont à envisager : pour Langeron, il y aurait oblitération incomplète de la bifurcation aortique et thrombose secondaire des artères du membre ; on peut admettre une autre hypothèse qui expliquerait les modalités de début de notre observation : c'est une embolie primitive siégeant au niveau de l'artère poplitée droite et se compliquant ultérieurement d'une embolie terminale de la bifurcation aortique. Quoi qu'il en soit, il est utile de signaler la possibilité d'une évolution progressive des troubles ischémiques de l'embolie artérielle, ceci afin de ne pas se fier entièrement au schéma classique pour faire un diagnostic précoce de cette affection.

2° Embolies manquées

L'observation qui suit est un exemple caractéristique de ces faits que M. le Professeur Fiolle a heureusement qualifiés « d'embolies manquées ». Le problème clinique s'il est tout différent, n'en est pas moins très difficile à résoudre.

Il s'agissait d'une malade âgée de 46 ans, Mlle D..., institutrice d'un village proche d'Orange. Elle était venue nous consulter en septembre 1936 parce que dyspnéique, elle se savait atteinte d'une affection cardiaque. Dans ses antécédents, elle nous signale une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans, et une grippe, il y a trois ans, à la suite de laquelle elle commença à ressentir des troubles cardiaques.

Nous constatons alors de la tachyarythmie et un léger roulement diastolique. Nous portons le diagnostic d'arythmie complète dûe à une lésion mitrale à prédominance de rétrécissement, et nous retenons l'étiologie rhumatismale. Il existait alors des signes d'hyposystolie : œdèmes périphériques discrets, hépatomégalie douloureuse.

Un traitement tonicardiaque énergique par la digitale et l'ouabaïne devait faire disparaître ces signes d'insuffisance cardiaque, comme nous pûmes le constater, en revoyant la malade un mois plus tard.

Mlle D... avait repris ses occupations lorsqu'elle présenta au début novembre un épisode pulmonaire aigu avec point de côté et fièvre qui nécessita un nouveau séjour au lit. Elle était convalescente lorsque le 18 novembre, à 19 heures, en allant à la selle, elle ressentit une douleur brutale dans la région lombaire s'irradiant dans les membres inférieurs. Ceux-ci deviennent rapidement impotents et notre malade éprouve de la difficulté à regagner son lit. C'est alors que les mêmes phénomènes apparaissent au membre supérieur gauche ; lui aussi devient douloureux et impotent. A ces symptômes du début, se surajoutent rapidement du refroidissement et une teinte cyanotique du membre avec, par places, des zônes livides. Les douleurs revêtent une intensité considérable. Le médecin appelé d'urgence constate le refroidissement, la cyanose des trois membres, recherche le pouls radial gauche et le pouls fémoral et ne les trouve pas ; par contre, le pouls radial droit est nettement perçu. Ces signes d'ischémie progressent rapidement.

Une injection de chlorhydrate de morphine est pratiquée. Une consultation a lieu le soir même et les deux confrères constatent que les oscillations sont abolies aux trois membres atteints. Le diagnostic d'embolie artérielle est alors posé ; on injecte 20 centigrammes d'acécoline et on décide de me consulter. Je ne suis prévenu que le lendemain au milieu de la matinée et ne vois la malade que le soir à 17 heures, soit 22 heures après le début des accidents.

Le tableau d'oblitération artérielle du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs est alors évident, mais le pied gauche est plus froid, plus douloureux, plus cyanosé que le droit. Les oscillations artérielles sont toujours absentes aux deux cuisses, aux jambes et au bras gauche. La malade a reçu plusieurs injections de morphine qui ont amené une sédation relative des douleurs. Le cœur est très irrégulier, les bruits assourdis, le pouls bat à 120. La tension artérielle est de 10/6 1 — 1 1/2 au bras droit alors qu'elle était de 12, 6 1 — 3, il y a deux mois.

Nous posons le diagnostic d'embolie de la bifurcation aortique et d'embolie de la sous clavière ou de l'axillaire gauche (les battements des deux sous-clavières ne sont pas perçus des deux côtés ce qui rend la localisation encore plus difficile). Devant la multiplicité des embolies et la gravité de leur localisation, nous affirmons un pronostic fatal à assez brève échéance, et une évolution locale vers le sphacèle. Mais malgré ces considérations, et bien que le début de l'embolie remonte à près de 24 heures, nous indiquons qu'une intervention chirurgicale est possible dont nous exposons tous les risques, et en définitive, nous demandons un consultant chirurgical. La famille n'a pas cru donner suite à nos suggestions sur ce dernier point. Un traitement actif par 40 centigrammes d'acécoline et 1/2 milligramme d'ouabaïne intramusculaire est rapidement instauré.

Dès le lendemain matin, on note une nette amélioration des signes d'ischémie du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit qui se réchauffe ; la cyanose diminue, l'impotence fonctionnelle régresse. Mais le pouls et les oscillations au Pachon ne réapparaissent pas. Les phénomènes asphysiques progressent au contraire, au pied gauche. On continue les injections d'acécholine.

Les jours suivants, l'évolution discordante se poursuit. Retour apparent à la normale de deux membres et évolution lente vers le sphacèle du pied gauche. Mais l'examen nous montre toujours l'absence du pouls et des oscillations des membres dont les troubles asphysiques ont regressé. La température se maintient aux environs de 37°5, 36°. Un léger œdème se développe à la jambe gauche .Le cœur est plus régulier.

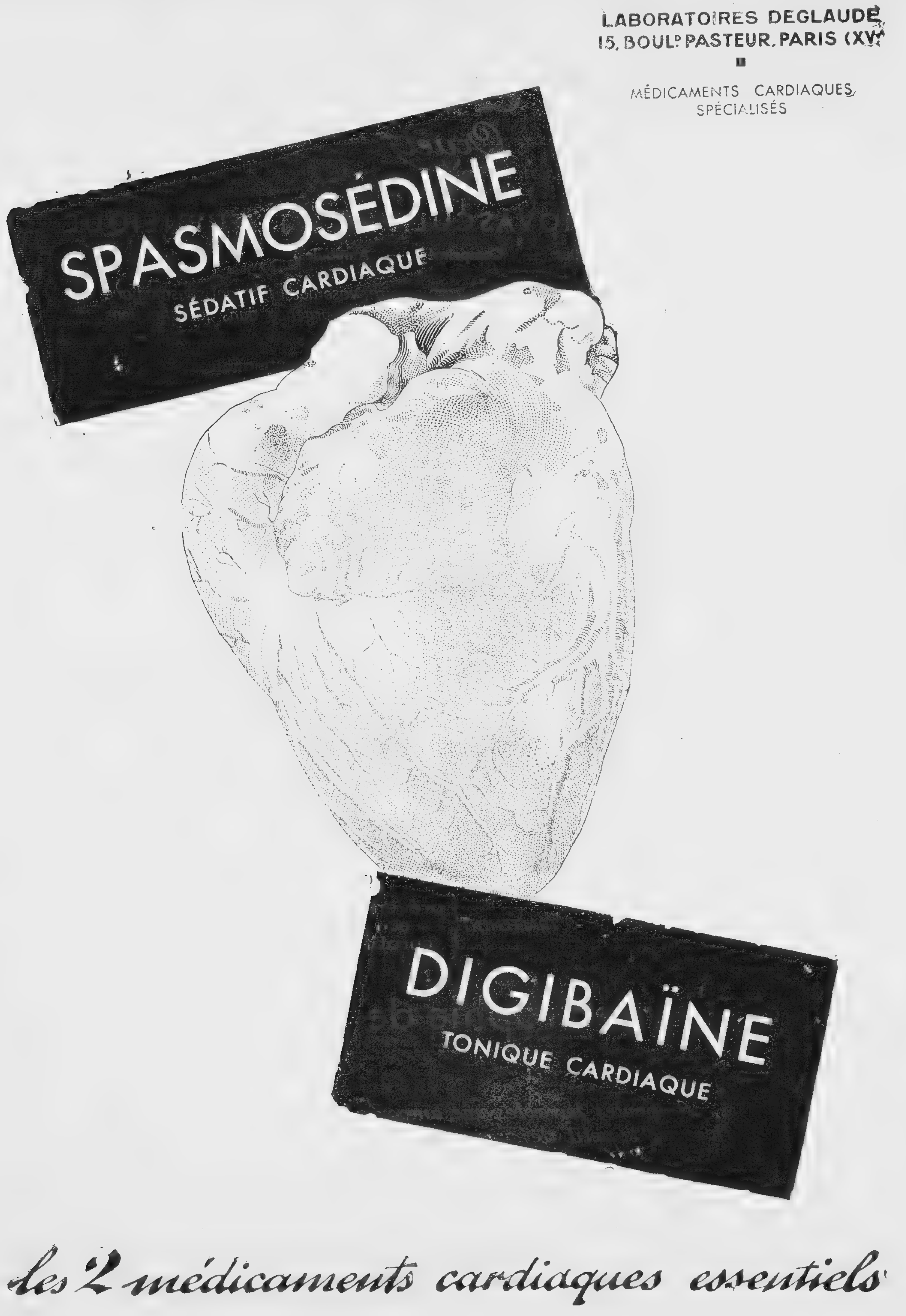
Alors que le médecin traitant m'écrivait que notre malade se tirerait d'affaire moyennant le sacrifice d'un membre, des phénomènes nouveaux apparaissent dont l'évolution devait emporter la malade. Les urines qui avaient été rouges vraisemblablement hématiques, se raréfient de plus en plus et l'on constate l'existence d'une albuminurie progressive (jusqu'à 3 grammes). La malade devait mourir le 3 décembre, quinze jours après le début des accidents, anurique depuis 48 heures, après l'atroce agonie habituelle des urémiques. Un ou plusieurs infarctus rénaux était vraisemblablement à l'origine de ces troubles terminaux.

Notre observation, on le voit, est purement clinique puisque le contrôle opératoire ou nécropsique nous manque ; mais les signes observés étaient suffisants pour affirmer le diagnostic d'embolie artérielle chez une mitrale. Ces embolies multiples traduisent une tendance emboligène marquée de l'endocardite de cette malade. En effet, nous interprétons volontiers l'accident pulmonaire aigu qu'elle a présenté quelques jours auparavant comme dépendant d'un infarctus pulmonaire atypique. Il y eut d'autre part, un ou des infarctus rénaux qui amenèrent la mort. Quant aux embolies des membres, il est difficile d'affirmer leur localisation, surtout au niveau des membres inférieurs. S'agit-il d'une embolie de la bifurcation aortique, d'embolies bilatérales de la bifurcation des iliaques primitives, d'embolies bilatérales des iliaques externes... seul l'examen anatomique aurait permis de conclure en faveur de l'une ou l'autre localisation. Sans nous arrêter à ces suppositions incontrôlables, nous voudrions insister sur la curieuse évolution de ces phénomènes emboliques.

Sans doute pourrait-on soulever une objection qui ne résiste pas à l'étude attentive des faits : s'agit-il vraiment d'embolie authentique et n'avons-nous pas affaire à ce que l'on a appelé improprement des « pseudo-embolies ».

Ne s'agit-il pas d'un syndrome pseudo-embolique dû à un spasme artériel, ce qui pourrait expliquer la régression des signes cliniques. Nous éliminons ce diagnostic, car d'une part, il paraît peu vraisemblable que des spasmes artériels qui auraient une telle tendance à la généralisation respectent un membre ; d'autre part, la régression des signes cliniques ne s'est pas accompagnée de la réapparition des oscillations et du pouls comme cela est de règle en cas de spasme. Enfin, les circonstances étiologiques : maladie embolisante, l'existence d'un syndrome ischémique progressif du membre inférieur gauche, les phénomènes d'infarctus rénal sont suffisants pour créer cette atmosphère symptomatique si utile au diagnostic d'embolie artérielle.

Le fait qu'un membre puisse ne pas se nécroser, malgré l'oblitération du vaisseau nourricier principal, est d'observation assez banale, lorsque l'oblitération vasculaire est dûe à une thrombose progressive comme cela peut se voir dans les artérites chroniques. On a pu faire, dans cet ordre d'idées, des constatations surprenantes telles que cette observation récente de Lutembacher dans laquelle une thrombose complète du tronc brachio-céphalique ne s'accompagnait d'aucun signe clinique d'ischémie cérébrale ou brachiale. On oppose classiquement cette oblitération lente, progressive, qui permet le développe-


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ment d'une circulation de suppléance à l'obstruction vasculaire aigue dans laquelle cette suppléance n'a pas le temps de s'établir. Nous ajouterons que lors de cette agression brutale de l'endothélium vasculaire, des reflexes vasculaires importants prennent naissance, qui s'opposent vraisemblablement au jeu de cette circulation supplétive par la vasoconstriction. Il est des cas néanmoins où cette ischémie brutale est susceptible de régresser : leur constatation est rare sans être exceptionnelle, notre observation en est un nouvel exemple, mais elle est loin d'être isolée. Elle s'ajoute aux cas épars dans la littérature médicale et qu'Haimovici réunit sous l'appellation « embolies anischémiques, ce sont les embolies marquées sur lesquelles M. le Professeur Fiolle a attiré l'attention. Mais nous ne voulons pas ici faire une revue générale des cas publiés, la thèse d'Haïmovici contiendra tous les documents nécessaires. Nous avons tout simplement l'intention d'ajouter un nouveau fait aux précédents. Nous n'avons pas, nous aussi, de contrôle anatomique ; c'est en effet dans dans les cas où l'on n'est pas intervenu pour une raison quelconque que l'on a eu la chance d'observer parfois une amélioration inespérée. Mais ce qui nous parait justifier la publication de cette observation, c'est que le contexte clinique nous permet tout de même d'affirmer l'existence d'une embolie artérielle.

Comment expliquer cette regression des symptômes ischémiques ? Faut-il admettre des voies de suppléance particulièrement développées chez certains malades. Peut-on faire jouer dans certains cas un rôle à la médication vaso-dilatatrice qui supprime le spasme du système artériolaire de suppléance, ou encore peut-on imaginer que parfois l'embolus est de petite taille incapable d'obturer mécaniquement la lumière artérielle. Il s'accroche à une bifurcation, à une coudure et des phénomènes spasmodiques importants surviennent qui complètent l'oblitération. Dans les cas le spasme, « majore » les effets de l'embolie. Que ce spasme cesse spontanément ou médicalement et la circulation peut reprendre plus ou moins compromise. C'est ainsi que nous expliquerions volontiers la suite des symptômes observés chez un malade du Dr Ponthieu que nous examinâmes il y a un an. Il s'agissait d'un homme âgé aortique, hypertendu, qui fit brusquement un syndrome d'ischémie du membre supérieur gauche avec disparition du pouls et de l'indice oscillométrique. Un traitement par l'acétylcholine est instauré, et lorsque nous voyons le malade le lendemain la main s'est réchauffée, le pouls radial est reparu de même que l'indice oscillométrique au bras. En présence de ce tableau regressif nous pensons à un spasme artériel venant manifester l'existence d'une lésion artérielle ancienne qui évoluait à bas bruit ; or, quelques jours plus tard, ce malade fit une embolie de la bifurcation aortique. Nous rappellerons d'ailleurs que de pareils faits sont bien connus et qu'une telle pathogénie est admise pour expliquer la regression fréquente des signes d'embolie cérébrale chez les mitraux. (Gallavardin et Bocca).

Quelle que soit l'explication pathogénique, ces faits nous paraissent avoir une portée pratique considérable. Au point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique :

1° *en présence d'un syndrome d'ischémie brutale d'un membre la régression des symptômes ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'embolie artérielle*. Cette notion, on le conçoit est utile, non seulement pour le diagnostic, si j'ose dire « contemporain » de l'embolies mais encore pour le diagnostic rétrospectif d'accidents emboliques chez un malade.

2° *le pronostic de la vitalité tissulaire d'un membre ne peut être affirmé de façon absolue lors des premières heures d'évolution d'une embolie négligée*, même lorsque le siège haut situé « syndrome de la bifurcation aortique » parait logiquement être sanctionné par l'apparition inéluctable du sphacèle.

3° *le traitement* des embolies artérielles doit bénéficier de cette connaissance des embolies regressives qui met de nouveau en vedette le rôle capital du spasme artériel et artériolaire capable de majorer les troubles ischémiques d'origine mécanique. *Le premier geste thérapeutique devra donc être vaso-dilatateur* : injections d'acétylcholine à hautes doses, de dérivés de la papavérine et surtout toutes les fois qu'on le peut, infiltration du sympathique lombaire par la méthode de Leriche.

Mais une autre question se pose qui est la conséquence logique des observations précédentes ; M. le Pr. Fiolle l'exposait ici même et j'ai entendu exprimer le même scrupule par Lian : puisqu'il existe des syndromes emboliques authentiques qui regressent, puisqu'il existe de fausses embolies artérielles, par spasmes artériels, par thrombose veineuse (1) dont le diagnostic est impossible à faire au début de leur évolution, n'est on pas en droit d'attendre avant d'intervenir, et au dogme de l'intervention immédiate dans tous les cas ne peut-on opposer une conduite plus raisonnée d'expectative armée ? Ne peut-on attendre les effets d'un traitement vaso-dilatateur énergique.

Nous ne ferons que poser cette question en nous gardant de donner une opinion personnelle sur un de ces problèmes angoissants où seul le chirurgien a le droit de donner un avis définitif, car c'est lui qui agit.

Nous avons tenu à rapprocher ces deux types d'observations d'embolie artérielle pour illustrer deux possibilités évolutives de cette affection que le praticien doit avoir présentes à l'esprit.

L'hormone sexuelle mâle

Par le Docteur E. AZERAD

Si l'on songe que ce sont les travaux de Brown Séquard sur l'opothérapie testiculaire datant de 1.890 qui ont inauguré l'ère des études de physiologie et biochimie endocriniennes, on peut s'étonner qu'il ait fallu tant d'années pour franchir le pas décisif dans la découverte, l'isolement et l'individualisation de l'hormone sexuelle mâle.

A ce retard il est facile cependant de reconnaître une double cause. Tout d'abord, la faible quantité d'hormone contenue dans les glandes sexuelles. Ensuite, l'absence d'un test pratique qui permît d'apprécier l'efficacité d'un produit donné.

Le mérite revient à Butenandt d'avoir orienté les recherches dans une voie nouvelle et féconde. Inspiré probablement, d'ailleurs, par la découverte antérieure de Zondeck, du passage dans l'urine des hormones gonadotropes hypophysaires, il parvint, en effet, à extraire de l'urine de sujets mâles une substance cristallisée reproduisant les effets obtenus avec les greffons testiculaires chez les animaux castrés.

Avant lui, cependant, Pézard, Funck et Lœwe, Mc Gee, au Laboratoire de Koch, Laqueur, Frattini et Marino chez Pende, avaient tenté divers essais d'extraction à partir du testicule, essais plus ou moins couronnés de succès.

Après lui, on assiste à une véritable éclosion de travaux qui font faire un sérieux progrès à notre connaissance de la sécrétion hormonale du testicule. Une série de corps nouveaux sont isolés, individualisés et leur synthèse chimique réalisée qui en rend l'étude physiologique beaucoup plus aisée. Et malgré cela le dernier mot n'est pas encore dit. « La question des hormones mâles reste en pleine évolution », comme l'écrivait déjà M. Guy Laroche (1) dans le rapport si riche de faits et d'idées présenté à l'assemblée annuelle de l'Union thérapeutique d'octobre 1935.

Dix-huit mois sont passés depuis et il nous a paru qu'une nouvelle mise au point complémentaire serait utile, d'autant que de tous côtés l'on voit poindre des travaux sur l'utilisation clinique de ces principes que nous, praticiens, ne pouvons ignorer.

* * *

Le premier corps chimique nettement défini fut obtenu, nous l'avons dit, par Butenandt et Tcherning qui lui donnèrent le nom d'*androstérone* (1931). Tscherning en publia la formule

(1) Thromboses veineuses simulant l'embolie artérielle des membres M. Audier, *Paris Médical*, mai 1936.

brute : $C^{19} H^{30} O^{2}$ et lui reconnut une constitution tétracyclique, mais sa constitution exacte ne fut précisée qu'après que Ruzicka (2) en eut réalisé la synthèse (1934).

S'il fallut à ces auteurs traiter près de 200.000 litres d'urine pour avoir quelques milligrammes de substance, le perfectionnement de leurs méthodes d'extraction permit plus tard d'en tirer jusqu'à 25 milligrammes par litre d'urine. C'est avec cette *androstérone* que la Conférence pour la standardisation des hormones sexuelles, réunie à Londres en 1935, définit l'unité internationale, correspondant à un dixième de milligramme du produit déposé à l'Institut d'Hampstead.

L'androstérone jouit, en effet, de la plupart des propriétés attribuées à l'hormone testiculaire. Notamment elle permet la croissance de la crête des coqs castrés (test de la crête des chapons). Toutefois elle ne possède qu'une activité minime sur le développement des glandes vésiculaires des rats impubères ou castrés, alors que les greffons testiculaires se montrent, à cet égard, d'une efficacité nettement accusée.

On fut ainsi amené à penser que l'androstérone ne représentait pas la véritable hormone mâle, comme l'avaient pensé Butenandt et Tscherning, et cette opinion se trouvait étayée par les échecs auxquels exposa son utilisation thérapeutique.

C'est alors qu'en juin 1935 Laqueur et ses collaborateurs, David, Dingemanse et Freud, partant d'une quantité énorme de testicules de taureaux (100 kilogrammes) réussirent à isoler environ 10 milligrammes d'une nouvelle substance ternaire, chimiquement pure et de formule brute $C^{19} H^{28} O^{2}$, la *testostérone*, dont la constitution chimique précise fut établie après la synthèse opérée presque en même temps par Ruzicka et par Butenandt.

Cette constitution est très voisine de celle de l'androstérone.

La testostérone synthétique, « en tout point comparable à la testostérone naturelle », s'avéra douée « d'une énorme activité sur le tractus sexuel fortement atrophié des rats castrés. On est donc en droit de conclure que la testostérone est l'hormone masculine principale, dont les propriétés expliquent l'action physiologique des extraits concentrés testiculaires, tant au point de vue qualitatif que quantitatif » (Ruzicka).

Comparée à l'androstérone, la nouvelle substance se montre dix fois plus active, à en juger sur l'épreuve de la crête des chapons. En outre, elle a un pouvoir stimulant très accusé sur les glandes sexuelles du rat infantile, puisque 50 grammes de substance déterminent une augmentation pondérale de la prostate et des vésicules séminales de 50 à 100 p. cent au-dessus du poids de ces organes chez les animaux témoins.

Androstérone et testostérone présentent entre elles de grandes analogies de structure et aussi avec l'œstrone (ou folliculine) et la progestérone (ou lutéine). « Il est intéressant de constater, dit Ruzicka (2), que les représentants les plus actifs de deux groupes d'hormones sexuelles, l'œstradiol parmi les féminines et la testostérone parmi les masculines, ne diffèrent entre eux que de $C H^{4}$ et qu'il n'est pas exclu que la testostérone ne se métamorphose dans l'organisme en œstradiol ». La présence simultanée des deux hormones a d'ailleurs été signalée dans l'organisme.

Mais toutes ces hormones ont avec le cholestérol une « parenté chimique » certaine. On doit admettre que c'est ce corps qui, par son système fermé à quatre noyaux carbonés, peut donner naissance à de nombreux dérivés qui, eux-mêmes, par clivage de leur chaîne latérale et hydrogénation, aboutissent à la folliculine, à l'androstérone, à la testostérone, en passant par une construction intermédiaire : l'androstènedione. Cette conception s'est révélée des plus fécondes et ainsi la synthèse de ces différentes substances put être opérée.

Un nouveau pas en avant fut fait lorsque, sous l'impulsion des expérimentateurs, Suisses et Anglais principalement, fut entreprise l'étude des effets comparés des différents esters de la testostérone, dont près d'une centaine fut essayée.

Divers physiologistes, en effet, et Laqueur en particulier, avaient montré que l'activité de la testostérone, notamment sur les vésicules séminales et la prostate du rat, pouvait être notablement renforcée par l'addition de divers extraits organiques qui, pris isolément, sont complètement inactifs. On était ainsi conduit à admettre la présence dans ces extraits d'une substance X se rencontrant dans tous les organes et plus spécialement dans le cerveau, qui aurait la propriété de suractiver la testostérone, de renforcer son action biologique. Miescher, Wettstein et Tschopp (3), reprenant la question sur une échelle plus vaste et sous l'angle chimique, parvinrent à isoler de ces activateurs naturels une combinaison cristallisée identique à l'acide palmitique et des recherches plus poussées montrèrent que cette propriété renforçatrice apppartient, non seulement à l'acide palmitique, mais encore à un grand nombre d'acides gras, tels que l'acide stéarique, oléique, brassidique, élaïdique, etc.

Ces données furent confirmées par Deanesly et Parkes (4). L'estérification augmente donc considérablement les effets physiologiques de l'hormone, à doses égales, en même temps qu'elle les prolonge très sensiblement dans le temps.

Parmi tous ces dérivés chimiques, ceux de la série aliphatique se révélèrent les plus actifs, valérianate, iso-valérianate, benzoate (R. K. Callow), acétate et surtout propionate.

Il semble qu'à l'heure actuelle l'accord soit fait sur la prééminence du *propionate de testostérone*, au moins en ce qui concerne les effets physiologiques mesurables de l'hormone mâle. C'est ainsi que Miescher, Wettstein et Tschopp utilisant un propionate, la Perandrone, donnent des différences d'activité de l'ordre suivant :

Activité de............... sur....................	Androstérone	Testostérone	Propionate de T. (Perandrone)
la crête des chapons........	1	8	8 action prolongée
les glandes sexuelles des rats.	1	20	85 » »

Efficacité plus grande et plus grande durée d'action font que c'est sous la forme de propionate que, présentement, l'hormone testiculaire est préparée pour l'usage thérapeutique.

D'après R. K. Callow (4 *bis*), ces propriétés stimulantes de l'estérification seraient dues aux saponifications successives de l'ester dans l'organisme qui détermineraient la libération continue de l'hormone.

Cet exposé de l'état actuel des recherches concernant l'hormone sexuelle mâle, exposé dont nous avons laissé pressentir le caractère provisoire, serait incomplet si nous ne tentions de donner précisément un aperçu des applications thérapeutiques possibles.

A dire vrai, les documents cliniques n'abondent pas.

Expérimentalement, l'hormone a des effets bien définis.

a) Elle prévient ou répare les méfaits de la castration.

b) Elle déclenche chez les animaux immatures une puberté précoce.

c) Elle s'oppose à l'action de l'hormone féminine : elle inhibe le rut chez les rates femelles (Irhke et Amour, Lengle), annihile le pouvoir gonadotrope de l'urine gravide chez la lapine (Aurisicchio).

Sur ces effets sont d'ailleurs basés, on le sait, les tests et méthodes de dosage biologiques. Les plus utilisés sont l'accroissement du poids des organes sexuels annexes du rat, vésicules séminales et prostate (test proposé par Tschopp) et surtout le développement de la crête du chapon, l'unité-coq étant définie celle qui produit en cinq jours un accroissement de 15 à 20 % (selon les auteurs) de la surface de la crête des coqs Brown-Leghorn castrés depuis environ huit semaines.

L'emploi de l'hormone testiculaire paraîtrait donc tout indiqué dans les cas d'insuffisance du développement sexuel par absence ou atrophie testiculaire, syndromes d'eunuchisme ou d'enuchoïdisme. Mais il semble que, jusqu'ici du moins, ces sujets auxquels la médication devrait être le plus utile,



n'en aient pas tiré tout le bénéfice attendu et la littérature est muette sur ce point.

Autre catégorie de bénéficiaires possibles, celle qui comprend les sujets dont la puberté est retardée, les infantiles, les cryptorchides les adiposo-génitaux. Il a été signalé plus spécialement que l'acné de la puberté se trouvait favorablement influencée par l'hormonothérapie testiculaire (Winkler) comme certains troubles psychiques propres à cette période.

Il faut être plus circonspect dans l'appréciation des résultats obtenus chez les vieillards ou chez les sujets plus jeunes atteints d'impuissance sexuelle : l'action psychique peut revendiquer une telle part dans ces succès !

En fait c'est dans la thérapeutique de l'hypertrophie prostatique que l'hormonothérapie testiculaire paraît surtout avoir été utilisée et avoir donné les résultats les plus encourageants. Nous avons été des premiers en France avec Hertzog (5) à attirer l'attention sur ces faits.

Tout porte à considérer la prostate comme une glande endocrine soumise à l'influence des autres glandes vasculaires sanguines et particulièrement à celle de l'hypophyse et du testicule. Il est bien établi que la castration entraîne une atténuation des caractères sexuels secondaires, ainsi que l'atrophie de la prostate. L'injection d'hormone testiculaire permet de remédier à cet état.

Selon Laqueur et de Jongh, l'hypertrophie de la prostate serait consécutive à une rupture d'équilibre entre les deux hormones mâle et femelle normalement secrétées par le testicule, rupture se produisant à l'âge où la fonction endocrine du testicule diminue. Pour Steinach l'adénome prostatique, comme les autres adénomes glandulaires, est une tumeur fonctionnelle destinée à suppléer par sa sécrétion celle devenue déficiente du testicule. Pour réduire l'hypertrophie prostatique il suffirait donc d'augmenter la sécrétion interne du testicule. D'où l'opération de Steinach n° 2.

... D'où aussi la thérapeutique par l'extrait testiculaire. Depuis notre publication de juin 1935, faisant allusion plus particulièrement aux travaux de Van Capellen, Lower (6) a signalé 60 % de bons résultats. Laqueur (7) indique 50 % d'améliorations. Americo-Valerio a traité une vingtaine de cas avec succès. Enfin le professeur Cunéo (8), confirmant ces faits, invoque la mise en jeu d'un antagonisme hormonal en vertu duquel les tissus à polarité-femelle entrent en regression sous l'influence du principe mâle.

Mais si l'on considère que les hormones dont ont disposé ces auteurs n'étaient probablement pas la véritable hormone mâle, on doit à la fois être réservé sur les résultats et envisager l'avenir avec quelque confiance.

Pour terminer, l'hormone sexuelle mâle n'a pas été utilisée seulement dans le sexe masculin. Elle a été aussi employée pour lutter contre l'élément douloureux des dysménorrhées, contre l'adiposité et les autres troubles de la ménopause. Mocquot et Moricard (9) injectant de l'acétate de testostérone, ont vu s'atténuer ou disparaître les troubles fonctionnels neuro-végétatifs secondaires à la castration. L'effet dominant réside dans la modification de l'état psychique et dans un état particulier d'euphorie. De même disparaissent certains troubles fonctionnels urinaires, sans infection, qui se manifestent après la castration. Par contre, cette hormone n'aurait eu aucune action sur les troubles trophiques vaginaux qu'on observe après cette mutilation.

Il resterait à parler des essais de thérapeutiques combinées par l'hormone mâle et l'hormone féminine selon la technique préconisée par Steinach (10). Mais les théories sont encore trop imprécises, les faits cliniques trop peu nombreux pour qu'on puisse juger.

On doit donc conclure que si nos connaissances concernant l'étude chimique ou biologique des hormones mâles ont fait dans ces dernières années d'immenses progrès, la thérapeutique clinique ne semble pas en avoir tiré tout le bénéfice escompté. Il faut que se multiplient les essais, que se développent les expériences, pour permettre un bilan sincère. Ce sera l'œuvre des jours qui viennent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guy Laroche. — Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle. Rapport à l'Assemblée générale de l'Union Thérapeutique, octobre 1935 (*Bull. de la Soc. de Thérapeutique*, t. 40, n° 8).

Contient les principales indications bibliographiques avant octobre 1935. Depuis cette date nous relevons parmi les travaux importants :

2. Ruzicka. — Les hormones sexuelles mâles. XVe Congrès de chimie industrielle, Bruxelles, 22-28 septembre 1935 :

Parenté dans les groupes des Hormones sexuelles. « Nature, vol. 137, p. 260, 15 février 1936.

3. Miescher, Wettstein et Tschopp. — Activateurs des hormones sexuelles males. *Schweiz. Mediz. Woch*, n° 13, 1936.

4. Deanesly et Parkes. *The Lancet* 1936, p. 837.

4 *bis*. R. K. Callow. — *Jour. of Physiol.* vol. 86, 1936, p. 49-50.

5. E. Azerad et Hertzog. — *Bull. gén. de Thérapeutique*, n° V, 1935.

6. Lower. — *Cleveland Clinical Quaterly*, janv. 1936.

7. Laqueur. — *British Jour. of Urology*, mars 1936.

8. Prof. Cunéo. — *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1er déc. 1936.

9. Mocquot et Moricard. — Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris. Séance du 7 décembre 1936.

10. Steinach-Kun et Peczenik. — Contribution à l'analyse des effets des hormones sexuelles. *Wiener Klin. Woch*, 1936, 29, p. 899.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse (1)

Par Jacques DECOURT

Médecin des Hôpitaux de Paris

I. L'ancienne conception d'Erdheim

C'est un auteur viennois, Erdheim, qui le premier, en 1906, entrevit les rapports des glandes parathyroïdes avec la pathologie osseuse.

Les premières constatations d'Erdheim ont été d'ordre expérimental. Pratiquant la parathyroïdectomie sur des rats, cet auteur observait, dans les cas où la survie était assez prolongée, huit à dix semaines après l'intervention, l'apparition d'altérations dentaires, caractérisées par des ilôts opaques blanchâtres au niveau des incisives, et une fragilité anormale de la dent.

Erdheim eut alors l'idée d'étudier l'état des parathyroïdes au cours de différentes affections osseuses. Dans le rachitisme spontané du rat, comme dans le rachitisme de l'enfant, et dans trois cas d'ostéomalacie puerpérale il découvrit, au niveau des parathyroïdes, des images d'hyperplasie, aboutissant à la formation de nodules, constitués par des cellules parathyroïdiennes principales foncées.

Erdheim s'efforça tout naturellement de savoir quel rôle il fallait attribuer à cette hyperplasie des parathyroïdes dans le processus de la décalcification osseuse. L'observation clinique avait depuis longtemps montré que le rachitisme et l'ostéomalacie s'associent volontiers à la tétanie. Or on savait, dès cette époque, que la tétanie s'observe après la parathyroïdectomie. Il paraissait donc peu vraisemblable que, de deux

(1) Leçon faite à la Clinique neurologique de la Salpêtrière (Service de M. le Professeur Georges Guillain), le 19 février 1937.

maladies associées, l'une pût être attribuée à une insuffisance parathyroïdienne, et l'autre à un hyperfonctionnement de ces mêmes glandes. Aussi Erdheim conclut-il que l'hyperplasie des parathyroïdes, observée au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie, représentait un hyperfonctionnement réactionnel, une « hypertrophie de travail », bref un processus de défense destiné à combattre la décalcification osseuse.

Cette opinion régna longtemps dans les pays de langue allemande, et suscita de nombreux travaux qui aboutirent aux mêmes conclusions. Elle parut d'ailleurs confirmée par les expériences de Mac Callum et Voegtlin, montrant, en 1909, que l'ablation des parathyroïdes détermine constamment un abaissement de la calcémie.

Ainsi était-on amené à penser que les glandes parathyroïdes avaient pour fonction principale de retenir le calcium dans l'organisme.

Nous allons voir que cette conception doit être abandonnée, bien que les faits sur lesquels elle a été édifiée soient exacts.

***

II. L'ostéose parathyroïdienne (Ostéite fibro-kystique de Recklinghausen)

Depuis une dizaine d'années, des faits nouveaux, d'une extrême importance, sont venus éclairer les rapports des glandes parathyroïdes avec la pathologie osseuse. Ils concernent l'étiologie d'une affection osseuse connue sous le nom d'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen et à laquelle convient mieux la dénomination d'ostéose parathyroïdienne proposée par J. A. Lièvre

En effet, il est établi aujourd'hui que cette affection, caractérisée à la fois par des lésions osseuses particulières et par des troubles graves du métabolisme calcique et phosphoré, est la conséquence d'un hyperfonctionnement des glandes parathyroïdes, lié lui-même au développement d'un adénome parathyroïdien. L'ablation de cet adénome entraîne la régression des symptômes de la maladie.

Cette notion repose à la fois sur des données cliniques, biologiques, anatomiques, thérapeutiques et expérimentales, que je vais vous exposer tour à tour.

Données cliniques

Je ne rappellerai que très brièvement les caractères cliniques de la maladie, qui ont été maintes fois retracés au cours de ces dernières années.

Il s'agit habituellement d'adultes jeunes, de 20 à 40 ans, qui se plaignent de *douleurs osseuses* plus ou moins diffuses, d'abord assez vagues, bientôt très pénibles, accrues par la fatigue, et réveillées par la pression des os. En même temps le malade accuse une asthénie profonde ; il perd l'appétit, pâlit et s'amaigrit.

Après plusieurs années d'évolution, durant lesquelles le diagnostic n'est généralement pas fait, s'installent des *déformations osseuses*, qui peuvent relever de trois processus différents.

On voit apparaître typiquement des tuméfactions osseuses, appréciables cliniquement à la palpation des os superficiels, tuméfactions dures, faisant nettement corps avec l'os, recouvertes de téguments normaux.

D'autre part, le ramollissement généralisé du squelette aboutit à des déformations rappelant celles de l'ostéomalacie : raccourcissement de la taille par tassement du tronc, aplatissement du bassin, incurvation des membres.

Souvent enfin surviennent des fractures spontanées, dont la consolidation lente et imparfaite ajoute encore aux déformations.

L'examen radiographique du squelette fournit des données plus explicites. Il révèle avant tout un processus de décalcification diffuse, qui, dans les cas avancés, peut rendre très difficile la lecture des clichés, d'autant plus que les parties molles ont une opacité exagérée, due à leur surcharge calcique.

Mais, à l'inverse de ce qui se passe dans l'ostéomalacie, cette décalcification n'est pas pure. Elle s'accompagne d'un remaniement architectural, dû à une prolifération fibreuse et à la production de pseudo-tumeurs d'aspect kystique.

Au début, les détails de la structure osseuse, peu modifiés, apparaissent avec une netteté inaccoutumée. La cavité médullaire est élargie, tandis que la corticale paraît amincie, irrégulière, comme vermoulue. Les canaux de Havers sont dilatés.

Plus tard l'architecture osseuse est complètement bouleversée. Des plages profondément décalcifiées s'isolent au milieu de néoformations fibreuses, prenant l'aspect de logettes ou de véritables géodes qui donnent la signature radiologique la plus caractéristique de l'affection.

Dans certains cas on voit aussi, au voisinage du périoste, des tuméfactions osseuses plus ou moins régulières et anormalement sombres, parfois tachetées de zones plus claires.

Au niveau du crâne en particulier, peut s'observer un épaississement ouaté rappelant l'aspect du crâne pagétique.

Enfin sur les clichés peuvent apparaître des fractures insoupçonnées, au niveau d'une zône plus décalcifiée ou d'une image géodique.

L'état général est toujours altéré. On note de l'amaigrissement, une anémie plus ou moins marquée, une asthénie profonde. Tous les viscères sont plus ou moins troublés dans leur fonctionnement, en particulier :

— le cœur, qui peut présenter des signes de défaillance myocardique

— le système nerveux, dont l'atteinte se traduit par une asthénie musculaire avec hypotonie et amyotrophie diffuse.

— l'appareil génital, qui devient déficient, ainsi que l'attestent l'impuissance chez l'homme, l'aménorrhée chez la femme.

— le tube digestif, qui réagit sous forme d'anorexie, de vomissements de constipation.

— les reins, enfin, dont je reparlerai plus loin.

L'exploration clinique de la région parathyroïdienne est le plus souvent négative. Il est rare que la tumeur soit perceptible sous forme d'une petite masse juxta-thyroïdienne ovoïde, de consistance molle, appréciable surtout à l'occasion des mouvements de déglutition. Même positive, d'ailleurs, cette exploration peut laisser place à la discussion : une adénopathie, un nodule thyroïdien peuvent prêter à confusion. Il ne faut pas compter sur ce signe pour établir le diagnostic d'ostéose parathyroïdienne.

L'évolution de la maladie s'étend sur des années : trois à six en moyenne. Certaines formes galopantes simulent, par leur cachexie rapide, une affection maligne. Ailleurs, au contraire, s'observent des rémissions spontanées, coïncidant habituellement avec la saison estivale. Mais il est rare que la maladie se fixe définitivement.

A défaut d'intervention curatrice la mort se fait par cachexie, au milieu d'accidents cardiaques ou urémiques, ou à l'occasion d'une affection intercurrente.

Données biologiques

L'ostéose parathyroïdienne s'accompagne de signes biologiques, qui avec les données cliniques et radiologiques, achèvent de la caractériser, et fournissent un appoint important à son diagnostic.

On trouve dans les cas typiques, et surtout au moment des poussées évolutives, une *hypercalcémie*, parfois considérable. Au lieu de 95 à 105 milligrammes par litre de plasma, le taux du calcium sanguin s'élève à 130, 150, 180 milligrammes et davantage ; 230 milligrammes dans un cas de Lièvre.

On note par contre une *hypophosphorémie* plus ou moins appréciable.

Enfin le taux des *phosphatases sanguines* est toujours augmenté dans de fortes proportions, signe de moindre valeur car il se retrouve dans la plupart des affections décalcifiantes.

Si l'hypercalcémie n'est pas nette (elle peut manquer dans


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE


POUDRE CHAUMEL
POUDRE CHAUMEL

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du furoncle

La question si simple et si banale du furoncle se trouve, dans la pratique, compliquée comme à plaisir ; ce n'est pas le médecin qui fixe le traitement, c'est le malade et, quand nous disons le malade, nous entendons le public, ou pour employer un terme plus à la mode, la masse. La victime commence par appliquer des cataplasmes, fabriqués de toutes pièces ou confectionnés à l'avance, qui calment évidemment la douleur, mais en multipliant les chances d'infection des follicules pilo-sébacés du voisinage. Il est naturellement admis comme une vérité première que le furoncle doit mûrir ; il est enfin à point, ce n'est après tout qu'une question de temps et de patience ; ou il s'ouvre et alors il est soumis à une expression brutale et prolongée jusqu'à ce que le bourbillon coupable ait été expulsé ; ou bien, s'il tarde à percer, le médecin intervient d'un coup de bistouri fort douloureux que ne calme même pas une anesthésie fallacieuse. De toute manière il faut compter sur un certain nombre de pansements, ce qui représente des soins, c'est-à-dire du temps et de l'argent, sans compter les risques de contagion.

En somme, si nous nous donnons la peine de réfléchir une minute sur le traitement courant du furoncle, nous en arriverons à la conclusion aussi triste que réelle qu'il est à la fois aussi anarchique que brutal. Le praticien, qui se heurte ici encore à des préjugés fortement enracinés et inexpugnables, finit par se ranger à l'opinion commune, prescrire des cataplasmes et attendre que ça mûrisse ; à part cela il peut prescrire tous les antiseptiques qu'il voudra et faire ingurgiter les dépuratifs les plus variés ; l'essentiel est que la règle du jeu soit respectée.

Un furoncle est évidemment peu de chose ; est-ce cependant une raison pour renier les principes généraux de la thérapeutique anti-infectieuse, et pour montrer une fois de plus que nous manquons d'idées claires en présence d'une situation sans grand danger sinon sans intérêt ; car, à un point de vue très général, il est toujours intéressant de travailler vite et bien , le principe *de minimis* ne devrait point être admis en médecine.

Pour en revenir au furoncle, nous allons montrer qu'il y a quelque chose à faire avec de la logique et de la méthode ; si la ligne de conduite que nous présentons n'a rien de transcendant, elle a du moins l'avantage d'avoir sa raison d'être et son efficacité. Le furoncle est, par nature et par définition, une infection locale (et qui reste longtemps locale) de la peau ; elle est une infection pénétrant en profondeur comme une vrille ; elle est enfin une infection tubulaire puisqu'elle engaîne un poil et ne s'en écarte guère ; la peau est nécessairement infectée et les tissus de voisinage réagissent pour le mieux.

La conduite la plus simple à tenir nous semble de détruire le furoncle le plus rapidement possible ; nous ne voyons que des inconvénients à attendre et aucun avantage. Le galvanocautère nous apparaît comme l'arme la plus efficace et la moins douloureuse. On recommande tout d'abord au sujet de détourner les yeux, ce qui évite à la fois l'appréhension et les mouvements intempestifs. Avec une pointe fine et rougie à blanc on touche la saillie ; l'essentiel est d'avoir la main légère ; le premier contact est peu douloureux si la cautérisation est de courte durée, car la pointe irradie très peu de chaleur, pénible à supporter par la peau du voisinage. On procède par touches successives, sans se presser, de manière à ménager les nerfs de la victime ; on fore petit à petit un puits de mine, en suivant pour ainsi dire les staphylocoques à la trace. On détruit sur place les tissus infectés, le pus, le bourbillon ; on fait des cautérisations brèves, qui sont à peine sensibles, une fois l'épiderme traversé ; on évitera simplement d'échauffer le furoncle au point de porter le pus à l'ébullition, ce qui deviendrait intolérable pour les tissus voisins. Dans la réalité on ne réalise pas un puits, mais un entonnoir ; le pus est volatilisé sur place, le sang est coagulé, tout se passe donc proprement, sans projection de pus, sans écoulement de sang, sans tamponnement. Avantage certain, l'entonnoir cautérisé reste béant, il n'a aucune tendance à se refermer ; la petite opération ne sera pas à recommencer ; l'ouverture en croix n'offre aucun intérêt avec le galvanocautère.

L'ouverture du foyer donne un soulagement immédiat. Si le furoncle est tout jeune, il suffit de le recouvrir d'un léger pansement ; mais s'il est déjà vieux, si la volatilisation du pus révèle une cavité anfractueuse à parois indurées et revenant mal, il y a fort à croire que la cicatrisation sera d'assez longue durée. Cela tient surtout au fait que la petite poche béante offre aux staphylocoques les meilleures conditions de prolifération. Comment combler cette cavité, tout en en assurant le drainage et la cicatrisation depuis le fond ? Nous employons un procédé personnel qui nous réussit bien. Nous appliquons fortement sur l'ouverture faite au galvanocautère l'orifice d'un tube de pommade et nous pressons sur le fond pour remplir l'intérieur du furoncle ; ce dernier, qui s'était affaissé, reprend ses proportions antérieures. Nous utilisons à peu près n'importe quelle pommade, la formule importe peu, puisque nous cherchons surtout l'effet mécanique de distension ; nous évitons seulement les mélanges caustiques ou chargés d'un produit chimique dont la résorption offrirait quelque danger d'intoxication. Les pâtes de savon sont particulièrement recommandables.

Un simple pansement sec et absorbant suffit ensuite ; il ne risque pas de coller puisque la pommade, plus ou moins mélangée de pus, sortira du puits du furoncle au fur et à mesure que la cicatrisation se fera et imprégnera gaze et coton. Naturellement on laissera ce pansement en place tant que le changement ne s'imposera point et, dans bien des cas, il sera le premier et le dernier.

Tel est le traitement que nous employons contre le furoncle ; s'il y a plusieurs furoncles, ils subiront successivement l'épreuve du galvanocautère, et tous bien entendu ; car, si l'on en négligeait un seul, il en profiterait pour infecter la peau et favoriser l'apparition de nouveaux furoncles. A la condition de détruire tous les points déjà infectés, on s'apercevra qu'il y a beaucoup plus de cas de furoncles que de furonculose. Le traitement général perd ainsi beaucoup de son intérêt et le traitement local est suffisant dans la très grande majorité des cas à la condition d'être précoce et intégral.

J. Lafont.

La crise appendiculaire aiguë chez l'enfant jusqu'à 15 ans. — L'expression clinique la plus fidèle de l'atteinte inflammatoire de l'appendice est la douleur, dit M. L. Guillaume (Thèse de Montpellier, 1936).

L'intensité de cette douleur, sa localisation ou sa diffusion à tout l'abdomen, son caractère évolutif, ne doivent nullement faire préjuger de la gravité ou de la bénignité de l'atteinte appendiculaire.

A part ce signe de « douleur » mis au premier rang, aucun autre symptôme n'est pathognomonique de la crise d'appendicite ; néanmoins l'apparition d'un de ces symptômes au cours d'un examen doit orienter immédiatement le diagnostic vers la possibilité d'une appendicite.

Toute appendicite aiguë doit être considérée *a priori* comme grave et en aucun cas il ne faut différer l'appel au chirurgien, puisqu'il n'y a pas de pronostic certain, la correspondance n'existant pas entre les signes cliniques et les lésions anatomiques siégeant sur l'appendice.

les formes peu évolutives de la maladie), il peut être nécessaire d'établir le *bilan du calcium*, qui se montre *négatif*, c'est-à-dire que le taux du calcium éliminé par les urines et par les fèces dépasse celui du calcium ingéré. Mais cette épreuve est délicate. A son défaut on peut se contenter d'étudier la *calciurie* pendant plusieurs jours consécutifs, avec un régime connu. Alors qu'elle se maintient normalement aux environs de 150 milligrammes par vingt-quatre heures, elle peut atteindre ici 400 milligrammes et davantage. L'élimination urinaire du phosphore est également augmentée.

Les troubles du métabolisme calcique expliquent certains symptômes dont la valeur clinique doit être soulignée.

L'augmentation du calcium sanguin rend compte du syndrôme neuro-musculaire. A l'asthénie et à l'hypotonie musculaire se joint une *diminution des chronaxies* des muscles et des nerfs, syndrôme qui s'oppose à celui de la tétanie (Sainton et Bourguignon).

L'exagération de l'élimination calcique urinaire s'accompagne souvent de polyurie, parfois de polydipsie. L'albuminurie et la cylindrurie ne sont pas rares ; et la diminution de l'excrétion uréique peut conduire à l'urémie.

Au moment des poussées évolutives de la maladie les urines prennent souvent un aspect laiteux. Enfin des accidents de *lithiase rénale* ne sont pas rares. Les calculs peuvent être à l'origine de coliques néphrétiques. Dans certains cas, ils restent muets, ne se révélant que par la radiographie.

Données anatomiques

A) Lésions osseuses. — A l'autopsie les os se montrent déformés, soufflés ou incurvés ; ils se laissent couper aisément en raison de leur mollesse. La couche compacte, très amincie, enveloppe un tissu spongieux néoformé, désordonné. La moelle osseuse est d'aspect fibreux. Sur les coupes apparaissent en plus ou moins grand nombre des « tumeurs brunes », infiltrées de sang ou de débris hématiques.

Les lésions histologiques peuvent être étudiées du vivant du malade par biopsie. Elles sont d'un type complexe et très particulier. Je me contenterai de les schématiser.

Elles sont représentées par une ostéoporose diffuse, toujours très prononcée et associée à une prolifération du tissu conjonctif, constituant l'ostéite fibreuse. Mais ce qui caractérise avant tout la maladie, c'est l'intervention des ostéoclastes dans le processus de la résorption osseuse. La prolifération de ces éléments cellulaires aboutit à la formation de tumeurs giganto-cellulaires (tumeurs à myéloplaxes, ou ostéoclastomes), qui répondent aux tumeurs brunes dont je parlais à l'instant. Enfin l'effort de régénération osseuse, toujours imparfait, se traduit par la présence de lisérés ostéoïdes et de rangées d'ostéoblastes autour des trabécules décalcifiés.

En somme, les lésions de l'ostéose parathyroïdienne ne se caractérisent pas seulement par une décalcification, mais par un bouleversement de toute l'histo-physiologie de l'os.

B) Lésions tissulaires. — En dehors des lésions osseuses la maladie se caractérise encore par l'existence de *calcifications métastatiques*, que l'on peut découvrir à l'œil nu au niveau des reins, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles, et surtout au niveau des vaisseaux qui sont parfois transformés en de véritables tubes calcaires, rigides et minces.

Mieux encore, l'étude histologique des organes montre l'importance et la diffusion de cette infiltration calcaire, qui peut affecter tous les parenchymes, et qui explique la plupart des troubles viscéraux de la maladie, notamment les altérations rénales.

L'ostéose parathyroïdienne représente, en somme, une mobilisation du calcium osseux à la fois vers les humeurs et les tissus, et vers l'extérieur.

c) L'adénome parathyroïdien. — Mais parmi les données anatomiques, celle qui mérite plus particulièrement de retenir notre attention, c'est l'existence d'une tumeur parathyroïdienne, qui représente, si l'on peut dire, la clé de voûte de la maladie. Généralement unique, exceptionnellement double ou triple, cette tumeur demande souvent à être recherchée avec soin. Typiquement on la découvre à la face postérieure du corps thyroïde, soit au niveau d'une parathyroïde supérieure, à la hauteur du cartilage cricoïde, soit au niveau d'une parathyroïde inférieure, près du pôle inférieur de la glande. Mais dans certains cas elle se développe au dépens d'une parathyroïde aberrante ; et il faut aller la chercher derrière le sternum, ou dans le médiastin postérieur au-devant de la première vertèbre thocacique, parfois même en plein tissu thyroïdien.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur adénomateuse, formée de cellules principales, parmi lesquelles peuvent prédominer, selon les cas, les cellules claires ou les cellules foncées. La dégénérescence maligne est possible, mais exceptionnelle. En tous cas les caractères histologiques évoquent l'idée d'un hyperfonctionnement parathyroïdien.

Dans des cas très rares, au lieu d'une tumeur, on trouve une hyperplasie diffuse des quatre parathyroïdes. Mais sa signification reste la même du point de vue physiopathologique.

Données thérapeutiques

La constatation d'une tumeur parathyroïdienne à l'autopsie des sujets morts d'ostéite fibro-kystique fut tout d'abord rapprochée des faits mis antérieurement en évidence par Erdheim au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie. On pensa qu'il fallait voir dans cette tumeur un processus réactionnel, secondaire à la décalcification osseuse, et destiné à la combattre. En réalité, l'enchaînement des faits est tout autre :

Dès 1915, Schlagenhaufer (de Vienne) rapportant deux cas d'ostéite fibro-kystique, à l'autopsie desquels il avait constaté l'existence d'une tumeur parathyroïdienne, soutint que cette tumeur était, non pas l'effet, mais la cause de la maladie osseuse. En conséquence il conseillait d'explorer chirurgicalement les parathyroïdes dans les cas ultérieurs d'ostéite fibro-kystique, et d'enlever la tumeur si l'on en trouvait une. Dans la discussion qui suivit, Bauer s'éleva contre ces conclusions, et invita ses collègues à la prudence, en rappelant la conception d'Erdheim, selon laquelle l'hyperplasie parathyroïdienne était un processus ractionnel utile, destiné à combattre les lésions osseuses

En 1922, cependant, un radiologiste de Breslau, Weil, rapportait un cas d'ostéite fibro-kystique très amélioré par un traitement radiothérapique appliqué sur la région parathyroïdienne.

Mais c'est à Mandl (de Vienne) que revint le mérite de démontrer très explicitement le rôle déterminant de la tumeur parathyroïdienne dans la genèse des lésions osseuses. Observant un nouveau cas d'ostéite fibro-kystique, il se conforme d'abord à la conception d'Erdheim et greffe dans le tissu péritonéal de son malade quatre parathyroïdes humaines prélevées aussitôt après une mort accidentelle. Aucun bénéfice n'est tiré de cette intervention. Suivant alors le conse donné onze ans plus tôt par Schlagenhaufer, Mandl explore la région parathyroïdienne, y découvre une tumeur et l'ext rpe. Le malade est considérablement amélioré.

Depuis lors des faits semblables ont été rapportés en grand nombre. Ils prouvent que la tumeur parathyroïdienne est bien la cause et non l'effet de la maladie osseuse.

Son ablation entraîne la régression de tous les symptômes. Très rapidement les douleurs disparaissent ; l'impotence fonctionnelle s'atténue ; l'état général s'améliore et l'appétit renaît.

On note généralement une transformation immédiate du métabolisme calcique. La calcémie s'abaisse ; il peut en résulter des accidents de tétanie, nécessitant l'administration massive de sels de calcium et d'ergostérol irradié, voire l'utilisation momentanée d'extraits parathyroïdiens. Le bilan calcique redevient fortement positif.

La réparation osseuse s'opère lentement. Après quelques mois la recalcification devient radiologiquement appréciable. Certaines tumeurs osseuses peuvent s'affaisser, certaines géodes se combler. Les fractures se consolident.

On conçoit cependant que la guérison ne soit pas rigoureusement complète. Dans les cas avancés les déformations osseuses

persistent ; et il est nécessaire de les combattre mécaniquement pendant le temps où s'opère la recalcification.

Il convient enfin de signaler que l'exploration chirurgicale des parathyroïdes n'est pas toujours fructueuse. Ces faits négatifs ne vont pas à l'encontre de l'origine parathyroïdienne de la maladie. Je vous ai dit, en effet, que la tumeur présentait parfois un siège atypique. Qu'on ne la trouve point ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. Dans certains cas c'est lors d'une deuxième ou d'une troisième exploration qu'on finit par la découvrir. Il existe même un cas de Dubois, où l'adénome ne put être trouvé et extirpé qu'après sept interventions chirurgicales.

Parfois enfin le chirurgien enlève un adénôme, dûment vérifié par l'examen histologique ; et aucune amélioration n'est observée. On doit alors soupçonner l'existence d'un second adénôme. Un cas de Sainton, Lichtenberg et Millet concerne un fait de ce genre : l'ablation de la première tumeur n'ayant apporté qu'un résultat très imparfait, une seconde intervention fut pratiquée, qui permit de découvrir dans la capsule thyroïdienne une autre tumeur que l'examen histologique montra être un épithélioma prathyroïdien.

Données expérimentales

La nature même de la tumeur parathyroïdienne, et les effets heureux de son ablation chirurgicale, laissaient déjà entrevoir que la maladie était la conséquence d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes. Nous en possédons aujourd'hui la preuve expérimentale : l'ostéite fibro-kystique peut être réalisée chez l'animal par des injections répétées d'un extrait parathyroïdien actif, la *parathormone*, isolée en 1925 par Collip.

Les injections de parathormone provoquent chez l'animal une élévation de la calcémie, et une excrétion exagérée du calcium et du phosphore par les urines et par les fèces. (Collip, Greenwald et Gross). Elles déterminent, en outre, une profonde asthénie musculaire et une diminution de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs (Berman).

Ces symptômes sont analogues à ceux de l'ostéose parathyroïdienne.

L'intoxication parathyroïdienne a été étudiée chez l'homme par Johnson et Wilder. Injectant chaque jour à un sujet de trente-cinq ans 50 unités de parathormone, ces auteurs ont provoqué chez lui le même syndrôme biologique que chez l'animal : hypercalcémie, hypophosphorémie, augmentation de l'excrétion urinaire du calcium et du phosphore. Ils ont observé, en outre, de l'asthénie musculaire, et des douleurs osseuses rappelant celles de l'ostéite fibro-géodique.

L'exagération de l'excrétion calcique provoquée par la parathormone implique nécessairement la décalcification du squelette, la quantité de calcium éliminée ne pouvant provenir que du tissu osseux. De fait, une série de travaux récents ont permis non seulement de mettre en évidence cette décalcification, mais encore d'obtenir la *reproduction expérimentale des lésions osseuses de l'ostéite fibro-géodique.*

Dès 1925, Kurokawa, par des greffes répétées de glandes parathyroïdes, avait obtenu chez le rat, au bout de plusieurs mois, des modifications de la croissance et du squelette : atrophie osseuse, étroitesse et irrégularité des lignes épiphysaires

En 1929, Bauer, Aub et Albright provoquèrent chez le lapin en voie de croissance, par des injections de parathormone, une diminution de longueur des os et une raréfaction des trabécules épiphysaires. Ils supposèrent que la déperdition calcique se faisait exclusivement aux dépens des épiphyses, richement vascularisées, tandis que la corticale demeurait intacte.

Jaffé, Bodanski et Blair montrèrent, en 1930, que les injections répétées de parathormone provoquent une résorption de la corticale et du tissu spongieux et une transformation fibreuse de la moelle osseuse. Par un traitement prolongé ils obtinrent chez le chien des lésions osseuses généralisées, frappant surtout les maxillaires, le bassin, les os longs. Les altérations les plus typiques s'observaient au niveau des articulations chondro-costales. Elles consistaient, comme dans la maladie humaine, en un double processus de résorption osseuse et de prolifération fibreuse. En outre, les parathyroïdes des chiens en expérience se montraient diminuées de volume, et présentaient des dégénérescences cellulaires, que les auteurs attribuèrent à une involution fonctionnelle liée à la thérapeutique de substitution.

Des constatations analogues ont été faites chez le chien, le rat et le cobaye par Fuchs et Falkhausen (1930), Johnson et Wilder (1931), Mandl et Mebelhor (1932).

Marx, le premier, en 1932, parvint à obtenir non seulement une décalcification généralisée du squelette, mais encore des images kystiques très nettes.

Plus récemment, Bréchot et Pergola, injectant quotidiennement à des lapins adultes 40 à 60 unités d'extrait parathyroïdien, obtinrent au bout de quelques mois, dans tous les cas, une décalcification importante et une diminution des trabécules épiphysaires. En outre, deux animaux sur vingt présentèrent des images radiographiques tout à fait typiques de kystes osseux dia-épiphysaires. A l'autopsie, les os longs, nettement incurvés, se laissaient facilement couper aux ciseaux ; la résorption du tissu spongieux était si complète que les zônes dia-épiphysaires semblaient avoir été curettées. L'examen histologique, pratiqué par Delarue, montra les lésions caractéristiques de l'ostéite fibreuse.

En résumé, l'intoxication parathyroïdienne expér mentale prolongée provoque assez régulièrement des lésions analogues à celles de l'ostéose parathyroïdienne spontanée de l'homme. Mais, comme l'ont fait observer Jaffé, Bodanski et Blair, les réactions varient avec les espèces animales. Chez le chien, l'élévation rapide de la calcémie sous l'influence de la parathormone peut conduire à des accidents graves qui rendent difficile l'obtention des lésions osseuses. Au contraire, chez le lapin, le rat, le cobaye, avec des doses de parathormone proportionnellement égales, l'élévation de la calcémie est peu importante, ou même nulle, en raison sans doute de la forte alcalinité des humeurs (l'hormone parathyroïdienne présentant son maximum d'activité en milieu acide). On peut donc, chez ces animaux, utiliser des doses élevées de parathormone et prolonger longtemps l'expérience, ce qui permet de réaliser plus régulièrement les lésions de l'ostéite fibreuse.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble des données anatomo-cliniques et expérimentales que je viens de vous exposer succinctement établit de façon définitive le rôle de l'hyperparathyroïdie en pathologie osseuse. Qu'elle soit réalisée chez l'homme par le développement spontané d'un adénome parathyroïdien, ou expérimentalement chez l'animal par des injections répétées de parathormone, cette hyperparathyroïdie se traduit essentiellement par :

a) Un bilan calcique négatif ;

b) Une décalcification du squelette, associée à un processus de prolifération fibreuse et à une hyperactivité des ostéoclastes.

c) Une surcharge calcique des humeurs et des tissus, d'où résultent de l'asthénie et de l'hypotonie musculaires, avec diminution des chronaxies.

* * *

III. Le rôle des parathyroïdes au cours des ostéopathies dites de carence

Ces faits étant établis, comment peut-on concevoir le rôle des parathyroïdes au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie, et, en général, au cours des ostéopathies de carence ?

La conception d'Erdheim, que je vous ai exposée au début de cette leçon, ne peut plus être intégralement admise. Il est exact, comme l'avaient établi déjà Mac Callum et Vogtlin, que l'hormone parathyroïdienne a le pouvoir d'élever la calcémie ; mais elle ne peut le faire qu'aux dépens du squelette puisqu'elle augmente aussi l'excrétion de la chaux par les urines et les fèces, et conduit au total à une déperdition de calcium. On ne peut donc plus admettre, comme on l'a fait longtemps, que l'hyperplasie parathyroïdienne observée au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie ait pour action de combat-



tre la décalcification : tout au contraire elle ne peut que l'exagérer.

Que faut-il alors conserver des travaux d'Erdheim et de ses successeurs ? Doit-on les contester ? Doit-on admettre, au contraire, qu'il n'y a pas d'opposition absolue entre le rachitisme et l'ostéomalacie d'une part, l'ostéite fibro-kystique d'autre part, l'hyperparathyroïdie étant à l'origine de celles-là comme de celle-ci ?

Ces deux positions sont également indéfendables.

I. Tout d'abord la réalité de l'hyperplasie parathyroïdienne au cours des ostéopathies de carence est indiscutablement établie : Pappenheimer et Minor l'ont très objectivement démontrée au cours du rachitisme humain, où ils ont observé une augmentation nette des parathyroïdes par multiplication du nombre des cellules.

La même constatation peut être faite au cours du rachitisme expérimental : Marine, en 1913, soumettant des poulets à un régime particulier privé de calcium, obtient du ramollissement des os et constate une hypertrophie des parathyroïdes. Luce, en 1923, fait la même constatation chez des rats.

Nonidez et Goodale, en 1926, rendent des jeunes poulets rachitiques en les soumettnt à un régime pauvre en vitamine D et en les privant de lumière solaire ; ils constatent chez eux une augmentation de volume des glandes parathyroïdes, liée à la fois à l'hypertrophie et à la multiplication de leurs cellules. Exposant ensuite les animaux à la lumière solaire, ils voient cette hyperplasie régresser.

Des constatations analogues ont été faites en 1928 par Higgins et Sheard, chez des poulets également. Ces auteurs ont noté, en outre, que l'hyperplasie parathyroïdienne ne s'accompagne d'aucune modification particulière de la calcémie et de la phosphorémie.

Une semblable hypertrophie des parathyroïdes s'observe encore dans d'autres conditions expérimentales. On sait que la dérivation totale de la bile hors du tube digestif réalise un syndrome de décalcification osseuse qualifié par les auteurs d'« ostéomalacie poreuse ». Cette décalcification se produit sans ostéoclastes. Or, dans des expériences de cet ordre pratiquées chez le chien, Dieterich, Loewy ont observé une hypertrophie générale des parathyroïdes, liée à une hyperplasie considérable des éléments glandulaires, sans aucune réaction inflammatoire.

Tous ces faits confirment, en somme, les constatations anciennes d'Erdheim. Ils établissent définitivement que tous les processsus de décaclification osseuse s'accompagnent d'une hyperplasie diffuse des glandes parathyroïdes.

II. Faut-il admettre alors, avec certains auteurs, que ces modifications de l'appareil parathyroïdien sont la cause de la décalcification osseuse au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie, au même titre que dans l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen ? Je ne le crois pas, pour ma part.

En effet, du double point de vue anatomique et biologique, des différences profondes séparent ces deux groupes d'affections.

Anatomiquement, l'ostéomalacie et le rachitisme spontanés ou expérimentaux, s'accompagnent bien de décalcification osseuse et de ramollissement du squelette ; mais on n'y trouve point cette hyperplasie fibreuse qui caractérise l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen.

Biologiquement surtout l'opposition est évidente. L'ostéite fibreuse, je vous l'ai dit, s'accompagne d'hypercalcémie, d'hypotonie musculaire et de diminution des chronaxies, symptômes qui témoignent d'un hyperfonctionnement parathyroïdien. Au contraire, les ostéopathies de carence, dans leurs phases évolutives, s'accompagnent habituellement d'une hypocalcémie et d'une hyperexcitabilité neuromusculaire avec élévation des chronaxies, pouvant aller jusqu'à l'apparition d'accès de tétanie, syndrome qui s'observe au cours de l'insuffisance parathyroïdienne.

Des affections biologiquement aussi différentes ne peuvent évidemment pas être de même essence.

Pourtant l'hyperplasie parathyroïdienne observée au cours des ostéopathies de carence offre bien les caractères d'un phénomène réactionnel. Mais elle ne peut avoir pour rôle de combattre la décalcification osseuse comme le pensait Erdheim, puisque l'hyperfonctionnement des parathyroïdes est, au contraire, un facteur de décalcification. Elle apparaît ainsi comme un phénomène illogique.

A la vérité, les faits ne sont contradictoires qu'en apparence. Comme je l'ai dit dès 1933, ils me paraissent s'expliquer très simplement de la façon suivante :

Au cours du rachitisme et de l'ostéomalacie et, en général, dans toutes les ostéopathies de carence, expérimentales ou spontanées, le fait essentiel est l'appauvrissement de l'organisme en calcium. Qu'il résulte d'une insuffisance d'apport alimentaire, d'un défaut d'absorption intestinale, ou d'une carence en facteur D, cet appauvrissement en calcium est global : il se manifeste au niveau des humeurs et des tissus comme au niveau du squelette.

Or la décalcification osseuse n'a pas, au point de vue vital, la même gravité que l'hypocalcémie. A partir d'un certain taux la diminution du calcium sanguin et tissulaire devient incompatible avec la vie. C'est alors que, pour y remédier, l'organisme fait intervenir les parathyroïdes. Il mobilise vers les humeurs et les tissus le calcium qu'il peut encore puiser au niveau du squelette. L'ostéoporose en est aggravée, mais le maintien de la vie exige cette mobilisation sanguine et tissulaire du calcium, aux dépens de sa fonction architecturale, évidemment plus accessoire. Que la carence calcique vienne à disparaître, l'hyperplasie parathyroïdienne peut régresser : c'est en effet ce que montre l'expérience.

On s'explique également ainsi que d'importantes décalcifications squelettiques puissent s'observer sans que le taux du calcium sanguin se modifie de façon appréciable. On conçoit même que, dans certains cas, la réaction des parathyroïdes puisse dépasser la mesure nécessaire au maintien de l'équilibre humoral et tissulaire. C'est ainsi que j'ai pu observer, au cours d'une ostéomalacie sénile, une légère hypercalcémie. L'administration d'ergostérol irradié, tout en améliorant considérablement le syndrome osseux, loin d'élever la calcémie, l'abaissa. Je pense que, dans ce cas, l'ergostérol a fait régresser l'hyperplasie réactionnelle des parathyroïdes, en remédiant au trouble de la fixation calcique dont cette hyperplasie était la conséquence.

En résumé l'hyperfonctionnement parathyroïdien apparaît bien, au cours des ostéopathies de carence, comme un effet et non comme la cause de la maladie. Il n'en reste pas moins que, par un véritable cercle vicieux, elle contribue pour sa part à aggraver les lésions osseuses.

Cette conception est grosse de conséquences pratiques. Toute intervention visant à réduire l'activité des parathyroïdes est contre-indiquée au cours de l'ostéomalacie et du rachitisme. Mais, inversement, l'administration d'extraits parathyroïdiens ne peut être considérée comme un traitement logique de ces affections.

Cette thérapeutique peut être momentanément utile, à titre de médication d'urgence, pour combattre des accidents menaçants de tétanie, conséquence de l'hypocalcémie ; mais elle ne doit pas être continuée, car elle contribuerait alors à aggraver la décalcification osseuse.

Le véritable traitement des ostéopathies de carence doit viser à favoriser la fixation du calcium dans l'organisme, par l'établissement d'un régime équilibré, par l'actinothérapie et par l'administration d'ergostérol irradié.

* * *

IV. Maladie osseuse de Paget et parathyroïdes

Il est encore une ostéopathie chronique dont les rapports avec les glandes parathyroïdes doivent être discutés : c'est la maladie osseuse de Paget.

Les lésions osseuses ressemblent assez à celles de l'ostéose parathyroïdienne pour que les deux affections aient été long-

temps réunies, par les auteurs de langue allemande, et par Recklinghausen lui-même, dans un même cadre nosologique. Histologiquement, en effet, les lésions élémentaires sont semblables. Sternberg, Looser ont insisté sur cette identité histologique. Stenholm en 1924, Frangenheim en 1926, confondent encore sous le même nom *d'ostéo-dystrophia fibrosa* des cas appartenant les uns à la maladie de Paget, les autres à l'ostéose parathyroïdienne.

A la vérité les lésions osseuses, pour être voisines, ne sont cependant pas absolument superposables. Je ne puis m'étendre sur ce sujet qui m'entraînerait trop loin.

Mais, d'autre part, des différences étiologiques, cliniques, radiologiques et évolutives séparent assez les deux affections pour que l'on n'ait jamais songé, en France, à les confondre. La maladie de Paget frappe à peu près exclusivement des sujets âgés ; elle ne débute guère avant 50 ans. Les lésions sont souvent localisées, et gardent un caractère régional : même dans les formes les plus étendues elles respectent toujours quelques parties du squelette. Les douleurs n'atteignent jamais la même acuité que dans l'ostéose parathyroïdienne. Les déformations offrent un aspect très particulier et n'aboutissent jamais à une impotence très prononcée. La maladie évolue avec une extrême lenteur et permet de grandes longévités.

Radiologiquement la décalcification n'est jamais très prononcée ; elle s'intrique avec une néoformation osseuse intense qui aboutit à d'énormes épaississements de la corticale. Ce double processus, joint à l'irrégularité et à la confusion des travées osseuses donne sur les clichés un aspect ouaté ou nuageux très particulier.

Des différences apparaissent encore dans l'ordre biologique. On trouve bien dans la maladie de Paget, et plus encore que dans l'ostéose parathyroïdienne, une augmentation des phosphatases du sang ; mais le métabolisme général du calcium n'y est pas modifié de façon appréciable (Snapper, J. A. Lièvre). La calcémie se maintient aux environs de la normale ; la phosphorémie est plutôt augmentée ; le bilan calcique est positif.

Enfin la maladie de Paget ne s'accompagne jamais d'adénome ni d'hyperplasie parathyroïdienne. Cette constatation négative a pu même servir d'argument contre la théorie parathyroïdienne des ostéopathies à certains auteurs qui confondaient l'ostéite déformante de Paget et l'ostéite fibrokystique de Recklinghausen. Comme l'a montré J. A. Lièvre tous les cas d' « ostéites déformantes » où a été découvert un adénome parathyroïdien différaient profondément de la maladie de Paget et présentaient au contraire les caractères anatomiques et cliniques de l'ostéose parathyroïdienne.

Certains auteurs sont allés jusqu'à explorer chirurgicalement les parathyroïdes dans des cas de maladie de Paget. Cette recherche a été négative ; et l'extirpation d'une ou deux parathyroïdes normales est restée sans effet sur l'évolution de la maladie (Snapper ; Ballin et Morse). Au contraire, les injections de parathormone calment assez souvent les douleurs des pagétiques.

L'obscurité la plus complète règne encore sur la physiopathologie de la maladie de Paget. Des constatations que j'ai faites avec mon ami Bascourret sur l'état des fonctions sympathiques locales au niveau des déformations osseuses m'inclinent à leur attribuer une origine tropho-neurotique. Mais ceci est hors de notre sujet. J'ai voulu vous montrer seulement que, malgré l'avis de quelques auteurs, la maladie de Paget semble bien être indépendante de toute altération parathyroïdienne.

***

V. Rhumatismes chroniques
Sclérodermie

Si je mentionne ici ces affections, c'est qu'elles peuvent comporter, parmi leurs symptômes, des altérations osseuses plus ou moins étendues, et que certains auteurs font intervenir à leur origine un trouble des fonctions parathyroïdiennes.

I. Se basant sur l'existence possible d'une hypercalcémie, d'ostéoporose, d'hypotonie musculaire, de dépôts calcaires juxta-articulaires au cours de certains rhumatismes chroniques ankylosants, Oppel, Leriche et Yung ont pensé qu'une hyperparathyroïdie était peut-être en cause, et ont pratiqué des parathyroïdectomies. A la suite de ces interventions ils ont obtenu des résultats parfois surprenants : disparition presque immédiate des douleurs, libération d'articulations qui paraissaient ankylosées.

Les résultats thérapeutiques, quoique très inconstants, sont réels. Mais ils ne prouvent point formellement que l'affection relève d'une hyperparathyroïdie.

Il faut noter en effet que l'hypercalcémie est très exceptionnelle au cours des rhumatismes chroniques, et que, quand elle existe, elle reste habituellement très modérée. D'autre part le bilan calcique est normal ou positif.

Les améliorations notées après la parathyroïdectomie sont d'ailleurs si rapides — se manifestant parfois quelques heures après l'intervention — qu'il est bien difficile de les attribuer à une transformation des lésions ostéo-articulaires sous l'influence de la parathyroïdectomie. Bien plus, on a vu parfois survenir des améliorations semblables alors que le chirurgien avait enlevé par erreur un ganglion, un lobule graisseux, ou un nodule thyroïdien, au lieu d'une glande parathyroïde.

La simple exploration chirurgicale de la région parathyroïdienne pratiquée dans deux cas par Simon, sans modification anatomique réelle, a pu se montrer également efficace, ainsi que l'application d'isophénol sur les rameaux de l'artère thyroïdienne inférieure. Il faut noter enfin que l'amélioration obtenue est généralement transitoire.

Ces faits ne laissent pas d'être troublants ; mais, à coup sûr, ils ne prouvent pas qu'une hyperparathyroïdie doive être invoquée à l'origine des rhumatismes chroniques ankylosants. Je vous dirai tout à l'heure comment je les interprète.

II. Je voudrais auparavant vous entretenir encore de la théorie parathyroïdienne de la sclérodermie, qui prête à des considérations semblables. C'est aussi sur la constatation d'hypercalcémies (un peu moins exceptionnelles dans ce cas), de décalcifications osseuses, d'infiltrations calcaires sous-cutanées que Leriche et Yung se sont basés pour invoquer une hyperparathyroïdie. Après Seyle, Shelling, ils ont même obtenu chez le rat et le cobaye, par des injections répétées de parathormone, des lésions cutanées rappelant celles de la sclérodermie.

Mais, là encore, on fait valoir surtout des arguments d'ordre thérapeutique. Dans certains cas de sclérodermie, d'ailleurs assez peu nombreux, l'ablation d'une parathyroïde a pu fournir une amélioration importante : diminution des phénomènes douloureux, régression des troubles vaso-moteurs, assouplissement des téguments. Comme dans les polyarthrites ankylosantes les résultats sont immédiats. Et ils ont parfois suivi des interventions au cours desquelles aucun tissu parathyroïdien n'avait été enlevé.

Or, des améliorations semblables des lésions sclérodermiques peuvent être obtenues par des sympathectomies. On peut dès lors se demander si les interventions pratiquées sur la région cervicale, sans qu'une parathyroïdectomie ait été réellement faite, n'ont pas agi en modifiant des éléments sympathiques, reliés ou non aux fonctions parathyroïdiennes. Quant aux parathyroïdectomies réellement pratiquées elles doivent sans doute leur efficacité à une action purement physiologique. La surcharge calcique des tissus, qui joue certainement un rôle dans la physiopathologie des rhumatismes chroniques et de la sclérodermie, peut subir une atténuation brusque après la parathyroïdectomie. Nous savons même que toute intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, peut abaisser la calcémie. Or, vous n'ignorez pas qu'en physiologie l'ion calcium exerce régulièrement les mêmes effets que l'excitation ortho-sympathique. Bien plus, l'excitation sympathique devient inefficace au niveau des tissus privés de calcium. On peut donc se demander si la parathyroïdectomie ne réalise pas tout simplement, en diminuant la teneur des tissus en calcium, l'équivalent d'une sympathectomie, ou, si j'ose dire, une sorte de sympathectomie chimique.



Je vous livre cette hypothèse pour ce qu'elle vaut, n'ignorant pas tout ce qu'elle a d'incertain. Retenez en tous cas que la parathyroïdectomie peut être justifiée dans certains cas de sclérodermie ou de rhumatismes chroniques ankylosants accompagnés d'hypercalcémie ; mais gardez-vous de conclure, sans nouvelles preuves, que ces affections reconnaissent vraiment pour cause une hyperparathyroïdie.

*
* *

VI. Conclusions

En conclusion de cette leçon, et pour m'en tenir à la pathologie osseuse proprement dite, je crois pouvoir formuler les trois propositions suivantes :

1° Le rôle des glandes parathyroïdes au cours de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen n'est plus à démontrer. Cette affection est la conséquence d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes, lié lui-même au développement d'un ou plusieurs adénomes parathyroïdiens. Elle peut être expérimentalement réalisée chez l'animal par des injections répétées de parathormone.

L'ablation de l'adénome parathyroïdien est le seul traitement logique et efficace de la maladie ;

2° Le rachitisme et l'ostéomalacie ne sont pas d'origine parathyroïdienne. Mais on peut observer, au cours de ces affections, une hyperplasie diffuse de l'appareil parathyroïdien. Cette hyperplasie, qui disparaît lorsqu'il est porté remède à la carence calcique, est d'origine réactionnelle. Elle a pour rôle de maintenir à un taux compatible avec la vie la teneur en calcium des humeurs et des tissus. Mais cette mobilisation du calcium se fait aux dépens du squelette, si bien qu'elle contribue secondairement à aggraver les lésions osseuses ;

3° La physiopathologie de la maladie osseuse de Paget nous est encore inconnue, mais paraît complètement indépendante de toute intervention des parathyroïdes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1937

L'immunisation des étudiants en médecine. — *M. Tanon* demande que la vaccination mixte antityphoïdique et antidiphtérique soit rendue obligatoire pour les étudiants en médecine dès le début de leurs études. L'académie s'associe à ce vœu.

Glaucome aigu double apparu au cours d'un tétanos céphalique. — *MM. Guillain, Parfoury et Messimy.*

A propos de la vaccination charbonneuse : Sur une nouvelle méthode de vaccination des animaux domestiques contre le charbon. — *MM. Ramon et Staub.* — Alors que la méthode pastorienne classique de vaccination charbonneuse exige deux injections successives à douze jours d'intervalle de vaccin, la méthode nouvelle établie après de nombreuses recherches effectuées chez le mouton principalement, mais aussi chez la chèvre, les bovidés, le cheval ne comporte qu'une seule inoculation sous-cutanée du virus-vaccin le plus atténué. Cette dose unique de vaccin préalablement additionné de gélose et d'alun permet au mouton qui l'a reçue de résister aux épreuves expérimentales les plus sévères, dès le cinquième jour et jusqu'à huit mois au minimum après la vaccination. Commode à appliquer, inoffensive, la formule de l'injection unique de vaccin gélosé et aluné procure aux animaux une immunité très précoce extrêmement solide et durable. Ce sont là des avantages sérieux pour la pratique courante de l'immunisation anticharbonneuse.

Sur la nécessité des procédés modernes d'administration des eaux thermales — *M. Dominguez* estime que pour obtenir tout le rendement que l'on doit attendre des eaux de Châtel Guyon, comme de celles qui s'adressent aux maladies du foie, l'eau doit être administrée les malades étant couchés sur le côté droit et observant ensuite un repos d'un quart d'heure.

Séance du 16 mars 1937

Origine, mode de contagion, durée d'incubation de la lèpre dans 95 cas, dont six contractés dans la région parisienne. — *MM. Ch. Flandin* et *J. Ragu* ont, depuis décembre 1934 et ailleurs, examiné 95 lépreux. Plus des deux tiers étaient des blancs nés en Europe.

Pour un bon nombre, la maladie a été contractée à l'occasion d'un court séjour aux Colonies ou dans l'Afrique du Nord (4 à 8 mois). Le diagnostic — qui ne correspond pas forcément avec le début de la maladie — a été fait de huit mois à vingt-cinq ans après le séjour en pays suspect. L'incubation peut donc être plus courte qu'il n'est admis classiquement.

Les auteurs apportent l'observation de six cas de lèpre indiscutablement contractée à Paris ou dans la France. Dans quatre de ces cas la durée d'incubation a été de six à huit mois.

Tous ces cas d'incubation courte relèvent de cohabitation intime et de contacts répétés. La contamination médiate, par objets ayant été touchés par des lépreux semble inexistante.

Le traitement par des injections intraveineuses du complexe chaulmoogra-cholestérol établi par P. Baranger et appliqué par les auteurs à la lèpre donne des résultats supérieurs aux autres thérapeutiques actuelles et semble améliorer considérablement le pronostic de la lèpre.

Courbes de neutralisation et de cœfficient-tampon du sérum de diabétiques. Influence de l'insuline. — *MM. Gabriel Florence* et *Daniel Vincent.*

Technique de l'enclouage des fractures du col du fémur. — *M. Paul Mathieu.* — L'enclouage améliore considérablement le pronostic thérapeutique des fractures du col, sans toutefois supprimer une petite proportion d'insuccès dus aux conditions mêmes de certaines fractures pathologiques, fractures qu'il ne suffit pas de réduire et de maintenir pour les faire consolider.

Sur l'éclosion et la diffusion des brucelloses épizootiques. Passage possible des micro-organismes de l'humus aux invertébrés (annélides) aux invertébrés (à latex) et aux animaux herbivores. — *M. Jos Jullien.*

Sur les infections humaines à « bacillus ramosus ». — *MM. A. Lemierre, Jean Reilly* et *H. Bloch Michel.*

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1937

A propos des ostéolyses. — Un malade observé par *M. Richard* a été pendant la guerre deux fois enseveli sous un éboulement. Il n'a cependant eu ni fracture, ni suppuration de la cuisse. Or, il présente depuis neuf ans une ostéolyse de l'extrémité supérieure du fémur, ayant effacé le tiers supérieur de l'os sauf un petit fragment trochantérien et une partie de la tête fémorale. Ce cas se rapproche de ceux rapportés par M. Mouchet, mais avec cette différence qu'il sagit d'un adulte.

Opération de Gœbell-Stœckel pour incontinence. — *M. Louis Michon* rapporte une observation de *M. Richer* (Lyon) concernant une opération de réfection sphinctérienne pour incontinence d'urine. Parmi les procédés de plastie musculaire employés dans ce genre d'opérations, le plus utilisé semble être celui qui utilise le droit interne. La vascularisation du droit interne est cependant disposée de telle manière qu'il semble difficile de l'amener bien vascularisé et innervé jusqu'au niveau de l'urèthre. *M. Richer* a donc utilisé l'opération de Gœbell-Stœckel en employant un simple lambeau aponévrotique qu'il enroule autour du col vesical par laparotomie abdominale. Ce lambeau aponévrotique est prélevé au niveau du bord interne du grand droit de l'abdomen. Il a obtenu ainsi un résultat remarquable.

Reconstitution d'un urèthre féminin. — *M. Richer* (Lyon) a employé le procédé de tunellisation de *M. Marion* (Fermeture vésicale puis quelques semaines après tunnellisation sous-cutanée), pour une destruction cervico-uréthrale. Le

résultat est parfait depuis un an, sans qu'il y ait aucune tendance au rétrécissement.

M. Michon qui communique cette observation, en rapproche une autre dans laquelle il fit aussi une tunellisation sous-cutanée après ablation d'un néoplasme de l'urèthre. Il y eut dans ce cas une tendance très nette au rétrécissement. *M. Marion* préconise d'ailleurs de placer l'orifice du nouvel urèthre latéralement au niveau de la petite lèvre, ce qui permet des dilatations plus aisées. La continence de ces tunnels sous-cutanés est remarquable ; elle est peut-être due à une sphinctérisation qui se produit au niveau du col vésical lui-même.

A propos des traumatismes cérébraux. — *M. E. Sorrel* apporte 109 cas de fractures du crâne chez l'enfant. Il insiste sur la relative bénégnité de ces fractures, la rapidité de leur évolution, le peu d'importance des séquelles qu'elles laissent derrière elles. L'anatomie pathologique a été précisée dans 87 cas. Ni l'étendue du trait de fracture ni celle des irradiations ne correspondent à la gravité clinique. On constata opératoirement quatre fois l'existence d'un hématome extra-dural, quatre fois, celle d'un hématome sous-dural bien localisé, neuf fois celle d'un hématome sous-dural diffus.

Dans un seul cas l'œdème cérébral fut trouvé à l'intervention.

Cliniquement, l'auteur attache de l'importance au *pouls* ; dans les cas favorables il redevient normal en quelques jours. S'il demeure rapide, et mieux s'il est intermittent, le pronostic est mauvais. A noter que deux fois le pouls était accéléré bien qu'il s'agit d'hématome extra-dural. Au point de vue neurologique il est important de rechercher la diminution du tonus musculaire (*André Thomas*) par l'exagération de l'amplitude des mouvements. Ce signe est de la plus grande valeur comme témoin de localisation.

Le signe du retrait du membre est également modifié : rétraction moins ample et moins rapide du côté malade. Ces deux signes sont très sensibles.

La mydriase est un signe inconstant et qui d'ailleurs ne correspond pas toujours à un hématome extra-dural.

La ponction lombaire n'a jamais donné à l'auteur de renseignements utiles, si ce n'est au point de vue couleur du liquide. La ponction ventriculaire n'a pas eu d'indications dans cette série de cas.

L'auteur oppose ensuite les cas évidents où il faut intervenir sur des signes de localisation certains ; et ceux où on sent et voit bien que l'évolution va être favorable. Dans une catégorie intermédiaire de cas se placent ceux où existaient les deux petits signes de localisation rappelés par l'auteur. Ils ont autant de valeur qu'une hémiplégie évidente et indiquent presque toujours l'intervention. Restent enfin les comas qui ne cèdent pas : dans ces cas il vaut mieux intervenir si le pouls reste accéléré et intervenir rapidement ; c'est ce qui donne les meilleurs résultats.

La statistique comporte sur 10 cas 22 % de mortalité. Celle-ci se produit en règle dans les 48 premières heures. Sur le restant il y a 32 guérisons opératoires. Les complications infectieuses ont été rares (3 cas) : Une fois abcès cérébral, deux fois réaction méningée à staphylocoques ; les 3 cas ont guéri. Les séquelles ont été remarquablement rares aussi : Cinquante deux blessés revus à distance, six seulement avaient de petits signes neurologiques sans importance, un une hémianopsie, un des crises comitiales. Donc, sur les nombreux blessés opérés et qui présentaient des lésions corticales importantes, on ne trouve des séquelles nerveuses que dans 3,5 % des cas. D'une façon générale il faut donc intervenir et si on doit le faire, le faire precocement.

Infection ascendante dans les anastomoses biliodigestives. — *M. Bengolea* (Buenos-Ayres). La chirurgie expérimentale montre que l'infection est constante dans les anastomoses biliodigestives. L'auteur apporte une observation où après cholédoco-duodénostomie, la réapparition des troubles permit de découvrir une infection marquée qui nécessita un drainage secondaire des voies biliaires.

Un autre cas de cholédoco-duodénostomie se compliqua aussi d'angiocholite suppurée, qui entraîna la mort. L'autopsie montra de nombreux abcès hépatiques J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1937 (*suite et fin*)

Gastrectomie large dans un cas de gastrite. Transformation néoplasique possible. — *P. Le Gac, Bécart, Hirchbert* rapportent l'histoire d'un malade de 49 ans présentant des signes cliniques et radiologiques très nets, chez lequel l'exploration de l'estomac pendant l'opération montra seulement un certain épaississement de la région de l'antre et du pylore. Une gastrectomie est néanmoins pratiquée. L'examen histologique de la pièce opératoire, montra une muqueuse gastrique avec de larges plaques de métaplasie intestinale avec dégénérescenee néoplasique possible gastrite précancéreuse ? peut-être ; de même qu'il existe des gastrites préulcéreuses, facteurs d'hémorragies gastriques graves. Il y aurait peut-être intérêt à étendre les indications de la gastrectomie à ces états précancéreux.

M. Luquet rapporte un cas analogue au précédent et qu'il a observé avec *V. Pauchet* il y a une douzaine d'années.

M. Peugniez insiste sur l'intérêt de ces cas intermédiaires et en rapporte également une observation.

M. Haller lui aussi a vu un cas analogue.

M. Debidour rappelle à ce sujet l'*exulcération simplex* de *Dieulafoy*, conception contre laquelle proteste *M. Kaufmann*.

Répercussions de l'atrésie congénitale du maxillaire inférieur sur le développement de la race. — *M. Pierre Robin* insiste sur ce fait que le nombre des enfants naissant avec une atrésie congénitale du maxillaire inférieur est supérieur à celui des enfants normaux. Cette atrésie transmissible héréditairement, ayant une étiologie commune (syphilis, tuberculose, alcoolisme) avec les causes de dépopulation admises par les sociologues et les médecins, devient une cause de dégénérescence progressive de la race, par suite de la glossoptose qu'elle détermine. Sans la disparition de la glossoptose en France, la population n'augmente pas.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des défaillances cardio vasculaires par le Pressyl

Etroitement liés fonctionnellement, l'activité myocardique et le tonus vaso-moteur relèvent d'une médication synergique.

Le Pressyl (1) constitué par l'association d'un toni-cardiaque, la camphramine, à un vaso-constricteur, la pressédrine, ramène le sang de la périphérie vers le cœur, lutte contre l'asystolie du cœur périphérique et tonifie directement le muscle cardiaque. Il est le médicament complet de toutes les défaillances cardio-vasculaires aiguës.

Le choc traumatique. — Qu'il soit immédiat ou qu'il s'agisse d'un choc primitif apparaissant vers la fin de la première heure, ou enfin du choc retardé ne survenant qu'après plusieurs jours, le Pressyl par voie sous-cutanée ou intraveineuse enraye le collapsus tensionnel.

Le choc anaphylactique. — L'injection immédiate de Pressyl chez un malade pâle, anxieux, présentant des douleurs abdominales avec pouls incomptable, arrête rapidement le cours des accidents graves.

Les défaillances cardio-vasculaires des maladies infectieuses si fréquentes au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la pneumonie, des grippes à forme asphyxique sont jugulées par l'injection sous-cutanée de Pressyl. Véritable gardien de la pression au cours de ces maladies, le Pressyl doit d'ailleurs toujours être administré à titre préventif (injection sous-cutanée matin et soir dont l'effet est complété par trois ou cinq comprimés pris dans les intervalles).

Comas. — La défaillance cardio-vasculaire brutale du coma diabétique relève du traitement par le Pressyl dont l'action sur le tonus myocardique et artériel est de longue durée. Associé à l'inhalation d'oxygène et de gaz carbonique dans le coma oxy-carboné, le Pressyl excite le centre respiratoire et lutte contre la défaillance cardiaque. Enfin dans le coma barbiturique, le Pressyl excite le centre respiratoire sur lequel n'agit pas la strychnine.

Asphyxies. — Relevant le débit respiratoire, le Pressyl favorise le retour à la normale du taux d'oxy-hémoglobine ; tonifiant les petits vaisseaux et luttant contre la cyanose, il est le médicament d'urgence de toutes les asphyxies.

(1) Laboratoires Lematte et Boinot, Paris.

VARIÉTÉS

Un aperçu du Budget du Ministère de la Santé publique

Le médecin qui se penche sur la misère et la maladie éprouve, en face de l'argent, un double sentiment. D'une part, il voudrait mépriser ce moyen de luxe et d'abondance, générateurs de tant de maux, mais d'autre part, il serait heureux d'en profiter pour compenser, dans une certaine mesure, les effets de l'inégalité devant la maladie évitable et la mort prématurée. Doué d'un instinct social, le praticien connaît trop bien l'arme à deux tranchants et, dans un monde tourmenté, il ne sait guère s'il faut rire ou pleurer d'une situation paradoxale. La plupart du temps, et sans doute, a-t-il tort, il ne cherche pas à comprendre, mais i arrive aussi qu'il s'intéresse aux grands problèmes, qu'il se forge une opinion, qu'il procède à un véritable examen de conscience, en pleine connaissance des choses.

Les questions budgétaires sont parmi celles-là qui sont au premier plan des préoccupations des hommes, et lorsque le ministère de la Santé publique est en jeu, l'attention est tout particulièrement attirée. En effet, la protection de la Santé publique touche au plus haut degré à la fois la collectivité et l'individu. Tous et chacun sont visés dans une sphère, chère aux médecins, conscients de leur droit de faire entendre leur voix autorisée et de leur devoir de contribuer à la défense sanitaire du pays.

Avant de procéder à un examen du budget, examen que nous nous efforcerons de rendre aussi succint et aussi rapide que possible, jetons un coup d'œil sur le premier tableau qui récapitule les dépenses des divers ministères.

TABLEAU I. — *Récapitulation du budget des divers ministères*

Présidence du Conseil	16.326.609
Finances	20.666.027.523
Justice	376.180.286
Affaires étrangères	319.854.835
Intérieur	1.914.642.919
Guerre	4.484.069.910
Défense des territoires d'outre-mer	1.373.197.115
Marine militaire	1.810.748.180
Education nationale	3.695.292.351
Enseignement technique	188.739.608
Beaux-Arts	131.090.303
Commerce et industrie	106.474.122
Air	1.249.375.911
Travail	1.432.475.229
Santé publique et Education physique	1.719.994.971
Colonies	779.660.318
Agriculture	560.290.047
Travaux publics	1.583.571.138
Marine marchande	971.896.353
Pensions	4.961.260.003
Total général	48.281.167.731

Nous n'allons point examiner, article par article, les dépenses qu'il paraît préférable de grouper, même au risque d'aboutir à une classification artificielle. C'est ainsi que nous verrons des chapitres et des sous-chapitres dont il n'est pas question dans le texte aride du *Journal Officiel*, mais qui sont familiers à l'esprit de tout citoyen qui s'intéresse, sinon à toutes, du moins aux plus importantes branches de l'action du Gouvernement pour diminuer la morbidité et la mortalité.

TABLEAU 2. — *Récapitulation des dépenses du Ministère de la Santé publique et de l'Education physique*

Titre des chapitres	Total	%
Habitations	3.936.600	0,233
Age scolaire et postscolaire	6.174.000	0,36
Assainissement général	10.275.502	0,60
Education physique. Sports	13.556.290	0,79
Administration	13.629.675	0,79
Préparation militaire. Education physique.	36.920.601	2,15
Hospitalisation et internement	44.400.000	2,58
Maladies sociales	78.430.498	4,56
Enfants du premier âge	159.316.925	9,26
Natalité et familles nombreuses	473.713.700	27,54
Assistance publique et privée. Infirmes, incurables, vieillards	879.445.180	51,13

Si nous examinons le tableau 2, nous voyons que le budget du ministère de la Santé publique est avant tout et surtout celui de l'Assistance. Ses tendances sont d'ailleurs les mêmes que celles du département ou de la commune (1). On est obligé de faire face aux dépenses dites « incompressibles » et

(1) G. ICHOK. — L'hygiène, la médecine et l'Assistance sociale dans le budget de la commune, du département et de l'Etat. Communication à la Société d'hygiène publique, industrielle et sociale. *Annales d'hygiène*, t. XIII, n° 10, pp. 572-605, 1935.

l'on ne trouve plus assez d'argent pour la véritable médecine préventive.

Pour nous faire une idée de la campagne directe contre les maladies, jetons un coup d'œil sur le tableau 3. Nous verrons que la lutte contre les fameux fléaux sociaux occupe, dans le budget du ministère de la Santé publique, une place à part qui marque une progression nette des dotations. C'est ainsi que les subventions pour dépenses d'organisation et d'outillage des centres régionaux anticancéreux et frais de fonctionnement de leurs laboratoires de recherches scientifiques ont passé de 720.000 francs en 1936 à 5 millions en 1937. De même, les crédits pour prophylaxie des maladies vénériennes passent de 9.000.000 en 1936, à 15 millions en 1937.

TABLEAU 3. — *Maladies sociales*

Chap.	Services	Montant des crédits
	Cancer	
66	Subventions aux centres régionaux anticancéreux.	4.500.000
	Maladies vénériennes	
70	Prophylaxie des maladies vénériennes. Subventions. Matériel, dépenses diverses. Contrôle	15.000.000
	Tuberculose	
67	Contribution de l'Etat en capital aux dépenses de construction d'établissements destinés à la lutte antituberculeuse	Mémoire
24	Sanatoria d'Etat. Personnel, indemnités et allocations diverses	19.804
23	Sanatoria d'Etat. Personnel. Traitements	944.359
25	Sanatoria d'Etat. Matériel et dépenses diverses	1.708.335
68	Contribution d'Etat en annuités pour les depenses engagées antérieurement en vue de la création d'établissements destinés à la lutte antituberculeuse	3.600.000
69	Subvention au Comité national de défense contre la tuberculose. Frais de contrôle des pensionnés à 100 .p 100 pour tuberculose. Contribution aux dépenses engagées par les départements, communes et établissements publics pour la lutte contre la tuberculose	20.658.000
57	Assistance aux tuberculeux	32.000.000
	Total	78.430.498

pour 100 du total général : 4 ,56

En comparaison avec les années précédentes, l'amélioration paraît certaine, mais insuffisante, et c'est pour cette bonne raison que l'augmentation des crédits devait être demandée surtout pour les assistés, comme le montre le tableau 4.

TABLEAU 4. — *Augmentation des crédits demandés par le Ministère de la Santé publique et de l'Education physique, pour l'exercice* 1937.

Désignation	Total	pour cent
Loi du 24 octobre 1919	17.600	0 ,0028
Education forcée en Alsace et en Lorraine	72.500	0 ,012
Inspection médicale des établissements d'enseignement public	478.000	0 ,077
Subventions aux laboratoires de bactériologie, eaux minérales	499.500	0 ,081
Loi du 15 février 1902 sur la Santé publ.	657.000	0 ,106
Construction de logements à loyers moyens	810.000	0 ,131
Dépenses de personnel	1.811.171	0 ,294
Dépenses de matériel et de propagande	2.041.675	0 ,331
Ecoles d'infirmières	2.293.500	0 ,372
Camps de vacances	2.300.000	0 ,373
Centres anticancéreux	4.280.000	0 ,694
Application de la loi du 20 juin, portant suppression des prélèvements sur les indemnités et inscription des crédits bruts de traitements	5.811.000	0 ,942
Prophylaxie des maladies vénériennes	5.950.000	0 ,964
Organisation et fonctionnement du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Education physique	7.348.701	1 ,191
Organisation et fonctionnement du sous-Secrét. d'Etat des sports et des loisirs.	16.381.490	2 ,655



Dépenses d'assistance	216.128.000	35.031
Contribution supplémentaire de l'Etat aux dépenses d'assistance	350.000.000	56.731
Total des augmentations	616.880.137	99.897

Le tableau 4 contient, dans son immense majorité, des crédits pour l'assistance. On peut, bien entendu, les interpréter comme un moyen de prévenir la déchéance des miséreux, déchéance qui ouvre la porte à la maladie, même à la mort, mais la véritable prophylaxie s'attaque à l'agent morbide et tente de mettre l'organisme sain à l'abri du mal, infectieux ou autre. La lutte est à mener sur deux fronts ; d'une part, compenser les dépenses d'assistance, dans une certaine mesure, les effets de l'inégalité sociale, et d'autre part, diriger l'action médico-sociale et purement médicale contre les maladies elles-mêmes. Une cloison étanche n'existe guère entre les deux branches d'activité et seule, la coordination des efforts peut garantir un succès.

Pour comprendre l'esprit qui guidera l'auteur du budget du ministère de la Santé publique et de l'Education physique, nous devrions lire le rapport général de la Commission d'hygiène de la troisième conférence du Service social à Londres, en juillet 1936, présenté par Henri Sellier, ministre de la Santé publique, et son chef de cabinet technique R.-H. Hazemann (1).

Développé devant une Assemblée qui a réuni plus de 1.800 délégués de vingt nations, l'exposé du ministre français et de son plus proche collaborateur, doit être considéré comme l'exemple d'une méthode de travail en faveur de la Santé publique, qui dépasse les frontières. Bien entendu, lors de l'application, il faudra tenir compte de la situation locale, mais l'esprit qui anime, l'énergie qui coordonne, et la documentation qui indique la voie seront les mêmes partout où, comme le dit, M. Vandervelde, ancien ministre de la Santé publique de Belgique, « il y a la place d'un grand effort, non seulement « pour que la vie soit plus longtemps vécue, mais qu'elle « vaille plus qu'aujourd'hui la peine d'être vécue, parce que « plus confortable, plus large, plus joyeuse et plus belle ».

G. Ichok.

Echos et Glanures

Le rat et le métabolisme du chlore. — *Sous le titre « Une enquête chez les rats », M. le Professeur Léon Binet a voulu, comme il le dit lui-même, non pas « écrire une « physiologie » du rat, mais résumer quelques curiosités de cet animal, et éclairer ainsi divers problèmes biologiques.*

« Puisque nous abordons des problèmes qui touchent à la pathologie, résumons pour les médecins qui liront ces lignes ce que l'expérimentation sur le rat nous a appris du métabolisme du chlore. On sait, je crois, l'importance de la déperdition chlorée subie par l'organisme sous l'influence des vomissements, qui amènent le rejet d'une secrétion riche en acide chlorhydrique. L'élimination chlorée est telle qu'elle entraîne une diminution du taux du chlore dans le sang circulant. L'expérimentation poursuivie sur le rat est démonstrative à cet égard. Un de ces animaux, dont on a détourné le suc gastrique à l'extérieur, reçoit des injections sous-cutanées d'histamine, substance qui stimule la secrétion de l'estomac de façon indiscutable : la perte de chlore est dans ces conditions assez forte pour qu'on enregistre un appauvrissement très marqué du sang en chlore. Par ailleurs, un rat qui n'a plus de capsule surrénales et qui, de ce fait, présente une perturbation de son métabolisme chloré, devient très sensible aux « chocs » : fait capital, l'administration de chlorure de sodium à l'animal en expérience lui rend sa résistance normale. Ces observations sont suffisamment nettes pour confirmer, dans le domaine expérimental, les bienfaits de la rechloruration que nous avons essayé, avec le Professeur A. Gosset, de démontrer chez l'homme malade.

(1) M. Sellier et R.-H. Hazemann. — La santé publique et la collectivité. Hygiène et service social. Coordination. Préface de M.-E. Vandervelde ministre de la Santé publique de Belgique. Une monographie de 63 p. Extrait de la *Revue d'hygiène*, t. 58, n° 8, octobre 1936.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Bourdelle-Bennejeant et Wicart. — **Anatomie et physiologie bucco-dentaire, anatomie dentaire comparée.** Bibl. du chirurgien-dentiste, 614 p. Br. : 45 fr. (*J. B. Baillière et Fils*).

Lhermitte-Masquin-Trelles. — **Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central.** 620 p. (gr.) Br. : 165 fr. (*G. Doin et Cie*).

Loeper et Perrault. — **Le traitement des intoxications alimentaires.** Coll. Les thérapeutiques nouvelles. 74 p. Br. : 14 fr. (*J. B. Baillière et Fils.*)

N. — **Atelectasie pulmonaire.** 112 p. Br. : 30 fr. (*G. Doin et Cie*).

N. — **36e Congrès français d'urologie** (14/22). 75 p. Br. : 120 fr. (*G. Doin et Cie*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville

LE NUMÉRO : 50 Centimes

N° 13 — 27 MARS 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de perfectionnement* 1937. — M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de MM. Rathery, Lacassague, Strohl, Tiffeneau, Velter, Dognon et Renard, Ledoux-Lebard, Ramadier, Veil et Dollfus, Cousin, Blum, Hudelo, Braun-Vallon et Joseph, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 21 mai au 25 juin 1937.

Les leçons comporteront : 1° Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique ; 2° La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1° Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la clinique ; 2° Pour les travaux de laboratoire:au laboratoire de la clinique ; 3° Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au laboratoire de l'Hôtel-Dieu ; 4° Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie : à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du radium (Fondation Curie).

A l'occasionde ce cours, des leçons magistrales seront faites par MM. Rathery (lésions diabétiques de l'œil), Lacassagne (Radiumthérapie oculaire), Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique), Strohl (électrothérapie ophtalmologique) et M. Ledoux-Lebard, (radiologie).

Ce cours est divisé en deux séries : Première série : Clinique et Laboratoire ; Deuxième série : Chirurgie oculaire.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série.

Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi vendredi, de 1 heure à 3 heures, avant le 1er mai, ou mieux, à l A. D. R. M, salle Béclard (Faculté de médecine) qui facilitera les formalités d'inscription.

Première série : *Clinique et laboratoire.* — Première leçon. Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales. Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes, choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales,cristalliniennes).

Deuxième leçon. Examen biomicroscopique de la cornée : la lampe à fente. Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles, opacités. Infiltrations, stries, déchirures de la membrane de Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles interstitielles, profondes.

Troisième leçon. Examen biomicroscopique de l'iris : Aspect de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne.

Quatrième leçon. Examen biomicroscopique du cristallin. Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes.

Cinquième leçon. Bactériologie oculaire : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpre, spirochétose, mycoses. Exercices pratiques.

Sixième leçon. L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires : Exercices pratiques. Préparation des vaccins.

Septième leçon. L'optique physiologique : Les vices de réfraction : leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs : les nouveaux types de verres, leurs avantages.

Huitième leçon. Le décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure), technique de son repérage, diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables).

Neuvième leçon. Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutiques. Pronostic.

Dixième leçon. Les hypertensions intra-oculaires : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques médicales et chirurgicales.

Onzième leçon. Névrites optiques et névrites rétrobulbaires : Relations entre les névrites et les affections de voisinage. Les névrites de stase Valeur diagnostique. La ponction lombaire : sa valeur séméiologique.

Douzième leçon. Les tumeurs cérébrales : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes.

Treizième leçon. Les hémianopsies hétéronymes: Séméiologie. Diagnostic étiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs chiasmatiques de la région.

Quatorzième leçon. La circulation rétinienne : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle. Troubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes.

Quinzième leçon. Radiothérapie et radiologie oculaires : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intra-oculaires.

Seizième leçon. Radiumthérapie des tumeurs de l'œil et de l'orbite : (Institut municipal de radiumthérapie).

En outre, pendant la durée du cours, des leçons magistrales sur des sujets médico-ophtalmologiques à l'ordre du jour, seront faites par MM. les Professeurs de la Faculté de Paris.

Deuxième série : *Chirurgie oculaire.* — Première leçon. Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée. Complications opératoires et post-opératoires.

Deuxième leçon. Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctival. Suture de la cornée. Extraction totale. Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataracte secondaire. Indications opératoires.

Troisième leçon. Opérations sur la cornée, la sclérotique de l'iris : *a*) Cornée : Kératotomie, paracentèse, tatouage, Kératocone ; *b*) Iris : Iridectomies optiques.

Quatrième leçon. Opérations antiglaucomateuses : *c*) Sclérotiques : Sclérotomies, sclérectomies ; cyclodialyse. Iridectomies. Traitement du glaucome.

Cinquième leçon. Ptosis : Procédés opératoires : Motais, Parinaud, Panas, Angelucci, Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grammont. Discussion de leur valeur respective.

Sixième leçon : Strabisme : Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme.

Septième leçon. Opérations sur la conjonctive et les paupières : Les autoplasties : Traitement chirurgical de l'ectropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions.

Huitième leçon. Strabisme : Indications du traitement chirurgical du strabisme. Discussion des différents modes d'intervention : tonotomie, avancements. Traitement du strabisme paralytique.

Neuvième leçon. Plaies pénétrantes du globe oculaire : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques.

Dixième leçon. Opérations de l'ectropion : Suture. Excision de l'orbiculaire. Opération du trichiasis.

Onzième leçon. Opérations sur l'appareil lacrymo-nasal : Dacryoadénites et dacryocystites : indications opératoires. Dracyocystorhinostomie.

Douzième leçon. Suites éloignées des plaies du globe oculaire : Ophtalmie sympatique. Conséquences médico-légales. Application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Treizième leçon. Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires.

Quatorzième leçon. Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention : leurs résultats.

Quinzième leçon. Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes.

Seizième leçon. Opérations sur le globe oculaire et sur l'orbite : Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exantération. Orbitotomie. Greffes et améliorations des moignons en vue de la prothèse.

Clinique des maladies du système nerveux (Professeur : M. Georges Guillain). — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. P. Mollaret ; L. Rouquès et St. de Seze ; J. Delay, Jean-Hesse, Ch. Ribadeau-Dumas, R. Schwob ; P. Guillain, J. Lereboullet, P. Mathieu, L. Michaux, P. Rudaux, P. Schmite, J. Sigwald ; G. Bourguignon ; H. Lagrange. Aubry.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons ; la première série commencera le lundi 3 mai 1937, à 14 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi : la deuxième série commencera le mercredi 19 mai 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la meme heure.

Programme du cours. — *Première série.* — 1. Syndromes vasculaires,. — 2. Syphilis cérébrale. — 3. Tumeurs cérébrales. — 4. Aphasie. Apraxie. — 5. Epilepsie. — 6. Chorées. — 7. Syndrome thalamique. — 8. Paralysies pseudo-bulbaires. — 9. Pathologie du corps strié. Maladie de Wilson. Pseudo-sclérose. — 10. Syndromes parkinsoniens. — 11. Syndromes pédonculo-protubérantiels. — 12. Syndromes bulbaires.— 13. Syndromes cérébelleux. Atrophies cérébelleuses. — 14. Tumeurs du cervelet et de l'angle ponto-cérébelleux. — 15. Syndromes hypophysaires. —16. Hémianopsie. Les névrites optiques. La stase papillaire.

Deuxième série. — 1. Poliomyélite. — 2. Syphilis médullaire. — 3. Sclérose en plaques. — 4. Syringomyélie. — 5. Compressions de la moelle. — 6. Sclérose latérale amyotrophique. — 7. Tabes. Arthropathies nerveuses. — 8. Scléroses combinées et syndromes neuro-anémiques. — 9. Maladie de Friedreich. Hérédo-ataxie cérébelleuse. Paraplégies spasmodiques familiales. — 10. Amyotrophie Charcot-Marie et névrite interstitielle hypertrophique. — 11. Polynévrites. — 12. Myopathies. Myotonie. — 13. Névralgie faciale. Névralgie sciatique. Algies. — 14. L'électrodiagnostic. La chronaxie.— 15. Les examens du liquide céphalo-rachidien. — 16. Les examens labyrinthiques.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 150 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours pratique de physiothérapie au Service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu sous la direction du Professeur Paul Carnot et du Dr Duhem, chef du Service central de physiothérapie du lundi 5 avril au samedi 24 avril 1937.

Programme. — A. *Conférences*, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4. — Lundi 5 avril. Docteur Duhem : Considérations générales sur la physiothérapie. — Mardi 6 avril, Professeur Strohl : Bases physiques de l'électrothérapie. — Mercredi 7 avril, Docteur Dognon, agrégé : Physique des rayons X. Mesures et filtrations. — Jeudi 8 avril, Docteur Henri Bénard, agrégé : Radiations ultra-violettes : étude physique et physiologique. — Vendredi 9 avril, Docteur Jarry : Indication et technique des rayons U. V. Solarium. — Samedi 10 avril : Docteur Duhem : Electrodiagnostic. — Lundi 12 avril : Docteur Chenilleau : Hydrothérapie médicale. — Mardi 13 avril : Docteur Moro : Radiothérapie des fibromes, etc. — Mercredi 14 avril : Docteur Arraud : Diathermie et ondes courtes. — Jeudi 15 avril : Docteur Duhem : Electrothérapie dans les affections du neurone moteur périphérique. — Vendredi 16 avril : Docteur Chenilleau : Physiothérapie en gynécologie. — Samedi 17 avril : Docteur Dubost : Résistivité électrique du corps humain : angle d'impédance. — Lundi 19 avril : Docteur Arraud : Technique de l'électro-coagulation. — Mardi 20 avril : Docteur Tailhefer : Choix de la thérapeutique dans le traitement des tumeurs malignes. — Mercredi 21 avril : Docteur Levy-Lebhard : Ra-

diothérapie des cancers. — Jeudi 22 avril : Docteur DUREY : Massage. — Vendredi 23 avril : Docteur BRACE-GILLOT : Physiothérapie des rhumatismes. — Samedi 24 avril : Docteur CACHERA : Indications physiothérapiques dans les acro-cyanoses.

B. *Exercices pratiques individuels*, de 10 h. 1/2 à midi à la polyclinique physiothérapique Gilbert, par le Docteur DUHEM, chef du service, les Docteurs CHENILLEAU, MORO, ARRAUD, JARRY, MONMIGNAUT, BRACE-GILLOT et PAGES, assistants.

Les auditeurs inscrits seront autorisés à suivre le service pendant le semestre d'été. Il sera délivré un certificat à la fin du cours. Le prix du cours est de 300 francs.

L'inscription aura lieu au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures et salle Béclard, à l'A. D. R. M., de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Faculté de Paris. — *Travaux pratiques d'anatomie* (série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques d'anatomie aura lieu sous la direction de M. le Professeur Hovelacque, chef des travaux, à partir du jeudi 8 avril 1937. A cette série pourront s'inscrire, après autorisation, les étudiants dont les travaux n'ont pas été validés, en série régulière. Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Fédération corporative des médecins de la région parisienne. — *Contre l'application de la semaine de 40 heures dans les laboratoires d'analyses médicales.* — Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne réunie le 15 mars 1937 à la Faculté de Paris :

Constatant que par le décret du 3 mars 1937 les laboratoires d'analyses médicales sont astreints à observer la semaine de 40 heures ;

Considérant que dans ces laboratoires, le travail par roulement, par équipes, ne peut être institué comme dans l'« industrie chimique » et celle des « cuirs et peaux » auxquelles on les a rattachés (13e section) ;

Considérant que celui qui a commencé une analyse doit la mener jusqu'au bout et accepter toute la responsabilité du résultat ; qu'il doit également tenir compte du caractère d'urgence de certaines analyses et recherches demandées.

Considérant l'impossibilité dans laquelle se trouveraient les laboratoires de trouver immédiatement et les difficultés qu'ils auraient à former rapidement le personnel qualifié nécessaire à la bonne exécution des analyses et recherches médicales ;

Considérant d'autre part que le chômage ne sévit pas dans la profession de biologiste qui ne compte pas plus de 300 techniciens dans toute la France ;

Considérant enfin la protestation qu'élèvent en conséquence les Laboratoires d'analyses médicales ;

Fait sienne cette protestation contre l'éventualité d'une fermeture le samedi ou le lundi de laboratoires déjà fermés le dimanche, ce qui mettrait tous les praticiens dans l'impossibilité de faire faire deux jours de suite, et souvent trois jours de suite par semaine nombre de recherches de laboratoire dont le caractère d'urgence est manifeste (diphtérie, fièvre typhoïde, accidents cérébraux et méningés, etc....) ;

Attire l'attention des Pouvoirs publics sur la gravité du retentissement d'une telle mesure sur la santé publique ;

Emet le vœu que cette mesure soit rapportée et qu'au regard de l'application de la semaine de 40 heures les médecins et pharmaciens dirigeant des laboratoires d'analyses médicales soient assimilés aux praticiens de la profession médicale dont ils sont les collaborateurs nécessaires et quotidiens.

Fédération des syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine regrette que, malgré les conseils et les avertissements maintes fois donnés par les groupements professionnels et les Sociétés scientifiques médicales, on puisse encore trouver dans des journaux d'information des articles, (avec photographies des auteurs), dans lesquels ces derniers énumèrent complaisamment leurs propres mérites, se mettant ainsi en contravention avec l'article 3 du Code de Déontologie qui proscrit toute réclame personnelle. (*Communiqué*).

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins lieutenants-colonels : Pris, de l'hosp. d'Orléans, prés. de com. de réforme ; Hauvuy, de l'hosp. du Mans, médecin-chef.

Les médecins commandant : Fontaine, du 506e chars, à l'hôp. annexe de Morhange ; Guillard, de la région de Paris, à l'hosp. du Mans ; Castillon, de l'hosp. de Rouen à l'hosp. de Nice.

Les médecins capitaines : Fière, du 5e étranger, Indochine,

au 8e génie ; Morel, du 1er d'art. au 606e chars ; Beck, du centre de réf. de Strasbourg au min. des Pensions ; Icart, de la 17e comp. rég. du train, au 17e chasseurs à pied ; Raboutet, du 30e dragons, à l'E.-M. de la région de Paris ; Talon, du 3e génie, au 155e d'inf. ; Siau, du 32e d'art., au 155e d'inf. ; Pigache, de la région de Paris au 5e chasseurs à pied ; Gremillet, du 39e d'art. au 30e dragons.

Les médecins lieutenants : Chabannes, du 41e d'inf., au 25e tir. algériens ; Bloch, du 309e d'art. au 5e cuirassiers ; Roques, du 152e d'inf., à la 17e comp. rég. du train ; Vidal, du 25e tir. algériens ; Marchaud, du 5e cuir. au 172 d'inf. ; Guericolas, du 4e d'art. au 12e d'inf. ; Derobert, de l'hosp. de Saint-Denis, au 17e chasseurs à pied ; Rességuier, de l'hôp. Ambroise-Paré, Rennes, au 41e d'inf. ; Biojout, de l'hôp. Percy, à Clamart, au 32e d'art. ; Persâtre, de l'hôp. Villemin, Pris, au 5e chasseurs à pied ; Wurtz du 172e d'inf., au centre de réf. de Strasbourg.

Syndicat National des Médecins-Conseils et Contrôleurs des caisses d'Assurances Sociales. — Les confrères désireux de se consacrer au contrôle en matière d'assurances sociales (remplacements ou fonctions définitives) sont priés de s'adresser au secrétaire-général du Syndicat national des médecins conseils et contrôleurs, 11, boulevard Vauban, à Lille.

Championnat national médical de tennis. — Ce championnat de tennis se déroulera, pour les confrères de Paris et de la régon parisienne, sur un des trois courts de tennis du T.C.M.P. Pour les confrères de province ne pouvan t disputer leurs matches à Paris, des éliminatoires régionales sont prévues.

Le titre de « Champion médical 1937 » sera décerné au vainqueur. Le Docteur Martinet, de Paris, fut le champion médical 1936.

De nombreux prix offerts par les principaux laboratoires (4.000 francs en bons de séjour, de marchandises, etc.), seront distribués aux demi-finalistes et aux finalistes.

Les convocations seront envoyées individuellement. Le tableau tenu à jour sera affiché au siège social, 77, boulevard Suchet (XVIe).

La date extrême des engagements est fixée au 1er juin. Le premier tour commencera le 5 juin. La finale aura lieu à Paris le jeudi 8 juillet.

ENGAGEMENTS. — *Pour les non-sociétaires du T. C. M. P.*, les engagements (30 francs) doivent être adressés avant le 1er juin au Siège social du T. C. M. P. 77, boulevard Suchet, Paris, au président, le Docteur André Galand.

Pour les sociétaires du T. C. M. P., les engagements (15 francs) doivent être remis à l'inscription à la Secrétaire du Club, 77, boulevard Suchet (XVIe).

La finale aura lieu à Paris, le 8 juillet et sera suivie d'un dîner qui sera notre grand dîner d'été.

Vu le grand nombre d'engagés, les confrères que la question intéresse sont priés de s'inscrire dès maintenant.

IL Y A CENT ANS

Mort de Antoine Dubois. — *M. le baron Antoine Dubois ancien doyen de l'école de médecine, etc., est mort jeudi 30 mars 1837.*

Les obsèques ont eu lieu samedi, à onze heures et demie ; un nombre assez considérable de médecins et d'élèves ont accompagné le corps à l'église Saint-Sulpice, et de là au cimetière Mont-Parnasse, où est le tombeau de la famille.

L'école assistait à ce convoi, en grande tenue ; nous avons remarqué pourtant l'absence de plusieurs professeurs. Le corbillard a été traîné par les élèves, depuis la maison de la rue M. le Prince, n° 12, où demeurait le célèbre chirurgien, jusqu'à sa dernière demeure.

A la suite du char, venaient MM. Orfila en costume, Paul Dubois, Ferrus, Civiale, etc., et une trentaine de voitures.

M. A. Dubois était âgé de 81 ans ; sa santé, qui s'était assez bien soutenue depuis les opérations de lithotritie qu'il avait subies avec succès, était devenue depuis quelque temps chancelante ; on dit qu'il était vivement affecté et avait de tristes pressentiments.

Si on tenait à comparer ces obsèques à celles dont nous avons été témoins il y a deux ans, lors de la mort de Dupuytren, on serait obligé de convenir que l'affluence des médecins et surtout des élèves était bien moins considérable cette fois ; la marche avait plus de régularité et d'ordre, mais il y avait quelque chose d'apprêté et de froid dans le cortège. Les chevaux ont été detelés comme si cela eut été arrêté d'avance ; en un mot, le mouvement et la vie manquaient.

La célébrité et, même pour un temps, la popularité de M. Dubois ont cependant bien égalé celles de Dppuytren. La différence tiendrait-elle à ce que le premier, quoiqu'ayant donné sa démission, adhérait encore à l'école par des liens étroits, et était à tort ou à raison regardé comme l'une des chevilles ouvrières de tout ce qu'on y faisait ; et à ce que Dupuytren par dépit ou par tout autre motif, se trouvait en opposition avec les membres influents, et s'était surtout fortement prononcé, dans les derniers temps de sa vie, en faveur du concours ; ou faut-il l'attribuer à d'autres causes ; Ce n'est ici ni le lieu ni le temps de l'examiner.

Nous n'ajouterons qu'un mot à ce que nous prions nos lecteurs de ne pas prendre pour une critique, car nous n'aimons à troubler les cendres de personne ; on a osé dire que Dupuytren était mort tout entier, qu'il ne laissait rien après lui ; Dubois, lui, a fait, dit-on, des élèves, beaucoup d'élèves qui continuaient à l'appeler avec une sorte d'affectation, leur maître ; il avait sans doute de l'affabilité, et souvent une certaine rudesse spirituelle, un grand tact de conduite; mais on sera peaût-être embarrassé de lui assigner un rang dans l'histoire de notre art.

C'est, il faut l'avouer, qu'il y a des hommes qui, après avoir brillé parmi leurs contemporains, après avoir exercé une assez large influence, sont destinés à ne pas se survivre, ou à ne laisser après eux que des souvenires de tradition. (GAZETTE DES HÔPITAUX, 4 *avril* 1937.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Rachitisme

Considérations d'ordre général

Par M. le Dr P. DERVILLÉE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux

Lesné et Dreyfus-Sée donnent du rachitisme la définition suivante : c'est un trouble grave de la nutrition se localisant électivement sur le système osseux, et caractérisé par deux faits essentiels :

Son apparition habituelle chez les enfants du premier âge.

Sa localisation prédominante sur les zones où l'activité ostéogénique est maxima.

Une telle définition a le mérite de « situer » pour ainsi dire cette affection dans le temps et dans l'espace. Le rachitisme n'est pas à proprement parler une maladie de l'os, c'est avant tout une *maladie de l'ossification.*

Grâce aux recherches contemporaines, le problème ancien du rachitisme a subi un remaniement complet : des découvertes pathogéniques et thérapeutiques récentes ont profondément modifié le pronostic de cette affection. Considérée autrefois comme redoutable parce qu'incurable, elle est devenue de nos jours une maladie dont on peut escompter la guérison et même dont on doit prévenir l'évolution.

***

Le rachitisme, dont les premières observations remontent à l'antiquité a été pendant longtemps confondu avec d'autres affections osseuses qui ne se sont individualisées que peu à peu. Le terme de « rakitis » qui fut adopté par Glisson vers 1650, époque où la maladie « fleurissait » en Angleterre, signait l'importance des lésions vertébrales.

Par la suite, l'autonomie du rachitisme se complète grâce à l'isolement définitif de l'ostéomalacie, du scorbut, de certaines manifestations osseuses de la syphilis héréditaire. Au cours et surtout à la fin du siècle dernier, le problème du rachitisme marque une notable évolution : on ne se préoccupe guère plus du point de vue clinique, définitivement fixé, et les recherches s'orientent désormais vers l'anatomie pathologique et vers la pathogénie. Les lésions anatomiques sont étudiées par Jules Guérin et Virchow. Parrot s'efforce, dans une théorie exclusive, de rattacher toutes les variétés de rachitisme à la syphilis héréditaire. Le Professeur Marfan crée le terme d'ostéo-lymphatisme, illustrant ainsi une conception pathogénique particulièrement séduisante. Les données toutes récentes fournies par l'étude des tests radiologiques, des modifications chimiques du sang, du rachitisme expérimental et du rôle de la lumière aboutissent à la mise en œuvre d'une thérapeutique hardie, essentiellement moderne et presque toujours curatrice.

***

Nous conformant en cela à l'évolution des faits historiques, nous envisagerons tout d'abord le point de vue clinique pour aborder ultérieurement les différents problèmes d'ordre anatomique, étiologique et pathogénique ; ces problèmes nous conduiront tout naturellement au traitement et à la prophylaxie du rachitisme.

La clinique du rachitisme s'est un peu modifiée depuis que l'on s'est appliqué à dépister de bonne heure cette affection ; on distingue aujourd'hui deux ordres de signes :

Les signes d'alarme répondant à la *phase* de *début*, signes frustes, pouvant échapper à un examen rapide, mais dont la connaissance est capitale, car elle permettra d'instaurer un traitement prophylactique immédiat ;

Les signes de *la période d'état*, répondant à la *phase des déformations*, période où le rachitisme se confirme et s'extériorise, mais où des résultats favorables peuvent encore être obtenus.

***

Il est assez souvent difficile de mettre en évidence *les signes d'alarme* ; ces derniers en effet sont fréquemment isolés et d'autre part ils peuvent coïncider avec une apparence de santé parfaitement normale. Parfois cependant, l'enfant que l'on présente à la consultation frappe de prime abord par sa pâleur, son apathie, sa faiblesse musculaire, en attendant que l'interrogatoire de la famille nous révèle l'existence de poussées récidivantes de rhino-pharyngite, d'accidents d'ordre respiratoire ou digestif : il n'est pas rare en effet que des bronchites à répétition ou divers incidents dyspeptiques « émaillent » l'histoire du jeune rachitique.

Dans d'autres cas, ce sont surtout des symptômes locaux qui frappent l'attention. Chez le nourrisson il faut s'attacher à la recherche de quelques signes crâniens révélateurs ; tels sont : le retard de fermeture de la fontanelle dont la largeur anormale persiste après la première année, le retard dentaire, les incisives médianes (les plus précoces) ne faisant leur apparition que vers le douzième ou quinzième mois, le crâniotabes, à siège surtout pariéto-occipital, et dont les rapports avec le rachitisme sont encore discutés. Mais ce sont surtout les troubles du tonus musculaire qui doivent retenir l'attention : l'enfant à neuf ou dix mois ne se tient pas assis dans son lit et il existe même un certain degré de cyphose vertébrale. La marche se fait avec beaucoup de retard, la station debout étant très difficile à réaliser. L'hypotonie musculaire abdominale se traduit par un ballonnement du ventre susceptible d'expliquer à lui seul quelques-uns des troubles digestifs présentés par ces jeunes sujets.

***

Nous serons relativement bref sur *les signes de la période d'état* du rachitisme, période qui correspond à la phase dite des déformations.

Point n'est besoin, certes, d'être médecin pour reconnaître à ce moment un état rachitique. Le premier venu ne s'y trompe pas et le langage populaire, particulièrement expressif, a consacré par une formule très exacte cet aspect particulier : « l'enfant est noué ».

Rappelons pour mémoire les principaux éléments du tableau clinique dont on trouve les détails dans tous les traités classiques.

Au niveau du crâne, les saillies frontales s'accentuent réalisant suivant les cas l'aspect olympien ou natiforme ; l'augmentation de volume de la boîte crânienne, due en partie à l'hypertension céphalo-rachidienne, détermine la production d'une véritable « hydrocéphalie rachitique ».

Au niveau de la face, c'est l'aplatissement du maxillaire inférieur, la déformation ogivale de la voûte palatine et tout un ensemble de signes de la série adénoïdienne (déviation de la cloison, rétrécissement des fosses nasales, hypertrophie du tissu lymphoïde) ensemble qui est à la base des états d'insuffisance respiratoire et des infections du rhino-pharynx. La dentition apparaît tardivement : les dents sont fragiles, particulièrement vulnérables et la carie est précoce.

Les déformations du thorax sont caractérisées par des nouures siégeant à l'extrémité antérieure des côtes et connues sous le nom de chapelet chondrosternal, par des modifications du sternum qui peut être projeté en avant (thorax en carène ou en bréchet) ou déprimé ou gouttière (thorax en entonnoir) — par un certain degré de cyphose dorsale.

Les altérations du bassin devenues beaucoup plus rares de nos jours, grâce à un traitement plus précoce du rachitisme, aboutissent à différents types de rétrécissement du pelvis.

Les membres sont particulièrement atteints au cours de l'évolution du processus rachitique.

Deux types de lésions sont observées : à la jonction diaphyso-épiphysaire, c'est la *nouure* ou signe du *bourrelet* (poignet, cheville) témoignant de la boursoufflure du cartilage ; au niveau de la diaphyse, ce sont des *déformations à type de courbures*. Tandis qu'aux membres supérieurs, la nouure constitue la lésion essentielle, ce sont les courbures qui prédominent aux membres inférieurs, réalisant ces aspects connus sous le nom de déformation en parenthèse, en cerceau, en X, en lame de sabre.

***

Le tableau clinique du rachitisme à la période d'état ne se résume pas uniquement dans ces troubles dystropiques. Il appartient au médecin de mettre en évidence *d'autres signes* dont la constatation marque un grand pas dans la voie des connaissances pathogéniques.

Font partie intégrante de l'état rachitique :

1° *L'hypotonie musculaire*, responsable en grande partie des déformations, s'accusant par le ballonnement abdominal et s'accompagnant de troubles dyspeptiques plus ou moins importants dont il est très difficile de dire s'ils doivent être rattachés au rachitisme ou s'ils représentent eux-mêmes le point de départ de la maladie. A noter que le foie peut être gros et abaissé et présenter assez souvent des signes d'insuffisance ;

2° *L'hypertrophie du tissu lymphoïde* dont l'association fréquente aux lésions osseuses réalise ce que Marfan a pu très justement désigner sous le terme « d'ostéolymphatisme ». Les enfants rachitiques sont souvent des adénoïdiens, porteurs de grosses amygdales, candidats aux affections de l'arbre respiratoire, facilitées ici par les déformations thoraciques. La coexistence du rachitisme avec l'état thymo-lymphatique des auteurs allemands est loin d'être rare ;

3° *L'atteinte du système hématopoïétique* se révélant par une splénomégalie, d'ailleurs inconstante, une augmentation de volume des ganglions, une anémie que la pâleur du sujet permet parfois de soupçonner. Cette anémie rachitique, relativement fréquente, peut se présenter sous trois types : *a*) anémie légère (taux des globules rouges compris entre 4.500.000 et 3.500.000) ; *b*) anémie accentuée aux environs de 2 à 3 millions avec leucocytose à prédominance monocytaire et légère réaction médullaire ; *c*) anémie pseudo-leucémique à type de von Jacksch-Hayem-Luzet.

L'état général est cependant peu touché dans l'ensemble. L'amaigrissement progressif avec réalisation d'un véritable syndrome cachectique est relativement rare. Le plus souvent, les sujets qui se présentent à l'examen sont de gros enfants mous, apathiques et pâles.

Le développement intellectuel est ordinairement normal.

***

Nous venons de tracer du rachitisme un tableau très général qui est loin de répondre aux différents aspects sous lesquels se présente cette affection. La localisation des lésions, l'âge auquel elles apparaissent, la coexistence des stigmates rachitiques et de divers troubles viscéraux nous permettent d'individualiser un certain nombre de *types cliniques*.

Suivant *la localisation des déformations*, nous pouvons envisager ;

a) *Le type crânien* : c'est le rachitisme du nourrisson jeune, au 3e mois par exemple. Le cranio-tabes d'Elsässer est le signe le plus fréquemment observé ; bien qu'encore discuté (affection syphilitique pour Parrot, altération cachectique pour Comby) il est considéré par la majorité des auteurs comme étant d'origine rachitique. On peut retenir la distinction établie par Lesné entre le crânio-tabes *congénital* étendu et diffus à l'étiologie duquel la syphilis est fréquemment invoquée, et le *crânio-tabes acquis*, plus localisé, manifestation initiale et, d'ailleurs assez bénigne, du rachitisme ;

b) *Le type thoracique* observé à partir du 6e mois se manifestant principalement par des déformations sternales et vertébrales ;

c) *Le type inférieur* caractérisé par les incurvations qui surviennent au niveau des membres inférieurs du 14e au 18e mois, au moment où l'enfant, avec un retard souvent accentué et avec une difficulté marquée, effectue ses premiers essais de marche.

Suivant l'âge d'apparition des lésions rachitiques, certaines formes, d'ailleurs très différentes les unes des autres, ont été décrites.

Nous passerons très rapidement sur *le rachitisme congénital* qui est loin d'être reconnu par tous les auteurs. Il est admis par Marfan qui en distingue deux variétés : l'une *latente* se développant après la naissance et qui se confond pratiquement avec le rachitisme acquis ; l'autre qui débute *dès la naissance*, s'accompagnant de déformations importantes et de certains signes viscéraux tels qu'anémie, adénopathie, splénomégalie. C'est dans ce dernier groupe qu'il serait logique de ranger le rachitisme dit syphilitique. L'influence du facteur héréditaire a été soutenue jadis par Trousseau pour expliquer certains cas de rachitisme congénital, et le terme de « rachitisme familial » a même été prononcé.

Le rachitisme se rencontre presque toujours dans la première enfance ; cependant l'apparition de déformations osseuses peut être observée beaucoup plus tard, jusqu'à la soudure des épiphyses, c'est-à-dire vers la dix-huitième année. On se trouve alors en présence du *rachitisme tardif* dont il existe plusieurs modes : une forme sévère au point de vue local représentant la continuation d'un état rachitique qui évolue depuis la première enfance (c'est le rachitisme prolongé) -- une forme localisée, survenant entre huit et treize ans chez l'adolescent d'âge scolaire. Ce dernier type est particulièrement intéressant à étudier : il consiste en phénomènes isolés, parcellaires, d'apparence primitive et sans lésion nette avec un état rachitique antérieur. En réalité, une enquête serrée montre que le rachitisme, soi-disant tardif, a souvent débuté au cours de la première enfance. C'est dans ce cadre qu'il faut ranger la scoliose si fréquente à la période pubertaire, favorisée chez l'écolier par des attitudes défectueuses, certaines variétés de coxa vara, le genu valgum (type du cagneux), le genu varum (type du bancal), le genu recurvatum. Le pied plat valgus douloureux pourrait également être rattaché à ces manifestations du rachitisme tardif dont l'évolution se fait par poussées, par phases douloureuses (douleurs de croissance). Pour Marfan, ces deux formes doivent être distinguées du rachitisme tardif « vrai », à localisations fémoro-tibiales et thoraciques, s'accompagnant souvent de nanisme et de stigmates viscéraux.

La coexistence de manifestations rachitiques et de troubles viscéraux est susceptible de réaliser un certain nombre de syndromes plus ou moins complexes dont nous nous bornerons à citer quelques exemples.

Le rachitisme rénal, signalé par les anciens auteurs, est revenu d'actualité et plusieurs observations ont été récemment apportées. Il s'agit d'enfants de 5 à 10 ans dont la taille cesse de s'accroître ; en plus de ces signes de nanisme avec incurvation des membres inférieurs, apparaissent des symptômes rénaux. Ces derniers ne sont pas toujours mis en évidence par le seul examen clinique et il est parfois nécessaire de les dépister par l'examen systématique des urines et le dosage de l'urée sanguine. C'est l'intensité de l'atteinte rénale qui dicte le pronostic. L'association du rachitisme à la maladie cœliaque est encore très discutée, comme d'une façon générale le terme de « rachitisme viscéral » proposé par certains.

L'existence de formes associées est par contre indiscutable et elle est relativement fréquente ; les signes de rachitisme peuvent coexister avec ceux de la maladie de Barlow et la discrimination des signes appartenant à l'une ou l'autre affection est des plus difficile. Pendant longtemps d'ailleurs, le scorbut infantile a été considéré comme un rachitisme aigu hémorragique.

Beaucoup plus fréquente est l'association rachitisme-tétanie, les mêmes causes pouvant présider à la constitution des deux états ; il est recommandé de rechercher systématiquement chez le nourrisson rachitique les divers stigmates de la spasmophilie (signe de Chvostek, de Trousseau, etc.).

Après avoir rappelé ces données d'ordre essentiellement clinique, nous devons maintenant envisager toutes les recherches modernes qui ont été entreprises dans le but de résoudre aussi complètement que possible le problème du rachitisme.

Ces recherches ont été orientées vers l'étude :

D'une part des tests radiologiques ;
D'autre part des signes humoraux.

***

Le rachitisme, maladie du squelette et de l'ossification, se traduit par un *syndrome radiologique complet.*

Les films des extrémités diaphyso-épiphysaires vont nous fournir des renseignements de grande valeur qui nous permettront de préciser le diagnostic, de suivre l'évolution de l'affection et de contrôler les effets du traitement. En France, les travaux de Marfan, de Lesné et de son élève de Gennes ont eu le mérite de nous révéler les images radiographiques du rachitisme dès la période initiale de la maladie.

Si nous partons de l'étude radiologique *normale* d'une extrémité osseuse en période de croissance, nous constatons : un élargissement régulier de l'extrémité diaphysaire dont la partie osseuse homogène et opaque s'avance vers le cartilage clair, transparent aux rayons, sur lequel on voit apparaître l'ombre naissante des ébauches d'ossification.

L'image radiologique de *l'os rachitique* présente les caractères suivants (d'après Lesné et de Gennes) :

a) Défaut d'intensité des ombres osseuses répondant à la décalcification globale de l'os ;

b) Retard d'apparition des points d'ossification ;

c) Elargissement des extrémités diaphyso-épiphysaires répondant à l'hypertrophie transversale de la ligne d'ossification, ce qui constitue cliniquement le signe du « bourrelet » ou de la « nouure » ;

d) Déformation de la ligne diaphyso-épiphysaire qui perd sa rectitude, devient dentelée et paraît floue. A une période plus avancée de l'évolution du processus rachitique, période où les courbures diaphysaires commencent à apparaître, cette déformation s'accuse par un élargissement des extrémités en « champignon » ou en « bouchon de champagne » et par l'apparition d'un aspect strié en « dents de peigne » au-dessous de la ligne d'ossification totalement bouleversée. C'est le signe de « la frange » décrit par de Gennes, signe le plus net, le plus démonstratif consistant en une traînée floue, demi-opaque qui prolonge de près d'un centimètre la diaphyse osseuse ;

e) Epaississement sous-périosté cernant d'un liseré noir la ligne d'ossification . c'est le signe de « l'os bordé », processus de compensation osseuse et dans une certaine mesure, de guérison.

Os frangé, os bordé, tels sont en définitive les stigmates radiologiques les plus caractéristiques du rachitisme, mais il faut retenir que ces signes n'existent pas encore à la phase d'alarme et qu'ils marquent déjà une certaine évolution du processus pathologique.

C'est par l'étude systématique des radiographies faites en série que l'on pourra suivre « pas à pas » les heureux effets de la cure antirachitique. On assistera progressivement à une calcification « en manchette » de la frange et du corps diaphysaire en même temps que l'on constatera une exagération de la bordure périostée.

***

Le syndrome humoral du rachitisme a pris dans ces dernières années sous l'influence des travaux de Lesné, Guillaumin, de Gennes une importance de premier plan. Son étude apparaît aujourd'hui comme susceptible d'éclaircir certains points obscurs de la pathogénie.

La calcémie est normale ou légèrement abaissée chez les rachitiques « purs » ; on ne trouve d'hypocalcémie marquée que dans le cas où le rachitisme s'accompagne de troubles de la série spasmophilique.

Toutefois, si la calcémie est pratiquement peu modifiée (9 à 10 milligrammes pour 100), la teneur en calcium des os, est notablement abaissée : il y a absence de fixation du calcium sur le squelette. Le taux normal du calcium sanguin calcium de passage, cache une carence calcique osseuse.

L'hypophosphatémie est à peu près constante dans le rachitisme en évolution dont elle constitue le meilleur stigmate humoral. Elle porte surtout sur le phosphore inorganique ou phosphore salin, beaucoup plus rarement sur le phosphore organique. Le chiffre du phosphore sérique peut s'abaisser jusqu'à moins de la moitié du chiffre normal (chiffre normal moyen 5 milligrammes pour 100 c. c. de sérum). Dans ces dernières années l'attention a été attirée vers l'étude de certaines diastases du sang capables de jouer un rôle dans le métabolisme des phosphates : ce sont les phosphatases dont le taux a été trouvé augmenté d'une façon générale dans les ostéopathies de carence et en particulier dans le rachitisme.

Quant aux autres constantes du sang (pH, glycémie) on ne note pas de modifications importantes.

Nous aurons l'occasion de revenir, à propos de la pathogénie du rachitisme, sur l'importance de ce syndrome humoral.

***

Abandonné à lui-même, le rachitisme commun *évolue* lentement. Il peut rester stationnaire pendant un certain temps, puis l'on assiste ensuite à la production de nouvelles poussées. La progression n'est pas indéfinie et, spontanément, l'affection évolue vers la guérison, mais au prix de malformations graves entraînant des séquelles définitives. On rencontre encore des rachitiques anciens qui n'ont pas été traités et chez lesquels on constate : des déformations thoraciques et vertébrales allant jusqu'à la cypho-scoliose avec nanisme, — des incurvations des os longs des membres, — des genoux notablement augmentés de volume, — surtout des déformations pelviennes réalisant des types divers de bassin dystocique (bassin annelé, canaliculé, oblique ovalaire, généralement rétréci).

Il est inutile de souligner l'importance de ces lésions du bassin chez la femme en raison des graves problèmes de conduite obstétricale qu'elles sont appelées à poser.

Les déformations thoraciques peuvent entraîner des complications d'un autre ordre. Les troubles respiratoires (asthme, bronchites à répétition, emphysème, broncho-pneumonie) ou cardiaques (asytolie) sont particulièrement à redouter chez les gibbeux rachitiques. Au niveau des membres, des fractures spontanées peuvent se produre, parfois multiples, réalisant un véritable état de « cachexie osseuse ».

Fort heureusement, un aussi sombre tableau est devenu de nos jours une rareté. *Le pronostic* du rachitisme s'est en effet complètement transformé sous l'influence des thérapeutiques modernes. Il est surtout favorable pour le rachitisme de la première enfance et le rachitisme tardif ; il demeure sévère en cas d'association rénale ou dans le tout jeune âge, lorsque les soins précoces ont fait défaut.

***

Lors de l'apparition des tuméfactions et des déformations osseuses, *le diagnostic* du rachitisme ne présente en pratique aucune difficulté. L'augmentation de volume du crâne sera distinguée de l'hydrocéphalie par hypertension céphalo-rachidienne, la cyphose rachitique ne sera pas confondue avec la gibbosité pottique, ni la coxa vara rachitique avec une luxation congénitale de la hanche. Parfois cependant, lorsque les lésions rachitiques sont localisées ou lorsqu'elles sont associées à d'autres manifestations, le diagnostic peut demeurer plus hésitant.

L'hérédo-syphilis osseuse revêt le plus souvent le type de l'ostéopériostite avec épaississement notable de la corticale et réalisation fréquente d'ostéophytes ou d'hyperostoses. Les lésions sont surtout diaphysaires, la décalcifiaction peu marquée. La coexistence d'autres signes de spécificité et les réactions sérologiques aident au diagnostic.

Les seules difficultés du diagnostic entre l'hérédo-syphilis et le rachitisme de la première enfance se rencontrent entre le 3e et le 5e mois de la vie, période où les deux affections peuvent se chevaucher. Les extrémités osseuses devront être étudiées et suivies régulièrement à l'aide de films pratiqués en série. Dans l'ostéochondrite syphilitique, il n'y a pas de décal-

cification diaphysaire, pas d'élargissement du cartilage de conjugaison ; la périostite est toujours prononcée avec épaississement marqué de la corticale. Dans le rachitisme au contraire, on constate : une altération des noyaux épiphysaires, un élargissement du cartilage de conjugaison et un trouble net dans l'orientation des travées osseuses. Le chapelet costal, excellent signe, doit être systématiquement recherché.

On ne confondra pas le rachitisme avec *l'achondroplasie* ; dans cette affection le développement normal du tronc et de la tête contraste avec la petitesse des membres ; du point de vue radiologique, il y a élargissement des extrémités diaphyso-épiphysaires, sans déformation ; la calcification est normale.

« Il s'agit d'une lésion guérie que l'on pourrait considérer comme le reliquat d'un rachitisme fœtal ».

En présence de déformations osseuses importantes, il faut penser à *l'ostéomalacie* qui a été autrefois englobée dans le rachitisme : c'est avec le rachitisme tardif que le diagnostic différentiel de cette affection se pose. Les difficultés sont parfois assez grandes du point de vue clinique et il faut alors avoir recours à la radiographie.

Dans l'ostéomalacie, toutes les pièces du squelette sont plus ou moins atteintes : il s'agit d'une décalcification osseuse diffuse, en masse, qui explique la fragilité des os, leur tendance aux fractures et aux ramollissements. L'ostéomalacie est une maladie de l'adulte ; elle est rare chez le vieillard et l'enfant.

Dans les cas de fractures multiples successives sous l'influence de causes occasionnelles minimes, on pourra discuter le diagnostic d'ostéopsathyrosis ou maladie de Lobstein ; dans cette dernière affection, la multiplicité des fractures est considérable (hommes de verre) et les stigmates radiologiques du rachitisme sont rigoureusement absents.

Chez le sujet âgé, il sera relativement facile de distinguer les déformations anciennes dues au rachitisme des incurvations osseuses, à prédominance tibiale, dues à la maladie de Paget.

Le diagnostic du rachitisme est surtout important à la phase de début, c'est-à-dire avant l'apparition des déformations, car c'est à cette période qu'il est possible d'intervenir efficacement pour limiter les progrès de l'affection. Les formes frustes du rachitisme ne pourront le plus souvent être diagnostiquées qu'à l'aide des tests radiologiques ; les röntgenogrammes rendent alors les plus grands services en facilitant le *diagnostic anatomique* de la maladie, en permettant de suivre *l'évolution* de cette dernière et de contrôler les *effets du traitement*. A l'aide des rayons X, on pourra également faire la part du rachitisme et de certaines maladies par carence. Le scorbut infantile dont les signes cliniques demeurent souvent frustes, peut être en effet, comme le rachitisme, dépisté par l'examen radiologique. Ce dernier révèle dans la maladie de Möller-Barlow : *a*) l'existence d'une bande noire, mince, limitant l'ombre diaphysaire du côté de l'épiphyse, c'est la ligne dite de Fraenkel ; *b*) une ombre fusiforme plus ou moins marquée traduisant un épanchement hémorragique sous-périosté ; ce dernier signe est inconstant, mais lorsqu'il existe, il est vraiment pathognomonique. On peut ainsi distinguer un état rachitique du scorbut infantile ou bien dans certains cas penser à une association de ces deux affections, lorsqu'il existe, par exemple, une décalcification concomitante de la diaphyse.

* * *

Les données de la radiologie nous montrent que dans le rachitisme, les lésions prédominent au niveau de la zone d'accroissement des os. A l'union de la diaphyse et de chacune des épiphyses des os longs se trouve le cartilage de conjugaison constitué par du cartilage hyalin qui subit une série de transformations aboutissant à la production du tissu osseux. C'est dans ce territoire bien déterminé que nous pouvons saisir, à l'aide des méthodes histologiques, le *substratum anatomo-pathologique* du *rachitisme*. L'étude de ces lésions est dominée par les travaux de Marfan, et par les récentes recherches du Prof. Policard et de ses élèves.

Au lieu de constater l'organisation régulière des colonnettes cartilagineuses s'avançant en bon ordre vers la ligne d'ossification, on se trouve en présence d'une hypertrophie *anarchique* de toute la zone d'ossification. On peut distinguer au sein de cette zone deux types de tissus anormaux : *la couche chondroïde* et *la couche ostéoïde*.

La coupe du cartilage rachitique (couche chrondroïde) nous révèle une extraordinaire complexité histologique. Tout y est confusion et anarchie écrit le Prof. Policard ; il s'agit d'une « ostéogenèse en désordre ». Ce n'est plus l'ordonnancement habituel en travées calcifiées et en cavités allongées où viennent mourir les cellules cartilagineuses ; nous sommes en présence d'un cartilage gonflé, œdémateux, très richement irrigué, la vascularisation étant d'autant plus intense que le rachitisme est plus évolutif. Fait capital : les cellules cartilagineuses ne meurent pas comme cela se produit au cours de l'ossification normale ; le tissu cartilagineux subit une involution conjonctive.

Au niveau de la couche ostéoïde, quelques rares travées existent encore, mais la presque totalité du tissu est uniformément éosinophile : substance fondamentale et cellules sont semblablement teintées en rose.

Les lamelles osseuses sont très rares et la travée ostéoïde peut être assimilée à une travée osseuse non encore calcifiée et demeurant à un stade primitif. Il s'agit d'un tissu osseux à type imparfait, analogue à celui que l'on observe dans la réparation des fractures, c'est-à-dire à du « tissu de cal ».

On est surtout frappé par l'insuffisance de dépôt calcaire « Toute la construction histologique est prête, dit le Prof. Policard, mais il manque un élément essentiel : le dépôt des sels calcaires ».

Il faut retenir que ces troubles histologiques du rachitisme ont un caractère « local ». Dans l'ensemble de la zone d'ossification, divers territoires s'isolent pour présenter chacun un développement autonome. La disposition anarchique de la zone d'ossification doit être soulignée.

Il y aurait également dans le rachitisme des lésions médullaires sur l'importance desquelles a insisté le Prof. Marfan ; il s'agit d'une réaction de la moelle osseuse aboutissant à une multiplication des éléments cellulaires. Ces éléments appartiennent pour la plupart au tissu myéloïde : myélocytes, mégacaryocytes, hématies nucléées. D'après Policard, on note très rarement des éléments hématopoïétiques dans les espaces conjonctifs du tissu ostéoïde rachitique. On a signalé aussi des lésions de la fibre musculaire (modification de la striation, multiplication des noyaux) permettant d'expliquer dans une certaine mesure l'hypotonie musculaire constatée au cours du rachitisme.

* * *

Nous devons nous demander maintenant quel peut-être le point de départ de tout ce bouleversement ostéogénique. Ceci nous conduit à l'étude de *l'étiologie* et de *la pathogénie* du rachitisme.

Les recherches pousuivies pendant plus de vingt années par le Prof. Marfan et ses élèves ont conduit leurs auteurs à considérer le rachitisme comme la conséquence de toutes les infections ou intoxications chroniques agissant sur l'enfant au moment de la phase active de l'ossification. La syphilis et l'infection la plus importante ; les intoxications d'origine digestive sont les intoxications les plus fréquemment en cause. La syphilis dont Parrot avait sans doute exagéré « l'action rachitisante », produit un rachitisme assez spécial caractérisé par la précocité de son début (avant le 3e mois), la constance des altérations craniennes et certains stigmates viscéraux d'ordre spécifique. Le rachitisme peut donc se développer chez des enfants issus de parents syphilitiques, même si ces enfants sont nourris au sein et soumis à une bonne hygiène.

A ce point de vue, Marfan rappelle que le tréponème peut produire sur l'os du nourrisson deux ordres d'altérations : soit des lésions véritablement spécifiques du type de la pseudo-paralysie de Parrot, soit des lésions non spécifiques, telles que le rachitisme.

La tuberculose ne peut guère être une cause de rachitisme que lorsqu'elle revêt une forme peu sévère, à évolution lente. Le rachitisme palustre a été signalé en 1923 par le Dantec chez des enfants issus de mères paludéennes.

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

La névralgie cervico-brachiale

La névralgie cervico-brachiale souvent improprement appelée « névrite du bras » est une algie fréquente surtout en certaines saisons : algie pénible, doulonreuse et souvent rebelle.

Atteignant les adultes généralement de plus de 40 ans, elle débute brusquement souvent après un voyage et une exposition au froid et atteint rapidement une grande intensité.

Elle siège surtout au niveau de la région cervicale postéro-inférieure, scapulaire postérieure et surtout la face postéro-externe du bras et de l'avant-bras se terminant au niveau des doigts surtout du quatrième et cinquième, où elle provoque une sensation d'engourdissement douloureux fort pénible.

L'algie est d'ailleurs parfois partielle, n'atteignant que l'avant-bras et la main avec seulement sensibilité cervico-scapulaire.

La douleur est continue, mais sujette à des accalmies et surtout à des paroxysmes. Tolérable le jour, elle est insupportable la nuit. Dès que le malade est couché depuis quelques quarts d'heures, elle le réveille, il se lève et passe la nuit debout ou assis à prendre des calmants inopérants ou ne donnant que de courtes rémissions.

La durée est variable de quelques jours à quelques semaines, parfois quelques mois pendant lesquels avec de brèves accalmies, elle se poursuit résistant à toutes les thérapeutiques.

L'examen physique est complètement négatif. Le mouvement provoqué ou spontané n'est pas douloureux, en particulier l'épaule est libre, ce qui distingue ces algies de l'arthrite de l'épaule qui peut s'accompagner d'irradiations analogues.

Les réflexes radial et olécranien sont normaux, parfois un peu forts.

Il n'y a jamais d'inversion du réflexe radial. Il n'y a jamais d'atrophie musculaire, ni de paralysie ou de parésie.

La radiographie cervicale et celle de l'épaule est normale ou présente parfois simplement des épines, signe de rhumatisme vertébral.

Sans vouloir entrer dans des discussions pathogéniques, il semble bien qu'on puisse rapprocher la pathogénie de cette algie de celle de la sciatique par funiculite et on peut à juste titre la baptiser avec Sicard la « sciatique du bras ». Le succès des traitements locaux analogues justifie encore ce rapprochement.

Au début, on utilisera les calmants habituels : aspirine, antipyrine, etc., le plus souvent, ils seront d'ailleurs sans effets.

Le salicylate de soude ne donne généralement aucun résultat. Le *Pyréthane* à la dose de trente à quarante gouttes dans une quantité notable d'eau bicarbonatée répétée au besoin au cours de la nuit donne une accalmie plus ou moins prolongée. On l'associera avec profit parfois à un barbiturique (cibalgine, gardan, etc.).

On préconisera également des applications chaudes.

Si la névralgie persiste, à plus forte raison s'il s'agit d'un cas durant depuis plusieurs semaines, il faudra avoir recours à d'autres méthodes thérapeutiques.

La diathermie et les ondes courtes ne nous a jamais donné aucun résultat. Parfois même, elles exagèrent les douleurs ; il en est de même des rayons ultrats violets. Seules deux méthodes nous donnent de bons résultats.

1° La radiothérapie profonde, faite au niveau de la colonne cervico-dorsale, à raison de cinq à six séances de 5 à 600 R chacune, 2500 à 3000 R en tout (deux séances par semaine).

2° Les injections locales de lipiodol faites au niveau de la région cervicale inférieure. L'aiguille (de 6 à 7 cm. de long, 6 à 7/10 de diamètre est enfoncée à 1 cm. environ de la ligne médiane, au niveau de la Ve ou VIe cervicale (il est facile de repérer la VIIe proéminente). Après avoir fait un bouton d'anesthésie intradermique, on enfonce l'aiguille tout en poussant la solution novocaïnique de 3 à 4 cm. environ jusqu'à la sensation d'un contact osseux : c'est la lame vertébrale où on déposera d'abord 1 c. c. de novocaïne, puis 2 à 3 c. c. de lipiodol chauffé.

L'injection pratiquée est indolore.

Parfois une à deux heures après, le malade ressent une exaspération de ses douleurs qui sera calmée par le Pyréthane.

L'injection sera répétée tous les deux ou trois jours.

L'amélioration survient après la troisième ou la quatrième injection, parfois plns précoce ou plus tardive.

Nous l'avons obtenue dans plus de 70 % des cas. Les cas rebelles sont soumis à la radiothérapie.

La crise passée, ces malades bénéficient d'une cure thermale à Aix-les-Bains en particulier.

Jean PARAF.

La tuberculose pulmonaire après 40 ans. — Après 40 ans, âge où l'organisme commence son involution, la tuberculose pulmonaire se développe sur un terrain particulier.

Presque toujours réveil d'une lésion ancienne, elle est amenée, dit M. R. Corre (Thèse de Toulouse, 1936), par des causes nombreuses parmi lesquelles figurent surtout le surmenage physique et intellectuel, le retour d'âge, les déficiences organiques, les excès.

Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Les formes dominantes sont des formes évolutives, et notamment la forme à évolution torpide.

Les formes aiguës et malignes sont rares.

Le pronostic doit toujours être réservé même pour les formes fibreuses stagnantes susceptibles de réveils imprévus.

Le traitement est le même que chez le sujet jeune, mais doit être conduit avec prudence en tenant compte à la fois de la nature et de l'évolution des lésions et de l'état général du malade.

Le cancer du pavillon de l'oreille. — Peu fréquent. M. Paul Lange (Thèse de Toulouse, 1936) donne le pourcentage de 5,7 des cancers de la peau.

L'épithélioma domine les autres variétés ; dans 66 % des cas, variété spino-cellulaire.

L'affection atteint surtout les gens âgés entre 70 et 80 ans, et presque toujours des hommes (86 %).

M. Lange a constaté des adénopathies dans 17 % des cas.

Les ganglions jugulaires hauts sont les plus souvent atteints, puis les mastoïdiens et sterno-cléido-mastoïdiens.

Le pronostic est particulièrement grave pour les formes qui prennent naissance dans la conque, le sillon rétro-auriculaire et au niveau du tragus.

Lorsque la lésion est limitée à la peau, le radium et le bistouri donnent de bons résultats, à peu près équivalents, sauf au points de vue esthétique où le radium est nettement supérieur.

Quand le cartilage est atteint il est préférable de s'adresser à la chirurgie.

Les résultats datant de trois ans que donne M. Lange montrent la supériorité de la curiethérapie sur les autres méthodes.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE - INCOLORE - PROPRE - INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies
LABORATOIRES AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

D'une façon générale toutes les infections à marche progressive, les suppurations prolongées peuvent être génératrices de rachitisme (broncho-pneumonie à rechute, diphtérie méconnue, eczémas rebelles).

Parmi les *intoxications chroniques*, celles qui déterminent le plus souvent le rachitisme sont les intoxications autogènes résultant d'une alimentation défectueuse ou de troubles digestifs prolongés. J.-L. Petit au XVIIIe siècle avait fait admettre comme cause unique de la maladie la privation du sein maternel. Plus tard, Trousseau adopta cette conception. Si nous n'admettons plus aujourd'hui cette opinion un peu exclusive, il faut cependant reconnaître que le rachitisme est très rare chez l'enfant nourri au sein : il ne se produit, dans ces conditions, que lorsque l'alimentation est mal réglée, entraînant par suite des troubles digestifs. La privation du sein maternel jointe à des erreurs d'ordre alimentaire, tel que : alimentation trop abondante ou insuffisante, abus précoce des farineux, doivent être regardés sans conteste comme un des facteurs les plus importants du rachitisme. Ce n'est pas l'allaitement artificiel par lui-même qu'il faut redouter, ce sont les troubles digestifs chroniques qu'il est capable de provoquer.

***

De telles notions étiologiques méritent d'être retenues mais à l'heure actuelle, le problème s'est transporté sur un autre terrain.

La pathogénie du rachitisme a évolué peu à peu à partir de 1919 sous l'influence de trois découvertes capitales qui se sont succédées à une cadence précipitée :

La réalisation du rachitisme expérimental ;
Le rôle de la lumière ;
La découverte du facteur anti-rachitique.

Le rachitisme expérimental a été réalisé par Mellamby, Mac Callum, Simmonds à l'aide de régimes carencés en phosphore. Chez de jeunes rats en période de croissance normale et placés dans l'obscurité, on peut, avec le régime 85 de Pappenheimer reproduire à volonté la maladie expérimentale. Cette dernière est par contre évitée si l'on a soin d'ajouter un peu de phosphore. Le rachitisme expérimental n'est pas dû comme l'ostéoporose à une carence en calcium ; il n'est pas dû non plus à l'absence de la vitamine A : il est sous la dépendance stricte de la suppression du phosphore et doit être considéré comme une maladie par *carence phosphorée*. Divers régimes rachitigènes ont été proposés, régimes dont la formule est basée sur des modifications du rapport $\frac{Ca}{P}$.

Ce rachitisme expérimental s'affirme par des signes cliniques (gonflement juxta-épiphysaire, incurvation des diaphyses, chapelet costal), par des signes radiologiques, humoraux (hypophosphatémie), histologiques. Il est donc très voisin du rachitisme humain, mais on ne peut pas cependant assimiler d'une façon absolue la maladie expérimentale à l'affection humaine ; il y a certains points discordants : le rachitisme humain a une évolution beaucoup plus lente, on n'observe pas au cours du rachitisme expérimental d'altération médullaire, les troubles digestifs, l'infection qui figurent si souvent dans la genèse du rachitisme clinique manquent dans celle du rachitisme expérimental.

Rôle de la lumière. « Il n'est pas d'affection », écrivent Lesné et de Gennes, « qui ait tiré plus de profit de la thérapeutique par la lumière que le rachitisme ».

L'idée n'était pas nouvelle, puisque Bretonneau insistait déjà sur l'influence de la carence solaire dans la genèse de la maladie.

Mais c'est surtout aux recherches publiées depuis 1920 que l'on doit d'avoir démontré expérimentalement le rôle de la lumière et plus particulièrement des rayons ultra-violets.

Les Anglais, étudiant le rachitisme aux Indes, avaient constaté que les enfants riches nourris au sein, mais élevés dans des chambres mal aérées étaient atteints de rachitisme, alors que les enfants pauvres, nourris de riz et de poisson séché, mais vivant à la lumière, en étaient exempts.

D'où l'idée de remplacer la lumière solaire souvent absent des climats nordiques par la lumière artificielle ; c'est surtout à Hulshindsky, qui utilisa le premier la lampe de quartz à vapeurs de mercure, que l'on doit la découverte de l'action remarquable des R. U. V. On peut obtenir en quatre semaines la guérison des lésions rachitiques humaines et expérimentales ; il ne s'agit pas d'une action locale de la lumière sur les lésions osseuses, c'est au niveau de la peau elle-même, non traversée par les radiations, qu'il faut chercher ce mode d'action.

Rôle du facteur anti-rachitique. Les recherches de Hess, Steenbock (en Amérique) ; Hume, Rosenheim-Welster en Angleterre ont montré que l'irradiation par les rayons ultraviolets de certaines substances inactives (telles que huiles végétales, légumes verts, farine de froment, lait et poudre de lait et même sciure de bois) était susceptible de leur conférer des propriétés antirachitiques. L'activation est liée à la teneur de ces substances en cholestérine et phytostérine. Tous les stérols sont facilement activables et particulièrement celui découvert autrefois dans l'ergot de seigle par Tanret. L'ergostérol se comporte comme une provitamine devenant une vitamine par irradiation. L'ergostérol irradié exerce sur le rachitisme une action comparable à celle de l'application directe des R. U. V. L'huile de foie de morue riche en stérines irradiées provenant du « plankton marin » possède une action analogue.

Ces faits démontrent l'existence d'un principe antirachitique ou facteur D. Il est réalisé par l'association : lumière + stérol. Il existe non seulement dans les aliments ou les médicaments activés, mais il est également capable de se constituer dans l'organisme sous l'influence des irradiations lumineuses : les stérols contenus dans les cellules cutanées, dans le sang, dans le tissu réticulo-endothélial (rate, foie) seraient normalement activables. Marfan pense que l'on peut établir un lien entre les conditions étiologiques du rachitisme et les données nouvelles concernant l'existence d'un principe antirachitique : les infections ou les intoxications auraient une action « empêchante » sur l'activation des stérols de l'organisme. Il nous reste à envisager le rôle du facteur D dans le métabolisme phospho-calcique.

Nous savons que ce métabolisme est profondément troublé au cours du rachitisme : en ce qui concerne le calcium, on note une diminution du Ca osseux ainsi que du Ca urinaire mais l'élimination dans les matières fécales est augmentée, il semble que le calcium ne puisse être fixé dans l'organisme ; il est rejeté à l'extérieur sans pouvoir remplir son rôle dans la formation du squelette. Il y a absence de précipitation au niveau des os.

En ce qui concerne le phosphore, il y a hypophosphatémie avec augmentation des phosphatases, notamment au siège de l'ostéogenèse et dans le plasma sanguin. L'excrétion de phosphore est augmentée dans l'urine ainsi que dans les matières fécales.

On pense actuellement que le facteur D anti-rachitique contenu principalement, comme nous l'avons vu, dans l'ergostérol irradié et dans l'huile de foie de morue est susceptible *de régler ce métabolisme phospho-calcique* Cette action pourrait se faire par l'intermédiaire soit du système neuro-végétatif, soit des endocrines (parathyroïdes qui jouent un rôle dominant dans le métabolisme du calcium, thymus, thyroïde, pancréas, surrénales).

En réalité, le problème du rachitisme comporte encore de nombreuses inconnues et les troubles de l'ostéogenèse qui constituent le substratum de cette affection sont loin d'être complètement élucidés. Un seul fait demeure hors de doute : *l'incapacité de la fixation calcique sur le squelette.*

***

Comment peut-on, à la lumière de ces faits pathogéniques, *lutter efficacement contre le rachitisme* ?

Les enfants rachitiques, nous l'avons vu, sont en somme des enfants :

Mal allaités,
Soumis à des fautes de régime,
Privés d'hygiène générale (manque d'air, de lumière).

Trois ordres de médications essentielles s'offrent à nous :

1° *L'actinothérapie directe*, soit *naturelle* à l'aide des bains de soleil (se rappeler à ce propos que l'insolation doit être progressive et qu'il faut toujours protéger la tête du sujet), soit *artificielle*, à l'aide des R. U. V ; la durée d'application de la lampe de quartz varie dedeux à trente minutes. Les séances seront répétées deux à trois par semaine et l'on s'efforcera d'éviter l'érythème.

2° *L'huile de foie de morue* dont l'efficacité avait été constatée empiriquement par Bretonneau et par Trousseau peut être considérée, grâce aux travaux contemporains, comme une véritable source du principe anti rachitique. D'autres huiles animales, le lait, le jaune d'œuf, possèdent une certaine richesse en facteur D ;

3° *L'emploi des substances irradiées* a l'avantage sur l'huile de foie de morue de permettre l'administration de quantités déterminées de substance antirachitique. On a établi un étalonnage à l'aide d'une unité internationale définie biologiquement ; cette unité représente un milligramme d'une solution huileuse standard d'ergostérol irradié. Les solutions habituellement employées en France sont des solutions huileuses à 1 pour 100 de stérol irradié, étalonnées de façon que dix gouttes correspondent à 4 milligrammes de stérol. Récemment l'étalonnage de la vitamine D a été modifié par la Conférence internationale de Londres ; il serait désirable d'adopter une fois pour toutes une mesure internationale.

Les trois médications que nous venons de passer en revue constituent la base actuelle d'un traitement rationnel du rachitisme. Il y a lieu cependant d'envisager, suivant les cas, un traitement dit « complémentaire ». C'est celui qu'il était de mise d'appliquer autrefois avant les découvertes thérapeutiques de ces vingt dernières années. Les massages légers, les bains salés, les cures (marines, salines ou d'altitude) ne doivent pas être négligés. Il est nécessaire parfois, pour corriger des déformations vicieuses, de recourir au traitement orthopédique.

Lorsque le rachitisme est associé à des manifestations viscérales, on doit s'efforcer de lutter contre ces dernières par une thérapeutique appropriée : si la syphilis est en jeu, il est nécessaire d'instituer un traitement spécifique (ordinairement peu efficace contre le rachitisme) ; s'il existe un état d'insuffisance endocrinienne, l'opothérapie sera mise en œuvre ; en présence de l'association, d'ailleurs fréquente, tétanie-rachitisme, il ne faudra pas négliger la médication chlorurée calcique.

La thérapeutique par les vitamines n'est-elle pas susceptible de déterminer certains accidents viscéraux ?

Dans l'ordre expérimental, on a attiré l'attention sur l'apparition de calcifications chez la souris au cours d'un état d'hypervitaminose. On a signalé également des néphrites avec production de calculs canaliculaires et des lésions cardio-vasculaires.

L'administration de produits irradiés déterminerait tout d'abord dans l'organisme un processus de « recalcification » et secondairement on pourrait assister à une étape toxique avec formation de concrétions normales.

Dans l'ordre clinique, les faits sont tout différents. La marge de sécurité est assez grande entre les doses journellement utilisées et celles qui ont été administrées, dans un but de recherche, à différents animaux de laboratoire. Aux doses usuelles, aucun accident grave n'est à redouter.

* * *

Il ne suffit pas de traiter le rachitisme ; il faut encore *prévenir* cette affection qui est un facteur important de déchéance de la race. On doit s'efforcer de la dépister aussi précocement que possible dans tous les milieux. Le rachitisme est parmi les maladies sociales une de celles qui est le plus susceptible de bénéficier des mesures prophylactiques. Cette prophylaxie doit commencer déjà chez la mère pendant la grossesse. Chez l'enfant, il faut avant tout réaliser une bonne hygiène générale : alimentation très réglée, aération suffisante. Les pouponnières, les consultations de nourrissons, les jardins d'enfants sont au premier chef des organisations de lutte antirachitique. Des irradiations préventives à l'aide de la lampe de quartz sont pratiquées systématiquement dans certains centres.

Malgré les efforts réalisés en l'espace de quelques années les difficultés restent nombreuses, surtout dans les milieux pauvres où se trouvent réunis tous les facteurs prédisposants à la maladie : conditions alimentaires défectueuses, logement insalubre, manque de soleil.

La prophylaxie sociale du rachitisme reste essentiellement liée à la lutte contre le taudis.

* * *

Le rachitisme est loin d'être aujourd'hui cette affection grave qu'il a pu paraître il y a seulement un siècle. Nous sommes à l'heure actuelle merveilleusement armés contre lui grâce à toute une série de découvertes qui en l'espace de quelques années ont marqué un très grand progrès dans la connaissance des sciences biologiques. Le rachitisme mutilant avec ses déformations si disgracieuses, ses viciations incorrigibles et ses dystocies graves a presque totalement disparu de nos jours. Les formes que nous observons répondent à des types plus frustes, plus atténués.

En pénétrant jusque dans les campagnes les plus reculées, l'hygiène sociale aura sans doute définitivement raison de ce fléau jadis si redoutable.

Dans un avenir relativement proche, le rachitisme devrait être définitivement rayé du cadre nosologique.

Infiltrations stellaires dans une thrombophlébite du membre supérieur par effort

Par André HOUOT

Interne des hôpitaux
Clinique chirurgicale A. de Strasbourg

Observation. — **Le malade N... Charles âgé de 25 ans, employé dans la confection, se présente à la clinique du Professeur Leriche le 22 octobre 1936 et nous donne les renseignements suivants :**

Le 13 mars 1936, au cours de son travail, il fait un effort violent en voulant soulever un fardeau de sa main droite ; dès l'effort il est obligé de lâcher prise. Revenu de sa stupeur, il ressent des fourmillements au niveau des quatrième et cinquième doigts et de l'éminence hypothénar, sans aucun trouble sensitif par ailleurs.

Cet état se maintient jusqu'au 13 septembre 1936 où apparaît un gros œdème du membre supérieur droit, qui le gêne dans la flexion du coude. D'après les dires du malade, l'œdème s'étendait de la racine du membre jusqu'au poignet, et des varicosités se dessinaient au niveau du bras.

A son admission on trouve : son membre supérieur droit œdématié jusqu'au poignet, et l'œdème empiète sur le thorax, remontant latéralement jusqu'à la base du cou et en avant de trois travers de doigt sous la clavicule. Ce membre est blanchâtre et des vergetures très étendues, rosées, se dessinent au niveau de l'épaule, de la face antérieure du bras ainsi qu'au niveau des plis de flexion du coude. En outre de nombreuses petites varicosités peu saillantes s'intriquent en un lacis violacé, sur la face antérieure du bras. Les vergetures ne sont pas en rapport avec la maladie actuelle, car elles existent depuis près de



cinq années, et le malade en porte d'analogues sur son membre supérieur gauche, mais sur le membre sain, elles sont à peine ébauchées.

Au point de vue fonctionnel l'impotence est assez marquée, difficulté d'élévation du membre en extension dans les divers plans. L'extension du coude est complète, mais sa flexion est limitée à l'angle droit ; les mouvements de l'épaule sont libres, mais limités du fait de l'impotence fonctionnelle.

La force musculaire à la flexion comme à l'extension est très diminuée, et la préhension de la main est nettement déficiente.

Le malade a une sensation de pesanteur de tout ce membre, avec des fourmillements généralisés depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. Cependant la sensibilité n'est pas modifiée, aussi bien la sensibilité tactile que la sensibilité thermo-algésique.

Le pouls est bien perceptible sur la radiale et sur la cubitale, au niveau du coude, on sent battre l'humérale malgré l'œdème. La température artérielle est de $\frac{130}{75}$.

L'oscillométrie ne montre rien de spécial.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal si ce n'est une température oscillant aux environs de 38°. Le diagnostic de thrombophlébite du membre supérieur droit semble s'imposer, toutefois afin d'éliminer toute cause d'erreur on pratique une radioscopie du thorax qui ne montre ni tumeur médiastinale ni lésion cardio-aortique.

Les mensurations à divers étages, de l'entrée du malade jusqu'à sa sortie, sont résumées dans le tableau suivant.

	Membre sain	Membre malade			
Date	22/9	22/9	28/9	2/10	19/10
Milieu du bras (16 cm. de l'apcoronoïde)	27	33	31	30	28
Avant-bras.... (12 cm. de l'épicondyle	25	31	30	28	25
Coude........	27	29	29	28	28

Traitement : dès l'entrée du malade nous avons pratiqué une infiltration du ganglion stellaire à droite. Le malade dans les cinq minutes suivantes a présenté un Claude Bernard Hoerner positif ainsi qu'une vaso-dilatation de l'hémi-face droite ; au niveau de son membre supérieur droit la vaso-dilatation est très marquée et accompagnée de sudation en même temps qu'une sensation de chaleur le gagne de la racine à l'extrémité, les fourmillements s'atténuent.

Le 23, le malade se dit amélioré sans pouvoir préciser en quoi consiste cette amélioration.

Les 24 et 26, nouvelles infiltrations stellaires, avec résultat identique.

Le 27, une autre infiltration stellaire entraîne des modifications du côté du membre (chaleur, diminution de la sensation de pesanteur, mais aucune modification au niveau de la face de l'œil.)

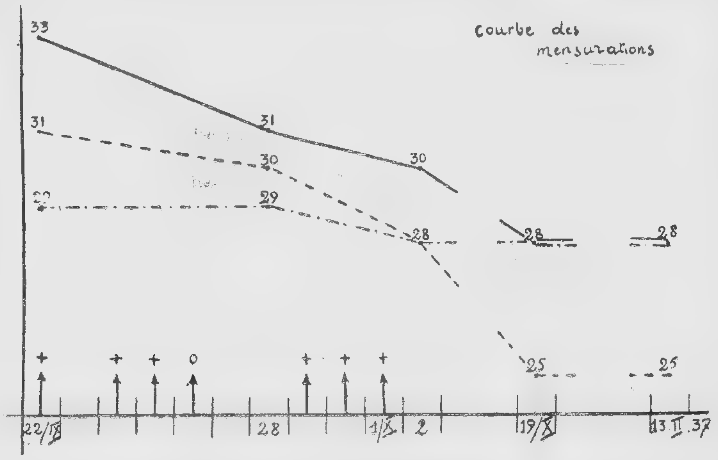
Le 28, lors d'un examen complet, on constate une amélioration très nette de la motricité du membre et l'œdème a nettement régressé comme l'indique les mensurations.

Les 29 et 30 septembre et 1er octobre on renouvelle les infiltrations qui se traduisent cliniquement par la réaction classique de l'infiltration stellaire.

Le 2 la malade a récupéré ses mouvements ainsi qu'une grande partie de sa force musculaire. L'œdème s'est encore atténué, et il ne ressent plus ni fourmillements ni douleurs. Il quitte la clinique à cette date, apyrétique et dans l'état précité.

Le 19 octobre, soit 26 jours après le début du traitement, le malade vient se montrer. L'impotence fonctionnelle est pratiquement inexistante, son état général est parfait, et il a repris son travail. A l'examen du membre, les vergetures persistent plus marquées que sur son membre gauche. Les varicosités se sont effacées et la palpation, sans révéler d'œdème, montre cependant une certaine infiltration des tissus. Les mensurations de son membre droit donnent des chiffres analogues au membre sain.

Enfin nous avons convoqué le malade le 13 février 1937, soit six mois environ depuis le début de son traitement. Son état de santé est parfait, il n'a plus aucune impotence ni douleur, parfois cependant après une grande fatigue il ressent des fourmillements légers dans les quatrième et cinquième doigts, ces fourmillements s'atténuent dès qu'il se repose. Il n'y a plus d'œdème, les vergetures sont identiques à droite comme à gauche. Les varicosités ont totalement disparu, par contre une grosse dilatation variqueuse en Y s'étend sur les deux tiers supérieurs de la



LÉGENDE : en abscisses nous avons porté les dates. en ordonnées les mensurations.

——— courbe des mensurations au niveau du bras (à 16 cm. de l'apophyse coronoïde)

- - - - - courbe des mensurations au niveau de l'avant-bras (à 12 cm. de l'épicondyle)

-·-·-·- courbes des mensurations au niveau du pli du coude.

+ infiltration stellaire avec réflexe de Claude Bernard-Hoerner.

o infiltration stellaire sans réflexe de Claude Bernard-Hoerner.

face antérieure du bras droit, elle n'entraîne ni gêne ni douleurs. Les mensurations du membre aux divers étals nous ont donné les mêmes chiffres que ceux trouvés en octobre.

Nous avons tenu à présenter cette observation d'une part parce que le diagnostic de thrombophlébite du membre supérieur a paru certain dès l'examen d'entrée du malade, et que, la dilatation variqueuse apparue à six mois montrait bien qu'une circulation complémentaire de retour s'est établie ; ce qui confirme le diagnostic porté.

D'autre part le traitement par les infiltrations stellaires a dès le début amené une sédation des douleurs et des troubles fonctionnels, il a finalement réduit au minimum en moins de quatre semaines l'incapacité totale de travail.

« Entre les différentes causes qui ont concouru à nous tirer de la barbarie, il ne faut pas oublier l'invention de l'art typographique. Donc, décourager, abattre, avilir cet art, c'est travailler à nous y replonger et faire ligue avec la foule des ennemis de la connaissance humaine. »

DIDEROT. *Lettre sur le commerce de la librairie.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1937 (*suite et fin*)

Péritonite après opération pour fibrome. — ***M. Gosset*** et ***Funck-Brentano*** ont rassemblé une statistique de plusieurs milliers d'hystérectomies supra-vaginales pour fibrome. La mortalité fut de vingt-sept pour mille. Les auteurs veulent insister sur une complication rare qui est une péritonite à colibacille.

Le syndrome clinique montre des suites normales pendant quelques jours, puis surviennent un peu de parésie intestinale et de l'hyperthermie, le ventre demeurant souple. Par le drain abdominal s'écoule une quantité importante de liquide. Six malades ont été ainsi atteintes, quatre sont mortes, les deux dernières ont guéri par l'injection de sérum anticolibacillaire de Vincent, car c'est ce microbe qui est l'agent habituel de ces péritonites post-opératoires. D'ailleurs on le retrouve souvent quand on examine les sécrétions cervicales.

M. Desmarest insiste à cette occasion sur le fait que dans les hystérectomies isthmiques la fermeture du col s'accompagne parfois d'hématomes ayant tendance à s'infecter. Il lui paraît illogique de fermer le col au catgut. Il vaut mieux évider le col le plus possible et laisser ouvert.

M. Gosset pense que l'emploi du bistouri électrique éviterait ces complications en permettant une exérèse plus large de la muqueuse, ainsi qu'une hémostase plus soignée.

Cancer sur une cicatrice. — ***M. Basset*** a observé chez un malade un cancer cutané ulcéré, développé au niveau du talon sur la cicatrice d'une plaie vieille de quinze ans. Biopsie, épithélioma spinocellulaire. On fit une amputation basse de cuisse et quelques temps après l'ablation d'un paquet ganglionnaire inguinal.

Les tumeurs malignes sont surtout fréquentes sur les cicatrices de brûlures. Les autres cicatrices traumatiques ne sont que très exceptionnellement le siège de dégénérescence. La néaplasie se manifeste d'ailleurs en règle très tardivement de nombreuses années après la cicatrice (8 ans à 36 ans) (***Laborde***, ***Delannoy***.)

Les dégénérescences précoces sont rares. On en connait quelques cas où l'epithélioma apparut presque immédiatement après le traumatisme. (***Mouchet***).

Il est possible que les irritations locales répétées de la cicatrice soient à l'origine de cette dégénérescence, irritations traumatiques ou par pansements. Enfin il faut noter que les adénopathies satellites de ces cancers cutanés sont souvent purement inflammatoires. ***M. Basset*** rapproche de son observation un cas semblable d'épithélioma spino cellulaire communiqué par ***M. Padovani***, mais dans ce cas il s'agissait d'un épithelioma développé sur une cicatrice d'escarre talonnière chez un malade par ailleurs syphilitique.

Séance du mercredi 17 mars 1937

M. Baumgartner, président, annonce à la Compagnie le décès du professeur ***Hermann Kümmel***, de Berlin.

Hématome du masséter. — ***M. Pétrignani*** (La Rochelle) a observé chez un malade de 72 ans une tuméfaction progressive de l'angle du maxillaire au niveau des régions jugale et massétérine. Ce n'était ni une tumeur du prolongement massétérin de la parotide ni un lipome. Il s'agissait d'un hématome dont la cause reste mystérieuse.

M. d'Allaines fait remarquer que dans les cas semblables il y a souvent des traces d'angio-endothéliome autour de la cavité.

Ostéosynthèse. — ***M. Ovary*** (armée) a vu après ostéosynthèse par plaque de fer, des accidents généraux et locaux graves : suppurations aseptiques, troubles d'amaigrissement et d'intoxication massive à type digestif. L'ablation du matériel a supprimé les accidents. Ces faits semblent plaider en faveur d'une action nocive de la plaque. Le rapporteur, ***M. Ménégaux*** ne connaît pas d'observations semblables d'intoxications par le fer mais il trouve dans cette observation un argument de plus en faveur de l'emploi d'aciers inoxydables.

Anesthésie par voie veineuse. — ***M. Thalheimer*** apporte 663 cas d'anesthésies intraveineuses avec un dérivé du Numal. Avec la statistique de l'Hôpital de Clairmont, l'auteur collige près de 2 mille cas.

Quelques règles de technique. L'injection doit être très lente et la dose injectée, doit rester tout à fait individuelle.

Le sommeil chirurgical est, comme avec l'évipan, annoncé par la chute de la mâchoire. La dose maxima utilisable semble être de deux grammes du produit cristallisé. Dans 25 % des cas il a été nécessaire de donner un peu d'anesthésie complémentaire. Comme accidents, on a vu survenir de la rétention d'urine. Depuis qu'on injecte systématiquement de l'atropine cet accident même disparaît. Une seule mort en rapport avec l'anesthésie. Les suites opératoires sont calmes et tranquilles.

Section intracranienne du nerf auditif. — ***M. Marcel Ombrédanne***, invité de l'Académie, utilise la section du nerf auditif dans le traitement de certains vertiges auriculaires. Il s'agit d'une section partielle de la branche vestibulaire qui se fait par voie occipitale. 37 cas ont éte opérés par ***MM. Ombrédanne*** et ***Aubry***. C'est principalement dans la maladie de Menière que se pose l'indication de cette intervention. Les syndromes de Menière purs, sans passé otologique en sont surtout justiciables puisque cette opération permet de guérir le vertige sans détruire l'audition. Dans les syndromes de Menière secondaires l'opération par voie occipitale permet, outre la section du nerf, de voir la cause fréquente du syndrome, arachnoïdite, tumeur des angle ponto-cérébelleux au début. L'auteur montre ensuite la succession des temps opératoires. Les résultats sont tout à fait satisfaisants. Sur 13 sections partielles il y a eu toujours disparition des vertiges et dans 91 % des cas l'audition a pu être conservée et parfois même améliorée.

Fibromes nasopharyngiens. — ***MM. Migniac*** et ***Escat*** (Toulouse) pratiquent d'habitude l'ablation des polypes nasopharyngiens par les voies naturelles. Mais il y a des difficultés et des complications. Dans les très gros fibromes ayant envahi tout le cavum et les différents sinus de la face ils préfèrent la résection substotale du maxillaire supérieur. C'est la seule méthode qui permette un accès direct et exsangue sur le pédicule tumoral.

M. Béclère rappelle que les fibromes nasopharyngiens sont nettement radiosensibles, l'extirpation dite totale par voie maxillaire laisse fréquemment l'occasion à récidives. Alors que la rœntgenthérapie est la méthode de choix dans le traitement de ces fibromes, n'étant suivie d'aucune récidive, mais son action n'est pas toujours certaine. J. Calvet.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les dinitrophénols et leurs dérivés en thérapeutique

L'important travail que vient de publier M. Tecon comprend les observations personnelles de l'auteur et les résultats d'un vaste référendum organisé parmi les plus notoires de ses confrères.

R.-M. Tecon rappelle longuement (*Pzaxis*, 10 décembre 1936), les recherches expérimentales sur les dinitrophénols et résume ensuite les conclusions de travaux américains et français (ou de langue française). Ces conclusions thérapeutiques sont d'ailleurs concordantes et se trouvent admirablement résumées dans la récente communication du Professeur Pouchet, à l'Académie de Médecine.

E. Exchaquet, de Montreux, entre autres, précise qu'il n'a plus constaté, depuis un an qu'il emploie Dinitra, les phénomènes d'intolérance constatés antérieurement (ce qui montre l'intérêt d'un produit pur). Il signale quelques cas d'accoutumance qu'il a essayé de réactiver par des cures opothérapiques associées. De toutes façons, le médicament s'est montré actif et inoffensif lorsqu'il est appliqué prudemment.

Tecon rappelle ensuite la polémique engagée en Angleterre autour de la toxicité du dinitrocrésol et que termina l'accident mortel retentissant d'une danseuse londonienne.

Il semble donc qu'il faille n'utiliser que les dérivés dinitrophénoliques en thérapeutiques à condition de garder le malade sous une surveillance étroite et de l'avertir des dangers qu'il y a à dépasser les doses prescrites, le médecin possède, dans la médication dinitrée, une thérapeutique active et de grande valeur.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

L'insuffisance coronarienne est un terme nouveau, mais extrêmement justifié. L'état du cardiaque est presque entièrement dominé par la capacité fonctionnelle de la fibre musculaire, par l'état du myocarde. On peut distinguer deux grandes classes de malades : ceux dont le myocarde subit des dégénérescences par suite de sclérose ou d'infections et ceux dont le myocarde subit les conséquences d'une irrigation sanguine déficiente. Ce sont ces derniers qui sont victimes de l'insuffisance coronarienne.

Cette insuffisance peut être due :

1° A une hypotension générale. On est trop sous l'empire de l'idée préconçue que l'angine n'est possible que chez le scléreux et l'hypertendu.

2° A l'augmentation du travail du cœur. Ce sont les cas de tachycardie douloureuse, dans lesquels la pression conduit à une insuffisance coronarienne douloureuse aussitôt que débute l'accès.

3° A la diminution de la pression sanguine dans le réseau coronaire lui-même. C'est le cas le plus fréquent.

Ces distinctions entre les causes sont de nature à nous aider dans le traitement. Il est évident que le traitement doit être aussi causal que possible ; on pensera d'abord à la syphilis. Il faut considérer aussi comme un traitement causal celui qui a pour but d'équilibrer la force du cœur et les efforts qui sont exigés de lui ; c'est ainsi qu'on ne songe pas assez souvent au traitement de l'obésité.

L'angine de poitrine par insuffisance coronarienne devient une maladie extrêmement répandue ; le nombre d'intellectuels et de médecins atteints est fort élevé ; cette dégénérescence des artères est due en premier lieu au déséquilibre qui s'est produit à la longue entre nos fonctions intellectuelles d'une part et les fonctions de nos muscles et de notre peau d'autre part.

(Wybauw. — L'insuffisance coronarienne. *Scapel*, 30 janvier 1937.)

On a beaucoup écrit sur l'endocardite lente ou récurrente ces derniers temps. Les formes atypiques mettent à l'épreuve la sagacité et la perspicacité des cliniciens, mais c'est l'autopsie qui a le dernier mot. On sait bien qu'il y a trois syndromes principaux : cardiaque, infectieux et embolique, mais on admet surtout que la lésion est une localisation secondaire sur un endocarde déjà touché par le rhumatisme ou la syphilis ou autre chose.

Mais il ne faut pas oublier que le processus peut s'installer sur des valvules parfaitement intactes ; ce serait bien s'avancer que de rejeter le diagnostic d'endocardite lente sous le prétexte que le sujet n'a jamais présenté de signes évidents d'une infection quelconque.

(Manuel del Sel, Jose Gerscovich et Jose A. Lorenzo. — Sobre un caso de endocarditis maligna a evolucion lenta. *Prensa medica argentina*, 30 décembre 1936.)

Les septicémies à proteus sont encore à l'heure actuelle des exceptions.

Le point essentiel du diagnostic, qui est essentiellement bactériologique, est l'hémoculture positive.

Les infections générales sont de deux ordres : méningites et septicémies ; la température est élevée, irrégulière et prolongée ; elle s'accompagne fréquemment de diarrhée ; de là à

la qualifier de fièvre typhoïde, il n'y a qu'un pas. « La typhoïde a bon dos... ».

Un point important, c'est que la septicémie part généralement d'un point bien défini et caractérisé dès le début par une douleur ou une inflammation locale ; ce sont les otites qui sont le point de départ le plus fréquent, ensuite les infections urinaires.

La thérapeutique est nulle.

E. et M.-T. Lagrange. — Les septicémies à proteus. *Bruxelles Médical*, 7 février 1937.)

Voici quelques idées originales sur la syphilis, ce qui prouve, une fois de plus, qu'on peut innover même dans les questions les plus connues.

Article 1. — L'immunité spontanée de la syphilis est en somme assez infidèle.

Article 2. — Les agents spécifiques que nous possédons nous engagent à renoncer à l'immunité spontanée infidèle et aléatoire.

Corollaire 1 : faire un traitement aussi précoce que possible.

Corollaire 2 : traiter depuis le début, mais spécialement depuis le début, avec l'intensité maxima possible.

Article 3. — Les thérapeutiques considérées comme abortives se sont révélées assez infidèles.

Corollaire : Même après les traitements précoces il importe de continuer la cure pendant une période suffisante.

Article 4. — Les tréponèmes repullulent pendant les interruptions de traitement, surtout au début de l'infection, et deviennent résistants.

Corollaire : Il ne faut pas laisser de trêve au parasite si l'on désire obtenir la stérilisation de la maladie.

Article 5. — Avec des périodes de cures mixtes, énergiques et continues ou presque, la guérison est fort probable.

Article 6. — Les cures spécifiques, prolongées ou répétées pendant des années, se révèlent faibles ou dépassées, déterminent une accoutumance ou des réactions, créent des souches résistantes ; les doses énergiques et trop fréquentes ne sont pas sans inconvénients pour les émonctoires.

Article 7. — Les possibilités du laboratoire permettent de substituer une observation armée, avec des possibilités d'intervention au moindre soupçon, à la cure aveugle, monotone et à vie des spécialistes de la génération précédente.

Article 8. — Nous ne sommes pas en état d'affirmer la guérison de la syphilis dans un cas donné.

(Ludovico Tommasi. — Concetti dottrinali e direttive pratiche nella moderna terapia della sifilide. *Minerva medica*, 14 janvier 1937.) J. Lafont.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La perméabilité en physiologie et en pathologie générale, par E. Gellhorn et Jean Régnier. Un volume de 928 pages, 160 francs, Masson et Cie, éditeurs.

Le problème de la perméabilité cellulaire préoccupe actuellement tous les biologistes qui, par leurs travaux, élaborent la science physico-chimique de la cellule animale ou végétale. Par ailleurs, les cliniciens, cherchant à comprendre les problèmes que pose la maladie des tissus, arrivent à concevoir des modifications fréquentes des échanges entre les cellules et les humeurs. Il n est, en effet, pas douteux que, dans un avenir prochain, l'étude de l'équilibre de la cellule avec le milieu environnant viendra éclairer des problèmes cliniques qui nous apparaissent pour l'instant, encore fort obscurs.

L'abord de ces questions fondamentales ne peut être fait qu'en allant du plus simple au plus complexe, c'est-à-dire de l'étude des échanges de la cellule isolée, avec le milieu environnant, à l'étude de la perméabilité des tissus et à celle des organismes entiers.

C'est cet ordre qu'a suivi E. Gellhorn dans son livre publié en Allemagne en 1929, livre qui fait autorité. C'est cet ordre que l'on retrouvera dans l'édition française de ce livre.

L'apport de l'auteur français ne consiste pas seulement en une traduction intégrale de la mise au point récente de l'ouvrage allemand. L'auteur français apporte, en outre, l'exposé des travaux étrangers les plus récents ; il apporte, surtout, l'étude des travaux français, anciens ou récents, dont il n'est pas possible de négliger la contribution ; il

apporte, enfin, des mises au point particulières de diverses questions physiologiques ou pharmacodynamiques qui touchent, elles aussi, au problème de la perméabilité.

British masters of medicine. (Les Maitres anglais de la médecine), édité par d'Arcy Power. XV + 242 pages, 33 pl. Relié toile. Prix : 7 sh. 6. Baillière, Tindall et C°, édit., Londres.

C'est un recueil de vingt-quatre articles écrits par des médecins et chirurgiens attachés aux universités et hôpitaux, où les maîtres anglais ont vécu et brillé. Ces articles ont paru dans le journal *Medical Press et Circular* pendant les années 1934 et 1935. « Ils étaient si excellents, écrit d'Arcy Power qui les a réunis, publiés et préfacés, que c'était pitié de les laisser sombrer dans l'oubli, qui est le sort inévitable de toutes les contributions à la littérature périodique. On pensa, en outre que ceux, qui n'avaient pas eu l'occasion de les lire lors de leur parution, seraient heureux d'avoir la possibilité de le faire maintenant. » Les amateurs d'histoire de la médecine britannique trouveront, dans cet ouvrage bien présenté et bien illustré, un reflet du génie des hommes d'une nation, qui contribua largement aux progrès de la science et de la civilisation.

J. L.

Divers

La Grèce, par André Billy. 1 volume 16,5 × 23 — 211 pages, couverture aquarelle de Paul Bret, 210 héliogravures. Collection « *Les Beaux Pays* ». B. Arthaud, éditeur, à Grenoble, 1937.

Cet ouvrage sur la Grèce n'est ni archéologique, ni pittoresque, ni économique, ni politique, mais à la fois tout cela, ce qui lui donne une extraordinaire variété de ton et un intérêt sans cesse rebondissant. Tous les aspects de la Grèce et de la vie grecque modernes y défilent, entremêlés à des échappées sur l'histoire et la mythologie. Le lecteur a l'impression de faire un beau voyage en compagnie d'un guide plein de verve, d'esprit, d'humour, de connaissances variées, et au demeurant, absolument dénué de pédanterie. Ni phraséologie prétentieuse, ni lourd appareil d'érudition. Tout simplement les propos à bâtons rompus d'un bon observateur et d'un lettré.

L'illustration réunit, pour l'enchantement des yeux, sites célèbres, monuments fameux, chefs-d'œuvre de l'antiquité et scènes de la vie populaire. C'est l'image vivante de la Grèce que présente ce volume.

Revue des cours et conférences. Boivin, édit., 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 15 *février* 1937. — Ch. Lalo : L'Art et la Vie (I) : L'Art pour l'économie des passions. — Ch. Bruneau : Quelques considérations sur le français parlé aux Etats-Unis d'Amérique. — J. Tourneur-Aumont. Duguesclin, précurseur (I). La gloire de Duguesclin : les comparaisons avec Chandon et avec Jeanne d'Arc. — P. Messiaen : Les comédies de Shakespeare (II). — A. Grenier : Les siècles heureux et la déchéance de la Gaule Romaine (III) : Les efforts impuissants du Bas-Empire. — R. Guignard : Le groupe romantique de Heidelberg (III) ; La préparation du conflit entre Voss et les romantiques. — E.-J. Tanquerey : Le jansénisme et les tragédies de Racine ; Inconscient et responsabilité. — P. Jourda : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (VI) ; L'Italie.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Okinczyc. — **Humanisme et Médecine.** 144 p. Br. : 12 fr. (*Ed. Labergerie.*)

Prosper (Dr Etienne). — **Régimes sans privations.** Br. 6 vol. ch. 12 fr. (*Institut Diététique de France*).

Torret. — **Surcharge minimale de l'aorte, anatomie et physiologie** 240 p. (gr'.) Br. : 45 fr. *J.-B. Baillière et Fils*).

Pasteur-Vallery-Radot. — **Traitement des migraines.** Coll Les thérapeutiques nouvelles, 42 p. (gr.). Br. : 10 fr. *J. B. Baillière et Fils.*

Vittoz (Dr Roger). — **Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral,** 146 p. (gr.) Br. : 15 fr. *J. B. Baillière et Fils*).

Astier. — **Formulaire.** 1.232 p. Rel. : 30 fr.

Becquet (René). — **Action thérapeutique de l'hormone parathyroïdienne.** 80 p. Br. : 15 fr. (*Vigot frères*).

Brindeau (A.). — **Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier.** 13e année 1936, 264 p. Br. : 35 fr. (*Vigot frères*).

Brindeau (A.) et Lantuéjoul (P.). — **La présentation du siège. La version.** 270 p. Br. : 60 fr. (*Vigot frèress*).

Cacault (Pierre). — **La dissociation auriculo-ventriculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu.** 72 p. Br. : 50 fr. *Vigot frères.*

Xe Congrès de la Société internationale de chirurgie. Le Caire 1935 : Rapports, discussions, procès-verbaux. 742, 642, 816 p. 3 vol. Cart. 220 fr. *Masson et Cie.*

Duhem (Drs Paul). — **Précis de physiothérapie clinique.** XVI-604 p. 155 fig. Cart. : 130 fr. (*Gauthier-Villars*).

Gachot (Henri). — **Baguette et pendule. Fiction et réalité.** 136 p. Br. : 15 fr. *Vigot frères.*

Lasry (Albert). — **Histoire de la pharmacie indigène de l'Algérie et son folklore.** 84 p. Br. : 12 fr. *Vigot frères*

Lemierre (A.). — **Maladies infectieuses.** 2e série. **Leçons cliniques professées à l'hopital Claude-Bécière,** 310 p., 11 fig. Br. : 55 fr. *Masson et Cie*).

Loew (S.). — **Nouvelles voies pour la guérison du bégaiement et de la crainte de parler.** 96 p. Br. : 70 fr. (*Vigot frères*).

Ombredanne (L.) et Mathieu (P.). — **Traits de chirurgie orthopédique.** T. III. **Rachis, Membre supérieur.** 954 p. 752 fig. Rel. : 300 fr. (*Masson et Cie.*)

Pillet (E.). — **Analyse physique des calculs urinaires et biliaires.** 96 p., 68 fig. Br. : 25 fr. (*Masson et Cie*).

Planchon (L.) et Bretin (Ph.). — **Précis de matière médicale.** T. II. Bibl. de pharmacie. Br. les 2 vol. : 165 fr. (*Maloine*).

Sergent (Emile). — **L'exploration clinique médicale technique et séméiologique.** 2e éd. 1.102 p. 455 fig. 8 pl. gr.) Br. : 145 fr. : Rel. : 170 fr. (*Masson et Cie*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 14 — 3 AVRIL 1937

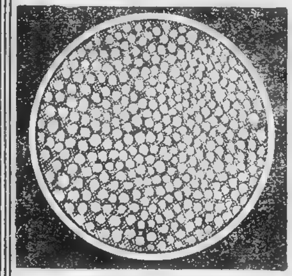
Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

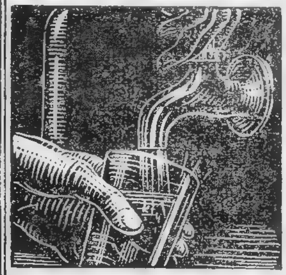
SOMMAIRE

LORAGA

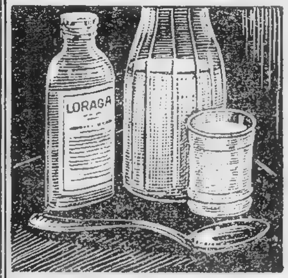
Emulsion originale d'huile de paraffine
et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments, une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès
SURESNES (Seine)



NOUVELLES

Concours de médecin des hôpitaux. — Sont déclarés admissibles : 1. Lenègre ; 2. Delay ; 3. Merklen ; 4. Albeaux Fernet ; 5. Bernard ; 6. Boudin ; 7. Salles ; 8. Albot ; 9. Hamburger ; 10. Launay.

Premier concours de nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux. — Jury : MM. les Docteurs Grégoire, Chevrier, Capette, Mondor, Okinczyc, de Gaudard d'Allaines et Maurice Renaud.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (ADMISSIBILITÉ). — Jury : MM. les Docteurs Lobligeois, Gally, Guilbert, Maingot, Aubertin, Desplas et Bréchot.

Concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 4 mai 1937, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du jeudi 1er avril au mardi 13 avril 1937 inclusivement.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1936-1937, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1936-1937. — 11 avril, M. LE LORIER : Myomectomies au point de vue obstétrical (projections). — 18 avril, M. LESNÉ : Les méningites lymphocytaires curables chez l'enfant. — 25 avril, M. WEILL-HALLÉ : Les méthodes d'appréciation de la prémunition contre la tuberculose par le B. C. G. (projections). — 2 mai, M. HALPHEN : Sympathalgies nasales et limites de la soi-disant réflexo-thérapie. — 9 mai, M. Mathieu-Pierre WEIL : Arthrite sacro-iliaque. — 23 mai, M. GRENET : Les syndromes de fragilité osseuse chez l'enfant. — 30 mai, M. Guy LAROCHE : La ménopause. Etude biologique, traitement hormonal. — 6 juin, M. LÉON-KINDBERG : Le problème actuel des bronchectasies (conception générale et traitement) (projections). — 13 juin, M. JUSTIN-BESANÇON : Les embolies artérielles (projections). — 20 juin, M. JACOB : Les images radiologiques arrondies intrathoraciques (projections). — 27 juin, M. TURPIN : La consanguinité.

Légion d'honneur. — *Ministère de la Santé publique. Chevaliers* : Docteur Richard Kohn, médecin assistant de puériculture à l'hôpital Lariboisière ; Docteur Paul Thiébauld, de Scey-sur-Saône (Haute-Saône), membre du Conseil départemental d'hygiène.

Service de santé. — PROMOTIONS TRIMESTRIELLES. *Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels : Delahousse, de l'hosp. mixte de Rouen ; Truchetet, de l'hosp. mixte de Dijon ; Badie, de l'hôp. du camp de Mourmelon ; Lombardy, du ministère de la Guerre.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Jughon, de la comm. consultative méd., Paris ; de Bernard de Seigneurens, de la base aérienne de Metz, à l'hôp. Legouest ; Monteux, de l'Ecole de Saint-Cyr ; de Chaisemartin, de l'Ecole d'applic. de la cavalerie ; Petit, de l'hôp. Villemin, dét. au ministère de la Guerre.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Millo, de l'hôp. Desgenettes, Lyon ; Morel, du 506e chars ; Tarayre, du 19e C. A. ; Placidi, du ministère de l'Air; Guillamet, de l'in. hôp. de Modane ; Frejafon, du 150e d'inf. ; Rougetet, des terr. du Sud Tunisien.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Rolland, du 19e C. A. ; Aumeunier, du 188e d'art. ; Denayrolles, du 99e d'inf. ; Theurkhauff, des troupes du Levant ; Cadars, du 6e cuirassiers ; Arnaud, du 19e C. A. ; Goumet, du 171e d'inf. ; Bergerot, du 19e C. A. ; Joutard, du 19e C. A. ; Prieur, du 4e d'inf. ; Dargein, du 3e bat. de dragons portés.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Au grade de médecin colonel.* — Les médecins lieutenants-colonels : de Reilhan de Carnas, en A. O. F. ; Le Cousse, au 1er d'inf. col.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — Les médecins commandants : Laurency, du 2e d'inf. col. ; Fabre, du 14e tir. sénégalais ; Robert, de l'Ecole d'applic. du serv. de santé des troupes col. ; Lefrou, en A. O. F.

Au grade de médecin commandant. — Les médecins capitaines : Dejou, de l'Ecole d'applic. du service de santé ; Kervingant, au Pacifique ; Renucci, du 42e bat. de mitr. malgaches ; Le Tallec, en A. E. F. ; Aubin, de l'Ecole d'applic. du service de santé ; Buquet, en Chine ; Andrieu, en Indochine ; Cabiran, en A. E. Z. ; Favier, du 8e tir. sénégalais ; Pieri, en A. O. F.

Au grade de médecin capitaine. — Les médecins lieutenants : Henrk, en A. O. F. ; Faye, du 41e mitr. d'inf. col. ; Palinacci, du 1er d'inf. col. ; Bittore, au 2e d'inf. col. ; Nicolas, du 4e tir. séné. ; Journe, du dépôt des isolés ; de Curton, du centre de trans. des troupes indig. col. ; Helfft, du 3e d'inf. col. ; Massal, au Pacifique ; Trinquier, du 1er d'inf. col. ; Brun, du 8e tir. séné. ; Riche, du dépôt des isolés ; Allard, de l'hôp. de Fréjus ; Robert, du 2e d'art. col. ; Lutrot, du 1er d'inf. col. ; Bex, du 1er d'inf. col. ; Milox, du 24e tir. séné. ; Gontier, en A. O. F.

MUTATIONS SEMI-MENSUELLES. — Le médecin colonel Baur, de l'hôp. Sédillot, à Nancy, dir. du serv. de santé des troupes de Tunisie.

Les médecins lieutenants-colonels : Maire, de l'hôp. Gaujot, à Strasbourg, à l'hôp. Sédillot, à Nancy ; de Lagoaère, de l'hosp. mixte de Limoges, désigné comme médecin-chef ; Debord, de l'hosp. mixte de Limoges, désigné comme prés. de comm. de réforme.

Le médecin commandant : Clerc, de l'hosp. mixte de Besançon au 19e C. A.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *En Indochine.* — Le médecin commandant Gaudard, du 16e tir. sénégalais.

En Afrique orientale française. — Le pharmacien commandant Bouillat, du dépôt des isolés.

En Tunisie. — Le médecin commandant Tempon, du 14e tir. sénégalais.

Au 3e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Jabin-Dudognon, rentré des Nouvelles-Hébrides.

Au 21e d'infanterie coloniale. — Le médecin commandant Vernon, rentré d'Indochine.

Au 4e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Le Saint, du 16e tir. sénégalais.

Au 16e tirailleurs sénégalais. — Le médecin commandant Laney, rentré d'Indochine.

Au 3e d'artillerie coloniale. — Le médecin commandant Odend'hal, rentré d'A. O. F.

Lyon. — Un concours d'admissibilité pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux a été ouvert lundi 15 mars, à l'Hôtel-Dieu.

A l'issue des épreuves, MM. les Docteurs Trillat (Albert) et Pierre Colson ont été déclarés admissibles.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile. — M. le Docteur P.-F. Armand-Delille, avec le concours de Ch. Lestocquoy, fera du lundi 12 avril au samedi 8 mai 1937, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmettte.

Chaque matin, à 10 heures, visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Droits d'inscription : 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Objet du cours : 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. La contagion tuberculeuse. Hypothèses sur le virus filtrable. — 2. Primo-infection : tuberculose pulmonaire du nourrisson. — 3. Primo-infection : tuberculose des ganglions bronchiques. — 4. Primo-infection : stade de généralisation (tuberculose miliaire, granulie). — 5. Tuberculose de réinfection : spléno-pneumonies. — 6. Tuberculose de réinfection : pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro-caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — 7. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 8. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon : injections intratrachéale de lipiodol. — 9. Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 10. La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 12. Tuberculoses viscérales ; symphyse péricardite et cirrhose cardio-tuberculeuse. 13. Tuberculsoe rénale. — 14. Tuberculoses cutanées et gommes tuberculeuses. — 15. Erythème noueux. — 16. Méningite tuberculeuse. — 17. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; recherche du bacille dans le contenu gastrique. — 18. Culture du sang d'après les méthodes nouvelles ; réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 19. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 20. Physiothétapie : héliothérapie en altitude et thalassothérapie. — 21. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 22. Prophylaxie : la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher. — 23. La vaccination antituberculeuse de Calmette ; 24. Visite d'un foyer de placement familial de l'Œuvre Grancher.

Médecins stagiaires de sanatoriums. — La formation des médecins de sanatoriums comporte un stage dans des services hospitaliers spécialisés de tuberculeux, suivi, s'il est possible, d'un stage dans les sanatoriums.

Les stages en sanatoriums, en vue de l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins-adjoints ont d'autant plus de valeur qu'ils sont accomplis dans les conditions suivantes :

1° Etre docteur en médecine ou étudiant ayant terminé sa scolarité et subi tous ses examens, sauf la thèse ;

2° Produire un certificat justifiant de connaissances en phtisiologie acquises dans un service hospitalier spécialisé de tuberculeux ;

3° S'engager à remplir les fonctions de médecin stagiaire pour une durée de six mois au moins.

Les médecins stagiaires sont en surnombre dans les établissements et en aucun cas ne peuvent prendre la place des médecins-adjoints dont le nombre est fixé par le décret du 25 septembre 1925. Ils bénéficient d'avantages en nature, et, s'il y a lieu, d'une indemnité mensuelle.

Les candidats désirant remplir les fonctions de médecins stagiaires sont invités à s'inscrire au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris. D'autre part, les médecins directeurs de sanatoriums qui acceptent de recevoir des médecins stagiaires, dans les conditions sus-indiquées, sont priés d'en aviser le Comité.

Association générale des médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical.* — Fondation de M. le Docteur Roussel. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le Docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (VIIe), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1937.

Bal de la pharmacie française. — Il aura lieu le samedi 10 avril à 22 heures, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle.

Carte de famille (quatre personnes), 120 francs ; cavaliers, 45 francs ; dames, 35 francs ; étudiants, 25 francs ; souper facultatif, 65 francs (champagne et service compris).

Des cartes sont dès maintenant mises en vente au Siège social de l'Association amicale des étudiants en pharmacie de France, 85, boulevard Saint-Michel, Paris.

Assemblée générale de la Société de prophylaxie sanitaire et morale. — Elle a eu lieu le 11 mars 1937 à l'Institut Fournier, sous la présidence du professeur Gougerot.

Le Docteur André Morin a retracé la vie de Louis Fiaux, celui-ci déjà avant sa thèse de 1875 et surtout par la suite, tint un rôle important en politique pour tout ce qui concerne les questions de prophylaxie et de très nombreux livres et de multiples articles furent écrits par lui, qui, peu à peu, modelèrent l'opinion.

Fiaux qui savait être clair pour être compris et complet pour être utile, était un abolitionniste de stricte observance, il s'occupa également du délit pénal de contamination, des questions de mariage et de divorce et de tout ce qui touchait aux œuvres de prophylaxie ou d'assistance.

Mme le Docteur Montreuil-Strauss exposa l'activité du Comité d'éducation féminine qui, l'année écoulée, exerça par des conférences, son activité à Paris, en province et en Algérie. Ces conférences faites surtout devant des publics féminins montrèrent l'intérêt de l'éducation sanitaire de la jeunesse et le succès obtenu illustre l'intérêt pris par les auditoires aux conférences qui leur furent faites.

Le Docteur Sicard de Plauzoles fit part à l'Assemblée générale des événements marquants de l'année 1936 et, en particu-

lier, de la mission qui avait été donnée par le ministère de la Santé publique à la Société de prophylaxie sanitaire et morale qui a maintenant la charge de la propagande antivénérienne en France. Ainsi est reconnue l'activité de cette Société dans ce domaine depuis plus de 36 ans et les idées, en matière de prophylaxie, défendues par la Société, vont pouvoir trouver application, la propagande prophylactique pouvant être faite devant de nombreux milieux de jeunes gens.

Le projet de loi du gouvernement concernant la prophylaxie des maladies vénériennes n'est pas encore exactement ce que la Société souhaitait, mais il faut enregistrer quand même un progrès sur ce qui existait, surtout en ce qui concerne le proxénétisme et le délit de contamination.

Le Docteur Sicard de Plauzoles signale la part prise par la Société au Congrès de la prophylaxie de la syphilis en mars 1936 et à la Conférence de la prophylaxie des maladies vénériennes dans la marine marchande.

Hôpitaux de Tunis. — Un concours sera ouvert, au siège de la Faculté de médecine, à Paris, le mardi 4 mai 1937, à 9 heures du matin, pour trois emplois de chirurgien des hôpitaux de Tunis.

Un autre concours sera ouvert, le mercredi 5 mai 1937, à 9 heures du matin, pour un emploi de médecin des hôpitaux

La liste d'inscription sera close le 3 avril 1937.

Adresser à la Direction de l'Intérieur (Service de la Santé publique à Tunis), les demandes avec indication de la résidence actuelle.

Médecin-Adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot). — Un concours sur titres est ouvet en vue de la nomination d'un médecin-adjoint au Sanatorium de Monftaucon (Lot), établissement de la Fédération des Sociétés postales de Mutualité.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 30.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 15 avril 1937, leur demande au Comité National de Défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, à Paris, VI[e]), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

Association française des femmes médecins.— La XIV[e] Assemblée générale annuelle se tiendra le samedi 24 avril, à 18 h. 30, à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, Paris (VIII[e]), et sera suivie d'un dîner sous la présidence de M. Siredey où l'on commémorera le cinquantenaire de la nomination de Mme Déjerine, première femme interne des hôpitaux de Paris.

Pour tous renseignements s'adresser à la secrétaire générale Mlle Serin, 11, boulevard Port-Royal, Paris (XIII[e].)

Journées médicales internationales de Paris (26-30 juin 1937). — Programme scientifique. — *Samedi 26 juin 1937*, 9 h. 1/2, séance d'ouverture : Discours protocolaires. — *Conférences générales introductives* : 1° Les régulations neuro-hormonales : Professeur Roussy (Paris) ; 2° Les régulations hormo-hormonales : Prof. Roussy (Paris) ; 3° Les régulations hormonales en clinique médicale : Prof. Mauriac (Bordeaux) ; 4° Les régulations hormonales en clinique chirurgicale : Prof. Leriche (Strasbourg).

Samedi soir, 26 juin 1937, dimanche 27, lundi 28, mardi 29, mercredi 30 juin 1937, matin : séances dans les hôpitaux ; après-midi : séances de travail par sections :

Régulations hypophysaires : Biochimie et pharmacodynamie des hormones hypophysaires : Prof. agr. Hazard (Paris) ; Régulation post-hypophysaire des échanges aqueux. Traitement du diabète insipide : Prof. Villaret, prof. agr. Justin Besançon, Docteur Cachera (Paris) ; Hormones hypophysaires en obstétrique : Docteur Devraigne (Paris) ; Greffes hypophysaires : Docteur Raoul May (Paris) ; Hormones hypophysaires et développement génital : Docteur Moricard (Paris) ; Maladies de Cushing et de Simmonds : Prof. Lucien Cornil (Marseille) ; Acromégalie, acromicrie, gigantisme, nanisme : Prof. agr. Bariéty (Paris) ; Syndromes adiposo-génitaux : prof. agr. Bariéty (Paris) ; Hormones hypophysaires neurotropes : prof. Rémy-Collin (Nancy) ; Hormones thyréotropes, pancréatotropes, surrénalotropes : Prof. Aron (Strasbourg) ; Radiologie et radiothérapie hypophysaires : Docteur Belot (Paris) ; Chirurgie hypophysaire : Docteur Clovis Vincent (Paris).

Régulations génitales : Régulations hypophysaires et gonades : Prof. Aschheim (Berlin) ; Hormones gonadotropes en pathologie obstétricale : Prof. Brindeau et Docteur Hinglais (Paris) ; Biochimie des hormones mâles : Prof. Ruzicka (Zurick) ; Biochimie des hormones femelles : Docteur André Girard (Paris) ; Tests biologiques des hormones sexuelles : Prof. Courrier

(Alger) ; Diagnostic de la grossesse : Prof. SIMONNET (Alfort) ; Les actions inhibitrices des hormones sexuelles : Prof. CHAMPY (Paris) ; Eliminations urinaires des hormones gonadotropes : Prof. SIEBKE (Bonn) : Le déclenchement hormonal du rut : Prof. SIEBKE (Bonn) ; Hormones et développement sexuel embryonnaire : Prof. SIEBKE (Bonn) ; Hormones mâles et développement de l'enfant : Docteur LESNE, Docteur Cl. LAUNAY et Docteur BOYE (Paris) ; Hormones mâles et hypertrophie prostatique : Prof. agr. GUY-LAROCHE (Paris) ; Hormones génitales et inversion sexuelle : Prof. SAND (Copenhague) ; Les états intersexuels : Prof. MARANON (Madrid) ; Hormones génitales et psychiatrie : Doyen EUZIERE (Montpellier) ; Hormones génitales en gynécologie : Prof. MOCQUOT (Paris) ; Hormonothérapie par le corps jaune : Prof. CLAUBERG (Kœnigsberg) ; Hormones génitales en pathologie vétérinaire : Prof. LESBOUYRIES (Alfort).

Régulations surrénales, rénales, cardio-vasculaires : Biochimie et pharmacodynamie des hormones surrénales : Prof. TIFFENEAU (Paris) ; Hormones surrénales et régulations cardio-vasculaires : Prof. TOURNADE (Alger) ; Dysrégulations surrénales et hypertension : Prof. agr. DONZELOT (Paris) ; Dysrégulations surrénales et hypertension des rénaux : Prof. agr. P. VALLÉRY-RADOT, Prof. agr. J. BEZANÇON et Docteur ISRAEL (Paris) ; Maladie d'Addison et cortine : Prof. ROCH et Docteur ERI MARTIN (Genève) ; Hormones surrénales, virilisme, hirsutisme : Docteur APERT (Paris) ; Hormones rénales : Prof. CASTAIGNE (Clermont-Ferrand) ; Hrmones cardiaques : Prof. DEMOOR (Bruxelles).

Régulations thyroïdiennes, parathyroïdiennes, etc. : Hormones thyroïdiennes et métabolisme basal : Docteur ESCALIER (Paris) ; Myxœdème et dysrégulations thyroïdiennes : Prof. CARVAT (Prague) ; Mécanisme neuro-hormonal dans les dysrégulations thyroïdiennes : Prof. DANIÉLOPOLU (Bucarest) ; Dysfonctions thyroïdiennes et chirurgie : Docteur WELTI (Paris) ; Dysfonctions thyroïdiennes et radiothérapie : Docteur DELHERM (Paris) ; Biochimie des hormones parathyroïdiennes. — Régulations parathyroïdiennes du métabolisme calcique : Prof. agr. H. BÉNARD (Paris) ; Dysfonctions parathyroïdiennes et troubles osseux : Docteur SAINTON (Paris) ; Dysfonctions parathyroïdiennes et tétanie : Prof. SNAPPER (Amsterdam) ; Dysfonctions parathyroïdiennes et chirurgie : Prof. BÉRARD (Lyon) ; Hormones thymiques : Prof. LEREBOULLET et Docteur ODINET; (Paris) ; Hormones épiphysaires : Prof. A. BAUDOUIN (Paris) : Hormones nerveuses.

Régulations pancréatiques, sanguines : Biochimie de l'insuline Prof. POLONOWSKI (Paris) ; Vagotonine : Prof. SANTENOISE (Nancy) ; Régulations hormonales de la glycémie : Prof. ZUNZ et LABARRE (Bruxelles) ; Régulations neuro-hormonales de la glycémie : Prof. HALLION et GAYET (Paris) ; Régulations hormonales et hyperglycémie en clinique : Prof. agr. BOULIN (Paris). Dysrégulations hormonales et hypoglycémie en clinique : Prof. F. RATHERY (Paris) ; Dysrégulation hormonale et acidose en clinique : Prof. ZOZA (Milan) ; Diabète hypophysaire : Prof. D. SYLLABA (Progue).

Régulations hépatiques, digestives : Hormones et ferments hépatiques : Prof. N. FIESSINGER (Paris) ; Traitement hormonal des dysfonctions hépatiques : Prof. M. PERRIN (Nancy) ; Opothérapie biliaire : Prof. agr. CHABROL (Paris) ; Biochimie et pharmacodynamie des principes anti-anémiques : Prof. KOSKOWSKI (Lwow) ; Les principes anti-anémiques du foie et de l'estomac en clinique : Prof. agr. AUJALEU (Val-de-Grâce) ; Dysrégulations gastriques : anémies et polyglobulies : Docteur CAROLI (Paris) ; Thérapeutique hormonale de l'anémie pernicieuse : Prof. agr. AUBERTIN (Paris) ; Thérapeutique hormonale des achylies gastriques : Prof. agr. CHEVALLIER et Docteur F. MOUTIER (Paris) ; Régulations digestives par la sécrétine : Prof. agr. CHIRAY et Docteur BOLGERT (Paris).

Régulations spléniques : Régulations spléniques de la masse sanguine : Prof. Léon BINET (Paris) ; Splénectomie dans les états hémorragiques : Prof. ABRAMI (Paris) ; Rôle endocrinien de la rate : Prof. SOULA (Toulouse).

Mercredi 30 juin 1937, séance de clôture. — *Conférences générales* : Hormones synthétiques : Prof. BUTENANDT (Berlin) ; Hormones et vitamines en biologie : Prof. VON EULER (Stockholm) ; Hormones et vitamines en clinique : Prof. MOURIQUAND, (Lyon) ; Hormones végétales : Prof. MOURIQUAND (Lyon) ; Hormones et principes cancérigènes : Prof. OBERLING (Strasbourg) et Prof. agr. SANNIE (Paris) ; Anti-hormones.

Conclusions pratiques : Conclusions pratiques en clinique : Prof. LOEPER (Paris) ; Conclusions pratiques en thérapeutique : Prof. HARVIER (Paris).

VIe Congrès français de gynécologie (15-18 mai 1937). - Président M. le Professeur Mériel ; secrétaire général, M. Maurice Fabre.

Question à l'ordre du jour : *Le cancer du col utérin.*

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements on est prié de s'adresser à : M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général du VIe Congrès Français de Gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

« Un de mes vieux maîtres me répétait souvent : « *Sans un peu d'art, de science et de charité, la médecine ne serait qu'une branche des pompes funèbres* ».

Nous devons constamment nous pencher sur les misères humaines et dans la mesure du possible chercher à les soulager, imitant l'illustre reine de Carthage :

Non ignora mali, miseris succurere disco». (B. LYONNET. — L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples. Ses remèdes possibles. Une broch., Lyon, 1937).

TRAVAUX ORIGINAUX

Endartérite chronique progressive des sujets d'âge moyen

Par PIERRE-MAURIAC

Les livres classiques décrivent l'endartérite sénile et lui opposent l'endartérite chronique progressive des sujets jeunes. C'est un schéma un peu simple et qui néglige les troubles artériels de l'âge moyen. Ces limites sont, il est vrai, difficile à tracer des trois âges de la vie : mais je suis de ceux qui, s'ils ne vont pas jusqu'à donner du jeune homme au cinquantenaire se refusent à y voir un vieillard.

OBSERVATION I. — Cet homme de 46 ans n'en revient pas d'être malade : il arrive dans mon cabinet pour me prendre à témoin de l'injustice du sort. Lui qui n'a jamais bu, ni fait d'excès d'aucune sorte, qui n'a vu le médecin qu'une fois en 1913 pour un accès de fièvre intitulé paludisme, est « pris par la patte » au point qu'il a dû suspendre ses fonctions de voyageur de commerce.

Il y a près d'un an (août 1935), il ressent pour la première fois après une marche de 5 à 6 kilomètres, une crampe douloureuse à la jambe droite avec sensation de tension insupportable dans le mollet. Obligé de s'arrêter, il reprend son chemin au bout de quelques minutes et peut parcourir sans gêne deux ou trois kilomètres. La crampe apparaît à nouveau et le cloue sur place quelques minutes ; il peut ensuite rentrer normalement chez lui.

Depuis ce jour les mêmes accidents se produisent toujours dans les mêmes conditions. Mais au lieu de n'apparaître qu'au bout de 5-6 kilomètres, la distance diminue tous les jours au bout de laquelle la crampe douloureuse interrompt la course. Notre malade ne peut plus parcourir que trois kilomètres, puis deux kilomètres, puis un kilomètre.

En mai 1936, il ressent au repos une impression de froid au niveau du pied droit ; cette sensation s'exagère la nuit, prend peu à peu la forme de fourmillement, puis de véritables douleurs des orteils et de la plante. La position étendue est surtout insupportable ; le malade se trouve soulagé par la position debout ; il passe ses nuits la jambe malade pendante hors du lit et en éprouve du soulagement ; de même en plongeant son pied dans l'eau chaude.

A la fin du mois de mai 1936, il peut parcourir à peine 100-200 mètres, car la crampe se produit aussitôt ; il doit marcher très lentement et s'est vu obligé d'abandonner sa profession.

Actuellement, c'est un homme fatigué, démoralisé, cloué dans son fauteuil, ne pouvant supporter la position étendue, passant la nuit assis sur son lit la jambe droite pendante.

L'état général est pourtant assez bon : l'appétit est conservé : les fonctions digestives et urinaires sont normales. Il n'y a rien d'anormal du côté des poumons, du système nerveux, ou des autres appareils.

Les bruits du cœur sont réguliers bien frappés ; on n'entend aucun souffle. Pas de modifications morphologiques ou chimiques du sang.

Les artères ne sont pas dures.

L'exploration oscillométrique donne les résultats suivants :

	Mx	Mn	Indice
Poignet gauche	15	9	4
Poignet droit	16	9	2 1/2
Jambe gauche (région malléolaire)	18	11	3 1/2
Jambe droite (région malléolaire)	0	0	0

L'épreuve du bain chaud, pas plus que l'épreuve de l'acécoline, ne déclenche la moindre oscillation.

On sent la fémorale battre faiblement à l'arcade crurale : les oscillations au tiers inférieur de la cuisse droite sont nulles.

OBSERVATION II. — Voilà encore un homme d'âge mûr, 50 ans, chef de train, qui ne fume pas, qui ne boit pas, et a toujours joui d'une santé parfaite.

En 1931, il ressent dans la jambe droite au cours d'une marche une sensation de spasme douloureux ; peu à peu, la distance qu'il lui est possible de parcourir avant que n'éclate la crampe devient de plus en plus courte. Au bout de un an, des brûlures surviennent durant la nuit au niveau de la plante et du gros orteil du pied droit : la chaleur comme le froid les provoquent. Enfin, il y a six mois apparut une sorte de petite crevasse sur le bord interne du gros orteil.

Un médecin consulté il y a trois mois prescrivit des piqûres d'acétylcholine : une amélioration nette se produisit et la crevasse guérit.

Mais, comme les douleurs persistent à la marche, le malade entre à l'hôpital le 17 décembre 1934.

Lors de ce premier séjour dans notre service, tous les examens cliniques ou humoraux sont normaux : seuls peuvent être mis en évidence des troubles circulatoires périphériques.

Au poignet gauche comme au poignet droit, la tension est de 15-8. Mais l'indice qui est de 6 à gauche n'est que de 4 1/2 à droite.

A la jambe droite comme à la jambe gauche, la tension est de 15-9 ; mais l'indice qui est de 3 à gauche n'est que de 1,5 à droite (jambe douloureuse).

On porte le diagnostic d'artérite du membre inférieur droit avec obstruction incomplète et spasme surajouté. Bien qu'aucun signe fonctionnel ne se manifeste du côté du bras droit, nous notons une petite gêne circulatoire de ce côté.

Le repos, l'acétylcholine, amenèrent une amélioration telle que le malade sortit de l'hôpital le 29 janvier 1935 ne souffrant plus à la marche.

Mais peu à peu apparaissent des douleurs dans le pied gauche ; en septembre 1936, elles deviennent particulièrement vives dans le talon. Un peu plus tard des élancements surviennent au niveau du membre supérieur dans l'éminence hypothénar et dans l'auriculaire droit. Enfin, le 7 novembre après une marche forcée, le malade ressent une douleur violente au niveau des orteils, puis de tout le pied gauche ; cette douleur persiste sous forme de brûlures vives particulièrement marquées la nuit, ou dans le décubitus.

Le malade entre à nouveau à l'hôpital. Nous constatons que le membre droit primitivement malade a un aspect normal ; il n'est le siège d'aucune gêne douloureuse. Par contre, le pied gauche est rouge, violacé, froid, douloureux à la pression. Il existe une petite ulcération entre les quatrième et cinquième orteils.

Bordet-Wassermann = négatif, glycémie : 1 gr. 40 ; azotémie 0,30.

L'examen clinique ne met en évidence aucun trouble organique en dehors du système artériel.

	Tension artérielle	Indice
Au poignet droit ..	17-9 1/2	4
Au poignet gauche.	18-10	6
A la jambe droite..	—	0
A la cuisse droite...	—	1/2
A la jambe gauche.	—	0
A la cuisse gauche.	20-11	3 1/2

En résumé, un homme de 50 ans présente lors de son premier séjour à l'hôpital (décembre 1934), des signes indéniables d'artérite douloureuse de la jambe droite, avec diminution de l'indice oscillométrique à la jambe gauche, sans signe fonctionnel, A ce moment, l'indice oscillométrique du poignet droit est diminué.

A sa seconde entrée à l'hôpital (novembre 1936), les douleurs spontanées et à la marche ont totalement disparu à droite, bien que les oscillations ne se soient pas améliorées, au contraire, puisque de 1,5, elles sont tombées à 0.

Par contre, le membre inférieur gauche est le siège de violentes douleurs et des troubles trophiques ; les oscillations sont inexistantes à la malléole ; mais elles sont normales à la cuisse gauche, alors qu'elles sont, à peine, ébauchées à la cuisse droite.

Au niveau du poignet droit, les résultats de l'oscillométrie sont les mêmes que plusieurs mois auparavant, mais les douleurs ont apparu.

Diagnostic. — Il est inutile de discuter longuement le diagnostic du mal dont sont atteints nos malades : nous sommes en présence de troubles circulatoires d'origine

artérielle, d'endartérite. Le point un peu particulier de nos observations réside dans l'âge des patients. Ils ont à peine atteints la cinquantaine ; nous ne pouvons parler de l'endartérite des gens âgés si fréquente chez les diabétiques, et les athéromateux : ici, pas de sucre dans les urines et les artères sont souples.

D'autre part, il serait un peu exagéré de classer nos observations dans les artérites des sujets jeunes d'origine le plus souvent syphilitique. Ce sons plutôt des artérites de l'âge moyen, de l'âge mûr ; et, pour leur trouver une place dans les cadres nosologiques, deux diagnostics doivent être envisagés.

a) *Thrombo-angéite oblitérante* (maladie de Léo Buerger, 1906) : chez un malade, on trouve bien comme dans l'angéite des foyers successifs, les douleurs atroces ; mais les troubles trophiques sont relativement peu marqués ; et puis, la gangrène n'a pas encore parue alors que les douleurs existent depuis longtemps, ce qui n'est pas la règle pour la maladie de Burger dans laquelle la gangrène à une évolution rapide qui nécessite des amputations multiples ; enfin, nos malades ne présentent pas les stigmates sanguins de la thrombo-angéite : polyglobulie, augmentation des plaquettes, augmentation de la coagulabilité, diminution du temps de saignement, hyper-viscosité, hyperglycémie, hypercholestérolémie.

b) *Endartérite oblitérante chronique progressive des sujets jeunes... ou d'âge mur.* — Les caractères principaux en sont l'allure monosymptomatique avec troubles vasculaires limités aux artères périphériques ; le peu d'importance des lésions trophiques ou gangréneuses, qui sont rarement humides, et se limitent à un orteil ou à un segment d'orteil ; la longueur de l'évolution ; la fréquence des formes stabilisées évoluant vers la guérison. C'est bien l'allure générale de l'affection que nous ob ervons chez nos malades ; et nous nous croyons autorisés à porter le diagnostic d'*endartérite chronique progressive des sujets d'âge moyen.*

Mais l'intérêt de ces observations ne se limite pas à un diagnostic à discuter. Les résultats fournis par *l'oscillométrie* offrent matière à réflexions utiles.

Remarquons d'abord qu'en dehors du membre évidemment atteint, l'oscillométrie permet de dépister certain territoire mal irrigué : d'abord le poignet droit chez notre premier malade au niveau duquel l'indice n'est que de 2 1/2 au lieu de 4. Sans doute aucun trouble fonctionnel ou douloureux n'existe à ce niveau ; mais l'observation 2 prouve qu'une telle constatation n'est pourtant pas négligeable : là aussi en 1934, l'indice du poignet droit est trouvé diminué, et deux ans plus tard, des sensations paresthésiques se font jour sans que l'oblitération artérielle ne soit aggravée.

Autre constatation troublante chez notre deuxième malade : en 1934, il souffre horriblement de la jambe gauche au niveau de laquelle l'indice n'est que de 1.5 : en 1936, les oscillations ont complètement disparu, et les douleurs ont cessé. Mais elles se produisent du côté droit où les oscillations sont nulles à la malléole mais subsistent à la cuisse. Que conclure de tous ces résultats ? C'est que l'oscillométrie, moyen d'investigation précieux, pour manifester l'obstruction artérielle, ne nous donne pas l'indice vrai de la capacité fonctionnelle d'un membre : les oscillations peuvent être complètement abolies et la vascularisation être suffisante par circulation collatérale. Quelquefois, les artères sont perméables, mais leur rigidité étouffent toute oscillation.

D'autres fois, les oscillations sont conservées et cependant des troubles circulatoires sont évidents ; ce sont alors les ramifications terminales des artères qui sont seules touchées.

D'une façon générale, s'il était possible d'explorer tout le système artériel des sujets atteints d'endartérite des membres inférieurs, bien souvent on trouverait que bien d'autres points de l'arbre circulatoire sont atteints. Au surplus, la lésion artérielle seule ne suffit pas à expliquer tous les troubles présentés par les malades. Un élément se surajoute, *le spasme vasculaire* dont on ne saurait méconnaître l'importance. Il explique les paroxysmes ; il explique aussi dans une certaine mesure l'intermittence des signes fonctionnels et douloureux alors que les lésions restent inchangées ou s'aggravent.

Le spasme artériel a été l'objet de recherches remarquables de l'Ecole marseillaise. Cornil, Olmer, Mosinger l'ont spécialement étudié dans les artérites. Ils ont bien montré que l'endartérite s'accompagne de périartérite : la voie de propagation de l'infection n'est pas la media, mais bien l'adventice artérielle riche en terminaisons nerveuses et en corpuscules sensitifs ; c'est autour d'eux que se localise l'inflammation, pour se propager ensuite jusqu'à l'adventice veineux.

La vaso-constriction qui en résulte peut se produire directement ou indirectement.

Directement, la souffrance tissulaire due aux modifications humorales (augmentation de CO^2, diminution du pH) est capable de déterminer la vaso-constriction.

Indirectement par réflexe le spasme peut se produire ; l'inflammation excitant les formations sensitives terminales met en branle les centres encéphalo-médullaire ou les centres périphériques : ganglions, chaîne sympathique, splanchnique qui est un véritable ganglion étiré (Hermann et Jourdan), peut être même centres de la paroi des vaisseaux, centres intramuraux de Leriche et Fontaine.

Ce spasme peut d'ailleurs ne pas se localiser au seul vaisseau intéressé ; toute excitation de la paroi artérielle se manifeste par des spasmes à distance qui sont fonction et de l'excitabilité propre du système sympathique en rapport eux-mêmes avec les glandes endocrines, et du degré de l'irritation, et de la répétition des atteintes, etc., etc.

Comme dit E. May, le sympathique doit être considéré comme un réseau très étendu dans lequel un ébranlement subi en un point peut se répercuter dans toute l'étendue du système.

Aussi dans les troubles circulatoires plus que partout ailleurs la lésion n'explique pas tout, et le spasme joue un rôle capital.

Nous sommes d'ailleurs persuadés que les troubles vasomoteurs interviennent dans bien des syndromes pour lesquels on cherche d'autres explications. Je songe par exemple à certains cas de diabète, intermittents du moins à leur début, et qui surviennent chez des sujets encore jeunes ; si on les interroge et on les observe avec soin, on constate quelquefois une asphyxie des extrémités, marquant une sensibilité vasculaire évidente. Et on peut se demander si les troubles glandulaires, pancréatiques ou autres que manifeste le diabète ne sont pas dus chez ces sujets aux réactions vaso-motrices viscérales. Les formes des endosympathoses sont infinies.

Mais tous les individus ne sont pas égaux devant l'attaque : chez certains malades on est obligé d'admettre une fragilité particulière, héréditaire constitutionnelle des parois vasculaires ; chez d'autre, apparait une sensibilité particulière du système sympathique.

Enfin, pour expliquer la localisation d'une infection sur les vaisseaux, il est logique de supposer l'existence de ger-

mes spéciaux qui seraient angéiotropes ; comme il y en aurait de neurotropes ; ces germes frappent avec prédilection, les tissus qui prennent leur origine dans les îlots de Wolf et de Pouder, les globules du sang par exemple.

N'a-t-on pas constaté que certaines variétés d'érythrémie s'accompagnent de réactions artéritiques et phlébitiques (Del Castillo) ?

Pronostic et traitement. — Quel pronostic devons-nous porter ?

Si nous considérons l'évolution déjà longue de cette affection chez nos deux malades, il semble bien que le pronostic doive être peut être moins grave que dans les artérites séniles. L'un des caractères de l'endartérite oblitérante chronique progressive des sujets jeunes est justement la fréquence des formes stabilisées évoluant vers la guérison.

Le simple repos aidé de quelques piqûres d'acétylcholéine a fortement amélioré notre premier malade.

Le second malade souffrait horriblement et ne fut vraiment calmé que par les injections intra-veineuses d'une solution salée hypertonique à 50 p. 1000 suivant la méthode de Silbert ; chaque injection de 50-100 cent. cubes de cette solution provoquait une sédation nette des douleurs pendant quarante-huit heures ; peu à peu les crises s'espacèrent sous l'influence des piqûres associées d'acétylcholine, et le malade quitta notre service se croyant guéri.

Nous savons hélas ce qui l'attend. Car nous le reverrons sans doute, nous ou un autre de nos confrères. A ce moment que pourrons-nous faire ?

Ou bien nous reviendrons à la cure de repos, aux injections d'acétylcholine associée à l'yohimbine, peut être aux piqûres d'insuline ; le tout aidé par une cure à Royat ou à Bourbon-Lancy. Ou bien nous tournerons les yeux vers des méthodes plus nouvelles ; non pas vers la grande chirurgie des surrénales la surrénalectomie préconisée par Oppel, combattue par Leibovici ; mais si vraiment les troubles circulatoires s'accentuent, surtout si comme il apparaît jusqu'ici les phénomènes de spasme s'associent dans de fortes proportions aux lésions d'artérite, alors l'application de rayons X sur la région surrénale ou sur les deux sympathiques lombaires apporteront peut être le soulagement attendu.

(Clinique médicale de l'Hôpital Saint-André.)

Tuberculose génitale et grossesse

Par **André PATOIR**, **Pierre DECOULX**
et **Gérard PATOIR**

C'est une notion classique de considérer la tuberculose génitale comme génératrice de stérilité. Cependant, on peut observer des grossesses qui se développent sur des organes génitaux atteints par le bacille de Koch qu'il s'agisse d'endométrites, de salpingites ou d'annexites. Ces localisations se révèlent au cours de la grossesse ou dans les jours qui suivent l'accouchement. On assiste alors à une évolution rapide des lésions sous forme d'une granulie qui d'abord localisée et péritonéale ne tarde pas à envahir l'organisme et entraîne la mort dans un délai fort bref.

La coexistence de la tuberculose génitale et de la grossesse est moins rare qu'on ne se l'imagine et Feuillade, dans sa thèse en 1924, en rapportait 60 cas. Fruhinsholz, Fournier ont publié depuis de nouvelles observations. Lecointre rapporte dans sa thèse six observations et Leibovici quatre.

Nous en avons récemment observé un que voici :

Observation. — H. D., 22 ans, a été suivie pendant sa grossesse à la Maison maternelle où elle ne présente aucun accident pathologique. Elle a simplement attiré l'attention sur un ballonnement indolore de l'abdomen. Elle était irrégulièrement réglée avant sa grossesse.

Elle accouche le 5 janvier dans le Service de M. le Professeur Bué (1). Tout se passe normalement.

Du 6 *au* 8, la température s'élève à 39°5. Elle se plaint de coliques. Les lochies sont un peu fétides, l'utérus douloureux.

Le 11, œdème des membres inférieurs.

Le 14, même état, on fait trois jours durant 40 c. c. de sérum Leclanche.

Le 18, 40°, frissons, céphalée, douleurs dans la fosse iliaque gauche, 40 c. c. de sérum de Vincent qu'on continue dans les jours suivants.

Le 19, frissons et nausées.

Le 21, douleurs abdominales sans contracture, matité dans les flancs, faciès pâle, pas de selles, mais des gaz.

Le 23, diarrhée fétide.

Le 24. La malade semble présenter une petite réaction pulmonaire et surtout une éruption érysipélatoïde à la cuisse droite. Elle passe à l'isolement. Elle a reçu 200 c. c. de sérum de Vincent.

Le teint est plombé, un peu terreux, narines pincées, dyspnée légère.

Abdomen augmenté de volume, mais pas de contracture, Présence d'une matité dans les flancs.

L'utérus n'est pas palpable par l'abdomen. Au toucher vaginal l'utérus, très haut situé, est difficilement perceptible en raison du météorisme. Sa mobilisation est douloureuse. Les culs-de-sacs sont souples, douloureux à gauche.

Le pouls bat à 100 bien frappé, la température est à 38°5. On pense à un début de péritonite ; sérum de Vincent 60 c. c. en intra-musculaires et 20 c. c. en intra-veineux. Rubiazol et tonicardiaques.

Le 25. La température est à 39°5, même état. On s'aperçoit que l'éruption de la cuisse n'est qu'une réaction locale au sérum.

L'hemoculture revient négative, pas de streptocoques dans les lochies, néanmoins les signes abdominaux persistent, on fait passer la malade en chirurgie.

Intervention. — Incision sous-ombilicale, issue d'un liquide citrin abondant, un peu trouble.

Anses intestinales congestives, parsemées de granulations volumineuses (1/2 mm.), blanches. Utérus et annexes congestifs saignants, couverts d'adhérences et de granulations, les unes petites sur le péritoine, vésical et annexiel, les autres beaucoup plus grandes sur le corps utérin. Les granulations siègent également sur tout le péritoine pariétal, le foie, l'intestin.

On pense à une lésion génitale primitive et on pratique une hystérectomie subtotale. Drainage vaginal. Mickulicz. L'utérus bien involué ne contient pas de placenta. Pas d'abcès.

L'examen anatomique d'un fragment de péritoine montre la présence de follicules de Kœster typiques au niveau des granulations. La muqueuse utérine ne présente pas d'altérations spéciales.

Il s'agissait donc bien d'une péritonite tuberculeuse d'origine génitale, latente jusqu'à l'accouchement et qui s'était développée rapidement après celui-ci. Elle avait pris le masque d'une infection streptococcique.

Toutes les thérapeutiques (sérum de Jousset, ultra-violets) ont échoué. La malade est morte le 25 février 1936 dans un état de cachexie avancée après avoir présenté des signes de généralisation : pulmonaire et méningée, son ascite s'était fistulisée et infectée.

L'autopsie a confirmé toutes ces lésions :

A l'ouverture de l'abdomen, tous les organes sont fixés dans une gangue fibreuse. Le liquide péritonéal est purulent. Le foie volumineux est recouvert de granulations. Les reins sont normaux.

Le péricarde contient du liquide citrin ainsi que les deux plèvres.

Le poumon gauche présente surtout dans le lobe inférieur, de nombreuses granulations. Au niveau du lobe supérieur deux nodules tuberculeux dont l'un calcifié. Le poumon droit est moins lésé, un ganglion hilaire calcifié.

Lésions de méningite bacillaire.

L'examen d'un fragment utérin montre que le tissu musculaire est réduit à l'état de vestiges disséminés dans un tissu conjonctif jeune, œdémateux, richement vascularisé. En certains points, on note l'existence de nodules inflammatoires spécifiques avec cellules géantes, cellules épithéliales rares et lymphoïdes, les follicules tuberculeux typiques voisinent avec des vastes plages de nécrose. Les parois vasculaires sont épaissies, mais on ne distingue pas de thrombose.

(1) Ce résumé d'observation (période du 5 janvier au 24), nous a été obligeamment communiqué par le Service de Clinique obstétricale de la Charité. Prof. V. Bué.

L'évolution possible d'une grossesse sur des organes génitaux lésés soulève des problèmes d'ordres différents.

Une première question se pose : celle de savoir, si la tuberculose préexiste à la conception. Il semble bien qu'il en est ainsi dans la majorité des cas. On relève en effet, chez des malades des antécédents pleuraux, pulmonaires ou génitaux qui permettent d'affirmer ou de soupçonner l'existence d'une lésion antérieure. Assez souvent, les grossesses survenues dans ces conditions n'aboutissent pas : l'évolution du processus infectieux s'accélère et détermine un avortement ou un accouchement prématuré.

Le problème est plus ardu lorsque les premiers signes apparents débutent dans les suites de couches. Il est des cas où il est absolument impossible de trouver dans les antécédents l'histoire d'une localisation bacillaire de quelque nature qu'elle soit. La grossesse s'est passée sans histoire et la péritonite tuberculeuse qui se déclare prend le masque d'une infection puerpérale. On est alors en droit de se demander s'il ne s'agit pas effectivement d'une septicémie puerpérale à bacilles de Koch. Il y a plus d'un point de ressemblance entre les manifestations aiguës de la bacillose *post partum* ou du *post abortum* et les infections dite endogènes.

Il s'agit, en effet, dans un cas comme dans l'autre, du réveil, sous l'influence du choc obstétrical, d'une infection focale latente. Que la tuberculose préexiste ne fait pas question. Notre observation montre dans le protocole d'autopsie au niveau du poumon gauche, deux images de bacillose ancienne. Mais ces lésions étaient torpides, inapparentes cliniquement, de même que l'infection streptococcique, pharyngée, digestive, ou sous-cutanée que généralise un traumatisme chirurgical ou obstétrical.

Il ne s'agit donc pas d'admettre que cette localisation du microbe soit primitive, mais on peut penser que les modifications de la sphère génitale puissent exercer un véritable appel pour tout germe microbien, fut-ce le bacille de Koch situé en un point quelconque de l'organisme. L'état de moindre résistance qui suit l'accouchement favorise encore ce phénomène. A la faveur de cet état le foyer initial apparemment éteint pourra subir une réactivation, essaimer. Les tissus génitaux encore contus, remaniés forment un admirable milieu de culture.

Lorsqu'il existe déjà un foyer génital l'explication est plus simple. Les modifications locales qu'entraînent la grossesse suffisent à expliquer l'évolution de lésions infectieuses plus ou moins latentes : une salpingite bacillaire au même titre qu'une annexite gonococcique ou streptococcique. Les manifestations cliniques pourront se déclarer pendant la grossesse (et alors entraîneront le plus souvent son interruption) ou après l'accouchement dans un délai plus ou moins éloigné. L'apparition précoce des accidents comme dans le cas que nous rapportons rend le diagnostic particulièrement difficile. Cette difficulté de diagnostic n'est pas spécifique au *post partum* et s'étend en fait à toutes les tuberculoses aiguës. Là le bacille de Koch se comporte comme un germe pathogène banal et son comportement ne rappelle en rien celui qu'il adopte dans les formes chroniques. De combien d'erreurs graves et prolongées, parfaitement explicables par l'analyse des faits, ne sont pas responsables, la pneumonie caséeuse, la granulie, les syndromes pleuro-péritonéaux ?

Fruhinsholz a publié une observation à la Société de gynécologie et obstétrique de Nancy qui est à peu de chose près superposable à la nôtre. En présence d'une malade qui, dans les suites de couches fait une température élevée, accompagnée d'un état général alarmant et de signes de localisation péritonéale on ne pense pas d'emblée à la péritonite bacillaire. Le diagnostic s'égare, on envisage une manifestation streptococcique et on institue un traitement qui ne peut avoir aucune action bienfaisante sur une localisation bacillaire. Quand il n'existe pas d'antécédents remarquables et qu'on observe la première manifestation de l'affection on ne pense jamais au début à la tuberculose. Ce n'est que dans les jours suivants, en raison de l'évolution atypique des phénomènes, de leur stabilité et de leur latence qu'on est amené à envisager la réalité. Rien n'attire, en effet, l'attention vers la bacillose, les quelques troubles menstruels, le ballonnement abdominal, une légère déficience de l'état général sont des faits insuffisants pour étayer le diagnostic.

Si nous insistons c'est que nous pensons non pas qu'il est possible de soupçonner l'affection à cette période, mais qu'il est nécessaire d'en connaître l'existence pour y penser plus tard.

Il faut savoir que la bacillose peut se présenter dans les suites de couches sous la forme d'une réaction péritonéale aiguë dont l'évolution permet seule de préciser la nature.

On conçoit de toutes façons que la thérapeutique soit le plus souvent illusoire. Lorsqu'il s'agit d'une bacillose péritonéale secondaire à un foyer pulmonaire, on ne peut guère faire plus que traiter l'état général et tenter une thérapeutique directe visant le foyer primitif. L'évolution se fait cependant très vite vers la généralisation et les manifestations méningées. Il n'y a pas ici place pour la chirurgie abdominale. Si, au contraire, on s'adresse à une tuberculose génitale primitive, il est possible lorsque l'essaimage péritonéal n'est pas trop avancé, d'envisager un traitement plus actif. La laparotomie permettra de préciser l'étendue des lésions et de pratiquer une irradiation aux U. V. intrapéritonéale.

En présence de lésions génitales évidentes et précises qu'on peut considérer comme à l'origine de la péritonite bacillaire, on doit pratiquer l'exérèse des foyers soit par castration unilatérale, soit par hystérectomie subtotale. Ceci nous amène à dire que, même en présence du soupçon de bacillose post-puerpérale, on ne doit pas rejeter *a priori* la laparotomie. Ce que nous venons d'établir montre qu'elle peut être utile ; ce que nous savons du pronostic de formes à début extra-génital nous prouve que malheureusement elle n'ajoute rien à leur nocivité.

Quel que soit le traitement effectué, le pronostic reste en effet très sombre. La mort est fréquente après une évolution de six semaines à deux mois. Et si l'on observe une amélioration, il ne faut pas oublier tout ce qu'elle a d'apparent. Il s'agit plutôt d'une rémission que d'une guérison. C'est poser ici tout le problème de l'évolution de la tuberculose.

De la tension artérielle chez les amputés

Par le Docteur A. VALAT

Dans un article remarquable, le Professeur Leriche écrivait la phrase suivante :

« J'ai l'impression que les amputés de la partie moyenne de la cuisse et les désarticulés de hanche deviennent rapidement des hypertendus ; beaucoup sont pléthoriques. Ce n'est pas parce qu'ils ne font pas d'exercices, car les infirmes par pseudarthrose du col n'en font pas davantage et ne changent pas ainsi. La question reste entière et mérite d'être examinée » (1).

Depuis plusieurs années nous avons pu, à l'hôpital militaire thermal de Barèges, examiner un certain nombre d'amputés et c'est le résultat de ces observations que nous apportons ici.

Déjà aux assises de la médecine générale française sur l'avenir des hypertendus, le Docteur Molinéry présente l'observation d'un confrère qui à l'âge de 36 ans subit l'amputation de cuisse au tiers supérieur, 14 ans après l'intervention, la tension s'élève, et il est noté 18 à la maxima et 10 à la minima (au Pachon). La tension a commencé à s'élever 7 ans après l'opération et 22 ans après elle progressait encore.

Nous avons pu suivre 90 amputés de cuisse en cinq ans. La tension a été toujours prise dans des conditions identiques suivant les indications de Vaquez et avec son appareil. Dans tou-

tes ces opérations, il s'agit de blessés de guerre (1914-1918). Dans les cas d'ankylose de hanche, nous avons éliminé toutes celles provenant de causes médicales.

D'après Vaquez nous dirons qu'il y a hypertension quand le chiffre de pression dépasse 160 mm. de mercure. La tension artérielle qui nous a servi de base n'est pas celle du jour de l'arrivée à Barèges, mais celle prise le deuxième ou le troisième jour, le matin et couché deux heures et demie après la prise du petit déjeuner. Comme d'après Vaquez l'hypertension débute vers la 40e année, nous avons divisé nos observations en deux séries : avant 40 ans, après 40 ans. Nous avons recherché chaque fois autant qu'il nous était possible l'influence de l'hérédité, de l'alcoolisme, de la syphilis.

Comparativement, nous avons aussi noté la tension chez les fracturés de la partie moyenne et du tiers inférieur du fémur, les amputés de jambe et chez des blessés ayant une section totale du nerf sciatique mais non amputés. Ceci pour rechercher l'influence des gros traumatismes nerveux sur la tension artérielle.

Leriche en 1934 posait la question suivante « pourquoi ne s'inquiète-t-on jamais dans la technique d'une amputation de la façon de traiter les nerfs de réduire au minimum la poussée des cylindraxes, la croissance de la névroglie, la formation des névromes. Cela a certainement plus d'importance pour l'avenir de l'amputé que la parfaite taille des muscles qu'empêche la conicité du moignon. Cette question de la cicatrisation des nerfs est celle qui domine et de beaucoup l'avenir fonctionnel des amputés. Elle ressort à la névro-chirurgie périphérique. C'est, dans ce sens que l'amputation doit être envisagée comme un acte de chirurgie nerveuse. »

Nous citerons aussi le pourcentage des hypertendus chez l'ensemble des blessés ou malades traités pendant le même temps à l'hôpital, tension prise toujours dans les mêmes conditions, et ceci à titre de comparaison. Enfin, nous signalerons les observations de ceux qui ont pu, au cours de ces cinq années devenir hypertendus.

Le tableau ci-dessous résume toutes nos observations :

	Avant 40 ans			Après 40 ans		
	Nomb. obs.	Nomb. hyper.	%	Nomb. obs.	Nomb. hyper.	%
Amputés de cuisse	27	2	7,4	63	13	20,63
Fracturés du col du fémur et ankylosés de hanche	11	1	0,99	47	10	21,27
Amputation de jambe	14	0	0	32	3	9,37
Fracturés du 1/3 moyen et 1/3 inférieur du fémur	35	1	2,85	69	12	17,39
Paralysés du nerf sciatique	6	0	0	13	3	23,08
Ensemble de blessés vus pendant le même temps défalcation faite des précédents	226	40	17,69	839	190	22,66

D'une façon générale, l'examen de ces observations montre que la tension artérielle a tendance à s'élever avec l'âge, peut-être plus rapidement chez les amputés de cuisse, les fracturés du col et les paralysés du sciatique que chez les autres. Quant aux variations brusques de tension, ayant motivé le passage dans la classe des hypertendus nous trouvons :

à 30 ans 13-9 — à 38 ans 16,5-10
à 38 ans 12,5-8 — à 42 ans 17-10

pour les amputés de cuisse

à 39 ans 14,5-9 — à 40 ans 17-10
à 50 ans 13,5-8,5 — à 53 ans 17-9,5

pour les amputés de jambe

à 37 ans 14-9 — à 39 ans 17-10,5
à 50 ans 15-8 — à 51 ans 16-10

pour les fracturés du tiers inférieur du fémur

à 47 ans 14-8 — à 49 ans 16-10
à 46 ans 12,5-6 — à 50 ans 17-9

pour les fracturés du col

Ces quelques observations n'ont que la valeur d'une statistique mais quoique leur nombre ne soit pas très élevé, elles permettent déjà de remarquer les faits suivants, que d'autres recherches portant sur une plus grand nombre pourraient ou confirmer ou infirmer.

Le pourcentage des hypertendus est à peu près le même chez les amputés de cuisse et chez les fracturés du col du fémur ou ankylosés de hanche.

Dans une étude récente, mais portant sur un nombre un peu moins élevé, nous avons trouvé chez les :

Amputés de cuisse après 40 ans	18,6 %
Fracturés du col du fémur après 40 ans	18,5 %
Paralysés du nerf sciatique après 40 ans	30 %

C'est donc approximativement les mêmes résultats. Il semble cependant que le rôle du système nerveux paraît indéniable et c'est ce qui expliquerait en partie tout au moins que les amputés de cuisse sont plus hypertendus que les amputés de jambe ou les fracturés du tiers inférieur du fémur, mais surtout hypertension chez les paralysés par section du nerf sciatique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) LERICHE. — Des amputations au point de vue mortalité. Technique physiologique de l'amputation considérée comme un acte de chirurgie nerveuse. *Presse Médicale*, 7 novembre 1934.

MOLINÉRY. — L'hypertension chez les amputés de la cuisse. *Assises de médecine générale française*, 1935.

A. VALATX. — De la tension artérielle chez les amputés. *C. R. Société de médecine de Toulouse*, novembre 1935.

PRATIQUE DERMATOLOGIQUE

Diagnostic et traitement du psoriasis du cuir chevelu

Par le Dr **Maurice PIGNOT**
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Au cuir chevelu, le plus souvent, le psoriasis n'est qu'une localisation entre beaucoup d'autres d'un psoriasis du corps et des membres. Cependant il est des cas où le psoriasis se trouve localisé au cuir chevelu exclusivement. Il va de soi que dans le premier cas le diagnostic s'affirme lui-même et qu'il peut être plus difficile dans le second.

Au cuir chevelu, le psoriasis garde ses caractères essentiels : ce sont des taches habituellement larges de 4 à 5 centimètres, ordinairement arrondies, à bords nettement délimités. Leur surface est recouverte de squames épaisses, stratifiées, adhérentes, donnant au toucher la sensation de bosselures. Les cheveux traversent la squame et restent solides à la traction, souvent hérissés au niveau des plaques comme les crins d'une brosse. Le grattage dissocie ces squames-croûtes en lamelles successives. Sous la croûte, la peau est *rouge* et même sur une plaque

psoriasique gardant sa croûte, on voit autour d'elle un liseré rouge continu. La rougeur des plaques psoriasiques est un caractère fondamental. Lorry disait déjà : *Fundos macularum rubicundior.*

Suivant le cas, la distribution des plaques du psoriasis au cuir chevelu est très variable. Tantôt on n'y trouve qu'une plaque isolée, tantôt une multitude de plaques beaucoup plus petites et disséminées comme au hasard.

D'autres fois, beaucoup de petites plaques ont pu se fondre en une seule et on peut voir le cuir chevelu presque entier recouvert de la squame-croûte caractéristique.

Lorsqu'il n'existe qu'une seule plaque, on peut la voir siéger n'importe où. Pourtant on la voit souvent allongée transversalement de part et d'autre du pli sous-occipital. Au niveau des plaques psoriasiques, l'épaississement de la peau est notable.

Normalement la squame du psoriasis est aride et sèche. Elle peut dans certains cas prendre une apparence grasse et ressembler alors aux squames du *pityriasis stéatoïde de Sabouraud.* Un élément principal de diagnostic dans le cas est la rougeur sous-jacente et la résistance des plaques au traitement qui ferait en quelques jours disparaître les lésions du pityriasis.

Il est extrêmement rare de constater une surinfection des lésions du psoriasis. On a pu voir cependant un envahissement streptococcique secondaire déterminer une impétiginisation des lésions existantes et leur extension.

Lorsque le psoriasis existe sur le cuir chevelu de l'enfant et y forme des taches rares et limitées, l'aspect de leur surface peut évoquer de très près celui de certaines *teignes tondantes* et il faut toujours y penser. Mais dans le psoriasis manque le premier et principal caractère des teignes : le *cheveu cassé* ; jamais le cheveu ne casse, ni ne tombe spontanément au niveau d'une plaque psoriasique.

Une autre erreur de diagnostic serait de confondre une plaque psoriasique du cuir chevelu avec les lésions du favus sans godets qu'on appelle *favus pityroïde*, car dans ce cas les lésions sont aussi nettement délimitées que dans le favus, elles ont des squames blanches adhérentes et un fond rouge mais l'épilation aux doigts montre sur la racine des cheveux faviques une gaine vitreuse qui est l'épiderme folliculaire. On se rappellera aussi qu'un favus un peu vieux donne toujours lieu à des cicatrices, ce à quoi le psoriasis n'aboutit jamais.

Le diagnostic du psoriasis avec le *pityriasis sec* ou *stéatoïde* peut quelquefois être difficile surtout quand il s'agit de lésions orbiculaires et figurées. Rappelons que le plus souvent il existe des taches psoriasiques du corps qui tranchent d'emblée le moindre doute. Même quand le pityriasis stéatoïde de Sabouraud, l'ancien eczéma séborrhéique de Unna, constitue en bordure du front une couronne de lésions semi-croûteuses le diagnostic est ordinairement facile, car sous les croûtes du psoriasis la couleur de fond de la peau est rouge, elle est toujours plus pâle sous les squames grasses du pityriasis. L'évolution des pityriasis est progressive et lente, l'apparition du psoriasis plus rapide. Enfin une lésion de psoriasis constituée demeure sur place, alors que le moindre traitement au soufre et au goudron suffit à effacer au moins pour un temps le pityriasis.

L'eczéma est toujours diffus, il passe par une phase aiguë avec suintement, au moins au grattage, l'effusion séreuse ou exosérose est manifeste. Il est rare que le diagnostic se discute entre psoriasis et eczéma.

En tous cas de dermatoses au cuir chevelu comme d'ailleurs, il faut penser à la *syphilis*, ne serait-ce que pour l'éliminer. Mais ici la confusion est rarement possible s'il s'agit de syphilides papuleuses secondaires elles sont bien plus fréquentes au visage, spécialement autour du nez. Et quant aux *syphilides tertiaires en corymbes* fort rares, il s'agit de lésions petites, multiples, distribuées en cercle, tous caractères étrangers au psoriasis.

Le psoriasis fait essentiellement une lésion sèche, l'*impétigo* au contraire une lésion suintante ; on ne confondra donc jamais ces deux dermatoses. La squame-croûte du psoriasis est faite par exfoliation épidermique, la croûte de l'impétigo par concrétion d'un suintement. Sous la squame psoriasique la peau est sèche, elle montre au grattage une foule de petites gouttelettes de sang. Sous la croûte de l'impétigo, sauf à sa période terminale, le suintement séreux est constant.

Les anciens lichens français, les *névrodermites* de Brocq peuvent être d'un diagnostic un peu plus délicat. Mais d'abord le prurit au niveau des lésions psoriasiques est peu marqué. Il est au contraire très accusé au niveau des lésions de névrodermites. En outre la peau d'une névrodermite est nue, elle est épaissie, aride, raboteuse, souvent parquetée, c'est-à-dire coupée de petites incisures dessinant un carrelage, mais il est rare de la voir se recouvrir de squames épaisses adhérentes qui caractérisent essentiellement le psoriasis.

La *fausse teigne amiautacée de Devergie* peut avoir une apparence assez analogue à celle du psoriasis en raison de la croûte blanche et raboteuse qui en signale les lésions. Mais on en détache aisément la croûte qui vient tout d'une pièce et laisse l'épiderme nu. La croûte de la fausse teigne amiautacée emporte souvent les cheveux inclus en elle et laisse alors une tache rose alopécique. Cette croûte est d'une couleur ochracée à sa face profonde. On la dissocie en lamelles superposées qui couchent entre elles les cheveux, elles ont une consistance laiteuse et molle et rappellent l'aspect de l'amiante.

Traitement. — Il est le même que celui du psoriasis du corps et des membres. L'incertitude de nos connaissances sur son étiologie a multiplié les médications. Certains médicaments employés avec succès chez les uns échouent chez les autres. Tel médicament qui a fait disparaître une poussée sera inopérant lors d'une récidive. De plus on ne peut espérer guérir un psoriasis : on peut le blanchir plus ou moins longtemps.

Traitement interne. — Beaucoup de médicaments internes ont été préconisés contre le psoriasis : le sulfarsénol, le novarsénobenzol, le mercure. Mais en ce qui concerne la thérapeutique interne du psoriasis deux médicaments nous semblent supérieurs comme action à tous les autres. Il y a d'abord l'*énésol* qui est un salicylarsinate de Hg ensuite le *psothanol* complexe antimonio-arseno-bismuthique. L'énésol dont l'action sur le psoriasis a été nettement mis en lumière par Sabouraud s'emploie en injections intramusculaires profondes à la dose de 2 ampoules par semaine de 2 c.c. (0,06 d'énésol par séries de 20. Son mode d'administration par voie veineuse nous a toujours donné des résultats moins brillants, mais d'autres au contraire en ventent la supériorité.

Le psothanol étudié par Jausion s'emploie de préférence en injections intraveineuses, trois injections par semaine d'une ampoule de 3 c. c. et par série de 30. Nous commençons toujours par l'énésol qui semble avoir à son actif le plus de succès mais nous avons recours au psothanol si l'énésol n'a pas donné de résultats. Nous devons avouer que dans certains cas l'un et l'autre restent inopérants.

Jusqu'ici on ne connaît aucun rapport entre la syphilis et le psoriasis qu'on ne rencontre que très exceptionnellement chez les hérédos. Cependant ne pas hésiter dans le doute à faire un traitement d'essai.

On a dit bien des choses concernant les déficiences du système endocrino-sympathique chez les psoriasiques mais il ne semble pas que rien soit prouvé à cet égard. Cependant après une étude attentive du sujet on peut être conduit à associer aux autres un traitement endocrinien, en cas d'insuffisance thyroïdienne par exemple.

Il est arrivé maintes fois que le psoriasis après une médication de choc se soit amélioré considérablement

ainsi après des injections de lait, de peptone, etc... Les raisons de ces faits sont fort obscures. On sait que le psoriasis disparaît souvent au cours d'une fièvre continue (typhoïde) ou à l'occasion d'une infection grave (scarlatine, érysipèle). Mais ordinairement on le voit plus ou moins vite reparaître après elle.

Traitement externe. — Localement la seule variante avec le traitement du psoriasis du corps et des membres est de ne pas employer au cuir chevelu la chrysarobine en raison de son pouvoir tinctorial. L'acide pyrogallique chez les bruns, l'hydroquinone chez les blonds pouvant d'ailleurs la remplacer.

On aura recours à la classique pommade à l'huile de Cade qui est un bon agent de blanchiment. On en renforce l'action par des réducteurs tels que l'acide salicylique, l'acyde pyrogallique et un mercurial pour arriver à la formule suivante :

Oléo-cade	10
Lanoline	10
Vaseline	10
Ichyol	1
Acide salicylique	1
Turlith minéral	1
Acide pyrogallique	1

(SABOURAUD).

On en applique le soir par massage léger, avec un seul doigt, gros comme une cerise pour le cuir chevelu en entier et si le massage est bien fait on peut en essuyer l'excès avec un linge sec et fin. Le lendemain matin, le cuir chevelu est nettoyé avec de l'eau chaude et du savon. Chez la femme le savonnage pourra n'avoir lieu qu'une fois la semaine, mais il importe alors que l'excès de pommade soit parfaitement essuyé.

Dans le cas où le psoriasis du cuir chevelu est constitué par une carapace épaisse il est nécessaire d'en opérer le décapage par un corps gras, le liniment oléo-calcaire ou la vaseline, avant de recourir au traitement classique.

Il est rare que le meilleur des goudrons contre le psoriasis ne soit pas l'huile de cade. Cependant on peut être amené à lui substituer le goudron de houille, surtout quand on observe un complexe de psoriasis et de pityriasis stéatoïde ou quand le psoriasis par aventure coexiste avec de l'impétigénération du pli rétro-auriculaire ou du front :

Goudron de houille brut lavé neutre	6
Oxyde de zinc	3
Lanoline	6
Vaseline	20

(SABOURAUD).

Une fois le résultat obtenu la pommade à l'essence de cèdre, beaucoup moins pénible, peut être employée à la place de la pommade cadique :

Essence de cèdre	10
Vasolanoline	20
Oxyde jaune de mercure	1
Acide salicylique	1

Enfin le traitement aux acétones cadique, goudronneuse.... peut être substitué comme d'application plus facile :

Acétone	100
Huile de cade	40

ou :

Acétone	100
Goudron de houille	30

ou enfin :

Acétone	100
Essence de cèdre	40

En ayant soin d'écarter les cheveux on frictionne le soir durement le cuir chevelu raies par raies à l'aide d'une grosse boulette d'ouate hydrophile imprégnée du médicament. Bien entendu le lendemain matin on fera un savonnage.

Mais le plus souvent on sera ramené à la pommade cadique dont nous avons donné le type tout d'abord.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

CHIRURGIE

Le lever précoce des opérés

André Chalier a été le promoteur de la méthode en 1919. D'après le chirurgien lyonnais les malades qui doivent être levés précocement se divisent en deux groupes. Le premier comprend ceux ayant subi des interventions bénignes, telles que les appendicectomies à froid et le hernies banales. Pour ces malades il conseille le lever au bout de quarante-huit heures ; pour quelques cas, après trente-six heures.

La seconde catégorie comprend les grandes laparotomies gynécologiques et les interventions de chirurgie viscérale. Pour ces malades, il déconseille tout lever avant la fin des premières quarante-huit heures ; pour certains même, il préconise le lever au cinquième jour, c'est-à-dire aussitôt qu'ils ne souffrent plus de l'incision et après s'être parfaitement hydratés.

Ce lever, tel que le conçoit Chalier, n'est pas immédiat ; il consiste d'abord en essais préparatoires sur le lit, à faire asseoir le malade, mouvoir ses jambes, les mettre hors du lit, se tourner sur le côté. Si bien qu'entre la date fixée pour le premier lever et le lever proprement dit, il s'écoule toujours 24 et 48 heures.

Le premier lever ne doit pas durer plus de trente minutes. Ensuite le malade se reposera dans un fauteuil quelques heures et ce n'est que petit à petit qu'il sera autorisé à marcher chaque jour davantage.

Ainsi le premier lever n'est ni brusque ni brutal ; ses avantages sont nombreux : rétablissement rapide des fonctions physiologiques, diminution des accidents pulmonaires, influence ps chique indéniable et, pour un service d'hôpital, diminution des frais d'assistance par la réduction de la durée de l'hospitalisation.

Cependant tous les malades ne sont pas justiciables du lever précoce. Toutes les fois qu'il y a de fortes hémorragies, une anémie intense, du choc, des accidents cardiaques, le lever récoce est contre indiqué.

Enfin, pour que la méthode soit inoffensive, il est nécessaire d'assurer une asepsie absolue, une hémostase parfaite et des sutures soignées.

M. Brandino Correa a adopté la méthode de Chalier avec quelques modifications qu'il indique dans une étude récente (*Lyon chirurgical*, janvier-février 1937). Par lever précoce, il entend les malades levés au bout des douze premières heures de l'intervention. Par lever immédiat, tous ceux qui sont levés sitôt l'opération terminée, marchant de la table vers le lit.

La statistique de M. Brandino Correa porte sur 138 malades, tous opérés sous anesthésie épidurale, sauf deux pour empyème qui furent soumis à l'analgésie loco-régionale et paravertébrale.

Sur ces 138 malades, 75 eurent un lever immédiat (dont 8 appendicectomisés, 8 opérés de hernies diverses, 11 de varicocèle ; et les autres pour hémorroïdes, hydrocèles, etc.)

10 encore eurent un lever immédiat après opération en une seule séance, mais pour deux affections différentes (appendicectomie avec hernie, varicocèle double, etc.)

Les malades levés dans les vingt-quatre heures sont au nombre de 35, parmi lesquels 2 opérés pour empyème et 8, dans la même sénce, pour trois affections diverses, telles que hernie ombilicale, grandes hernies inguino-scrotales.

Deux malades furent levés dans les douze heures ; 5 dans les quarante-huit heures, 7 dans les soixante-douze heures et 14 au quatrième jour : une néphrectomie, une cystotomie sous-pubienne, une gastro-entéro-anastomose, quatre gastrectomies

larges, deux cholécystectomies ; deux hernies et trois appendicectomies simples.

M. Brandino Correa n'a constaté aucun accident avec cette pratique : aucune reproduction de hernie, aucune éventration post-opératoire.

Deux fois seulement des incidents de suture, pour laquelle d'ailleurs, M. Brandino Correa conseille d'éviter les points perdus au crin. V. G.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement curatif du tétanos

Le Docteur Jean Rutkowski, qui a pu observer les cas de tétanos traités dans le service du Docteur Guilleminet, a consacré sa thèse (Lyon 1936-1937, n° 27) aux données nouvelles sur le traitement curatif du tétanos. Et voici comment il schématise le traitement à mettre en œuvre suivant la forme clinique de la maladie :

1° Traitement par la sérothérapie massive :

Indications. Tétanos léger, tétanos localisé à incubation longue et à évolution subaiguë.

Technique. Traitement de la plaie tétanigène.

Sérothérapie massive : sous-cutanée et intramusculaire ; injecter de 60 à 100 centimètres cubes de sérum par jour si l'on emploie le sérum ancien ; les doses peuvent être réduites de moitié avec les sérums à 10.000 et 20.000 unités, par 10 centimètres cubes. Si le cas est plus sérieux, sérothérapie intraveineuse.

Chloral 4 à 8 grammes par jour, *per os*, ou en lavement.

Goutte à goutte rectal glucosé matin et soir.

2° Traitement par la sérothérapie associée a l'anesthésie.

Indications : Tétanos grave à incubation courte et à évolution aiguë ; tétanos viscéral.

Technique : Traitement de la plaie tétanigène.

Sérothérapie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse (100 à 200 centimètres cubes suivant la richesse du sérum employé en unité antitoxique).

Anesthésie chloroformique ne dépassant pas une demi-heure : pendant cette anesthésie, après ponction lombaire et soustraction d'une égale quantité de liquide, faire une injection de 20 à 50 centimètres cubes de sérum antitétanique intrarachidien.

Chloral : 8 à 10 grammes par jour, *per os* ou en lavement.

Goutte à goutte rectal glucosé le matin et le soir.

Traitement à continuer suivant les indications déjà données.

L'administration du chloroforme au cours du tétanos est conforme à la technique habituelle. Le chloroforme sera administré goutte à goutte à la compresse ; on n'utilisera que de petites doses, sans dépasser 20 centimètres cubes par anesthésie (Guillain et de Sèze).

« Un seul point délicat dans l'application de la méthode : au moment de la période d'excitation, le malade se cyanose facilement par suite de la contracture qui s'exagère au niveau de la musculature du larynx et du pharynx.

« On arrête alors quelques instants l'anesthésie pour la reprendre ensuite.

« La région bulbaire étant particulièrement excitée par la toxine tétanique, il n'y a pas à craindre de syncope, surtout si l'on intervient au début de la maladie. » (Couturat).

Dès la résolution musculaire atteinte, l'anesthésie sera maintenue sans dépasser ce degré.

On pratiquera immédiatement une ponction lombaire dans le décubitus latéral. Après soustraction d'une égale quantité de liquide céphalo-rachidien, on injectera par voie sous-arachnoïdienne, 10 à 20 centimètres cubes de sérum chez l'enfant, 20 à 50 chez l'adulte (sérum tiède injection poussée très lentement). Du point de vue de son efficacité, la dose sous-cutanée serait à la dose intrarachidienne comme 100 est à 3 (Ashhurst).

Après l'injection le malade est recouché tête basse ou en position déclive inversée (D'Hotel), pour que le sérum arrive au bulbe. « L'imprégnation des noyaux bulbaires superficiels, montrée par Riser expérimentalement, se produit peut-être chez le tétanique avec l'antitoxine. »

Cette sérothérapie sera suspendue si le liquide céphalorachidien devient xanthochromique, hypertendu, c'est-à-dire dès l'apparition de signes de méningite sérique.

La sérothérapie complémentaire sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, si elle est instituée, devra être faite pendant cette période d'hypnose. Comme le remarquent Bazy, Brisset, il ne faut jamais perdre de vue qu'une excitation quelconque peut provoquer un spasme mortel ; on profitera donc de l'anesthésie pour pratiquer toute intervention utile, y compris les injections complémentaires de sérum antitétanique.

On supprimera la chloroformisation dès la fin de ces manœuvres ; selon Coste, il est nécessaire de la maintenir pendant trente minutes.

Le réveil est rapide, les phénomènes d'excitation rares.

Dans les formes sévères, il peut être indiqué de faire deux anesthésies chloroformiques dans la même journée ; cependant dans le tétanos d'intensité moyenne, une seule anesthésie est suffisante pour vingt-quatre heures.

La sérothérapie intrarachidienne, associée à l'anesthésie chloroformique, sera continuée tout autant que les crises de contractures persisteront violentes et fréquentes. Quelquefois après vingt-quatre heures, plus souvent après cinq à six jours, en raison de l'atténuation des contractures, anesthésie et sérothérapie intrarachidienne peuvent être supprimées, le sérum étant cependant continué à doses massives sous la peau, dans les muscles ou dans les veines.

Certains accidents de la méthode ont été signalés : Tamalet a rapporté un spasme de la glotte mortel. D'autre part on peut craindre que l'administration prolongée du chloroforme n'adultère le foie des tétaniques, déjà touché par la toxi-infection. L'enfant tolère parfaitement le chloroforme, comme d'ailleurs l'adulte jeune. Et à petites doses, Couturat et Mourrut ont pu traiter sans inconvénient, par deux anesthésies chloroformiques à vingt-quatre heures d'intervalle, un malade tétanique atteint par ailleurs d'une cirrhose hypertrophique ascitique. Néanmoins, le malade sera surveillé très attentivement, en raison du danger possible des anesthésies itératives pour le foie (N. Fiessinger).

3° Traitement des séquelles :

La mobilisation passive, précoce, prudente, systématique, agira concurremment avec le massage pour lutter contre les réactions musculaires et tendineuses.

Dans quelques cas, certains convalescents pourront bénéficier de la cure hydro-minérale du type Aix-les-Bains, Balaruc, Dax ou Lamalou.

On se souviendra que la spore tétanique peut rester latente au niveau d'une plaie cicatrisée pendant des mois et des années ; aussi, chez un tétanique guéri, on pensera à faire une injection préventive de sérum antitétanique avant toute intervention, même tardive sur l'ancien foyer. La vaccination antitétanique par l'anatoxine, aujourd'hui systématique pratiquée dans l'armée, chez tout sujet justiciable du sérum antitétanique, mettra de plus en plus les sujets à l'abri de ces réveils. F. B.

Les transfusions sanguines dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

L'utilité de la transfusion dans la tuberculose pulmonaire a été diversement appréciée : et il n'est pas sans intérêt de connaître sur cette question les résultats obtenus à Brévannes par MM. Bourgeois, Gisselbrech et Mlle Commerson-Teyssier (*Rev. de la tuberculose*, février 1937).

La transfusion sanguine est indiquée au cours des hémoptysies très abondantes, des hémoptysies récidivantes et de celles qui ont résisté à toutes les thérapeutiques usuelles.

Bien que cette méthode échoue dans un certain nombre de cas, ses résultats sont, dans l'ensemble, supérieurs à ceux de l'oxygénothérapie sous-cutanée.

Les transfusions abondantes de remplacement sont exceptionnelles, les petites transfusions hémostatiques de 75 à 150 grammes sont habituellement suffisantes.

Dans les hémoptysies récidivantes, il faut souvent répéter les petites transfusions pour arriver à un résultat.

Les transfusions hémostatiques sont contre-indiquées chez les tuberculeux fibreux congestifs et hypertendus.

En dehors des hémoptysies, les petites transfusions (100 grammes ou moins) répétées (tous les dix ou quinze jours) peuvent être utiles chez les tuberculeux dont l'état général fléchit. Les améliorations importantes d'ordre général que peut obtenir cette thérapeutique ne correspondent habituellement pas à des améliorations notables de l'aspect et de l'étendue radio-clinique des lésions pulmonaires.

Par contre, ces transfusions sont contre-indiquées chez les tuberculeux cachectiques, largement fébricitants ou asphyxiques.

Les accidents de transfusion sont l'exception.

La transfusion sanguine est toujours acceptée favorablement par les malades. Et son action psychothérapique n'est pas négligeable.

PÉDIATRIE

La première attaque de la maladie de Bouillaud chez l'enfant

Mlle Griboval en précise les modalités dans une thèse (Paris, 1937) inspirée par le Professeur Nobécourt et en étudie les variantes selon l'âge, tant dans sa symptomatologie générale que dans sa fréquence et la gravité de ses complications cardiaques.

Le facteur age joue un rôle des plus importants dans la fréquence de la première attaque rhumatismale. En effet, celle-ci est la règle avant six ans et l'emporte de beaucoup sur les autres manifestations du rhumatisme après cet âge, puisqu'elle entre encore dans une proportion de 73,3 % de 6 à 10 ans et de 62,4 % de 10 à 16 ans.

L'époque du maximum des cas de première attaque s'étage entre avril et juillet sans recrudescence hyernale, contrairement à ce qui s'observe dans le rhumatisme articulaire aigu en général.

La symptomatologie est sensiblement la même aux différents âges.

Le début peut se faire, soit d'emblée par les douleurs, soit par une angine, soit par des symptômes généraux, exceptionnellement par un syndrome abdominal brusque.

Les manifestations douloureuses, en général de courte durée peuvent atteindre toutes les articulations, mais siègent surtout au niveau des membres inférieurs qui sont lésés de façon quasi-constante. Dans la grande majorité des cas, ces algies sont bilatérales.

L'atteinte isolée des vertèbres cervicales réalise « le torticolis rhumatismal » que Mlle Griboval trouve dans 4 % des cas.

La température peut revêtir des types variés ; les plus courants sont ceux de température en clocher et de température subfébrile : avec une fréquence moindre, elle peut affecter divers types : ondulant, en plateau oscillant, à rétrocession progressive en lysis. Parfois l'apyrexie est totale.

L'anémie est en général modérée, accompagnée ou non de polynucléose.

Le salicylate de soude ne paraît avoir d'action nette que sur l'élément douleur des manifestations articulaires et quelquefois sur la fièvre.

Les manifestations cardiaques sont constantes, mais d'intensité variable aux divers âges, lors de la première crise. De là découle un élément pronostique capital.

En effet : Avant trois ans, tout rhumatisme s'accompagne de localisations cardiaques sévères ;

De 3 à 6 ans, le rhumatisme malin avec atteinte profonde du cœur est aussi fréquent que la forme fruste ;

De 6 à 15 ans, les formes cardiaques légères existent dans 78, 4 % des cas, alors que les formes cardiaques graves ne se rencontrent plus que dans une proportion de 8,1 %.

Les manifestations pleuro-pulmonaires existent au cours de la première attaque (4,5 % des cas d'après Mlle Griboval). Elles revêtent le mode de congestion pulmonaire à type pleurétique.

Le rhumatisme cérébral se voit de façon exceptionnelle dans les formes hyperpyrétiques.

Le pronostic, tant immédiat que lointain, de la première crise rhumatismale, ne tient ni aux maladies antérieures ; ni aux modalités cliniques du rhumatisme articulaire aigu lui-même.

Mais il tient essentiellement : à l'âge, auquel survient cette première attaque ; à la complication cardiaque qui l'accompagne, l'état du myocarde restant l'élément dominant. Accessoirement aux seuls éléments cliniques importants, à savoir : la durée prolongée des arthralgies et la persistance d'une hyperthermie même atténuée témoins de la continuité d'une infection rhumatismale nettement active.

Quant au pronostic lointain, il ne peut pas être établi lors de l'éclosion de la première crise puisqu'il repose sur le rythme des poussées à venir.

« Au cas de coliques néphrétiques la morphine ne doit être administrée qu'en désespoir de cause en présence de douleurs que rien d'autre ne calme et qui sont véritablement pénibles. Le médicament de la colique néphrétique est la belladone et non la morphine. Et si la colique néphrétique dure, le moyen souverain pour la faire cesser est le cathétérisme urétéral. » (G. Marion. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en urologie. Un vol. Masson, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1937

Au sujet de l'origine endocrine de l'hypertrophie prostatique. — ***M. A. Le Roy des Barres*** se basant sur le fait que l'adénome prostatique est totalement inconnu dans la race anamite, estime que la diminution ou la disparition de la sécrétion hormonale mâle n'est pas seule à jouer un rôle dans l'étiologie de l'adénome prostatique.

La diphtérie des vaccinés. — ***M. E. Cassoute*** (de Marseille), après avoir établi la statistique des enfants vaccinés qui ont néanmoins contracté la diphtérie (sur 1.070 cas de diphtérie, 10 seulement chez les vaccinés à la clinique de Marseille), conclut que la vaccination par l'anatoxine présente une grande valeur préservatrice. Il estime que des constatations analogues aux siennes doivent être divulguées dans le corps médical où nombre encore de praticiens hésitent à pratiquer la vaccination antidiphtérique.

Sur des cas d'ictère familial du nouveau-né avec guérison après traitements. — ***MM. M. Péhu. R. Noël*** et ***A. Brochier*** (de Lyon), exposent le traitement à employer contre l'ictère grave familial des nouveau-nés. Prophylactiquement, il convient d'administrer à la mère du foie de veau ou des préparations analogues pendant les derniers mois de la grossesse. Si, à la naissance, on observe chez l'enfant des signes cutanés, sanguins ou viscéraux de la maladie, on doit recourir à des transfusions sanguines ou à des injections intramusculaires de sang de donner plusieurs jours de suite. Ils rapportent un cas de guérison de cette grave affection.

Les groupes de lait. — ***MM. Dujaric de la Rivière*** et ***Kossovitch*** etablissent qu'il est des groupes de lait comme il est des groupes sanguins si indispensables à connaître pour la transfusion. Peut-être y a-t-il inconvénient sérieux à alimenter un enfant avec un lait qui ne correspond pas à son groupe sanguin. De là pourraient naître les phénomènes d'intolérance. Ce problème, dont on peut apprécier l'importance, ne pourra être résolu que par des recherches simultanées de clinique et de sérologie.

Essais de vaccination complète du cobaye vis-à-vis de la tuberculose. — ***MM. E. Coulaud*** et ***S. Trocmé.***

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1937 (*suite et fin*)

Election d'un membre titulaire. — ***M. Paitre*** est élu membre titulaire de l'Académie.

Ostéoporoses au cours des arthrites sèches de la hanche. — *M. Sorrel* apporte l'observation d'une subluxation congénitale de la hanche avec de nombreux foyer d'ostéoporose. Il fut fait une opération de Whitmann. Ces cavernes sont fréquentes au cours de certaines arthrites sèches. Elles sont peut-être dues à la compression du ligament rond et des vaisseaux qu'il contient, bien qu'on ne découvre pas toujours à l'intervention d'altération apparente de celui-ci.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mars 1937

L'évolution de l'ascorbicurie dans le traitement d'un scorbut de l'adulte. — ***MM. Noël Fiessinger, R. Dupuy*** et ***M. Aussannaire***, ayant eu l'occasion de suivre l'évolution d'un scorbut typique chez l'adulte dont la guérison fut obtenue par l'administration de 100 milligrammes d'acide ascorbique par voie musculaire puis par voie buccale, insistent sur la longueur de la période d'absence d'élimination urinaire d'acide

ascorbique malgré la régression du scorbut. Pendant 13 jours se produisit ainsi une véritable prise en charge. Après cette date, le malade étant guéri et en pleine polyurie critique, l'acide ascorbique apparut dans les urines et atteignit le chiffre élevé de 15 à 18 milligrammes par litre. On doit conclure que, pour entraîner le scorbut de l'adulte, il faut une carence massive et que le besoin en vitamine C qu'il faut corriger pour enrayer la marche du scorbut, est minime comparé à la dose massive nécessaire pour saturer l'organisme.

Une nouvelle spirochétose (Fièvre continue avec présence d'un spirochète pathogène dans le sang). — *MM. E. Lesné, J. Troisier* et *H. Bénard* rapportent une observation de fièvre continue chez un enfant de 13 ans, chez qui on porta successivement les diagnostics d'appendicite, puis de fièvre typhoïde. Une laparatomie révéla un appendice sain et l'enfant guérit après trois semaines de maladie. Entre temps, le séro-diagnostic de Widal et l'hémoculture ne permirent pas de déceler d'infection typho-paratyphique. Par contre, une hémoculture mit en évidence, le seizième jour de la maladie, après cinq jours d'étuve, un microorganisme spiralé. Il s'agissait d'un spirochète parfaitement repiquable en série, à condition d'ajouter au bouillon du sang frais stérile.

Ce spirochète s'avérait inoffensif pour les animaux courants de laboratoire ; par contre, il provoquait sur le singe et même sur l'homme, en l'espèce deux paralytiques généraux, une maladie fébrile de deux jours après une incubation apyrétique de quatre à huit jours.

Il s'agissait donc non d'un parasite saprophytique, mais d'un spirochète pathogène autonome (*Sp. haemophilus*), sans doute responsable de l'ensemble des phenomènes morbides.

— *M. Rist* est frappé de la discordance entre les quinze jours de fièvre présentés par le malade et la fièvre de deux jours qu'ont eue les deux sujets inoculés.

— *M. Troisier* l'explique par la constatation de l'extinction assez rapide de la virulence du spirochète.

Cancer du poumon à forme paraplégique. — *MM. Monier-Vinard* et *M. Brunel* relatent une observation où la première et unique manifestation clinique d'un cancer du poumon fut une métastase rachidienne provoquant une paraplégie douloureuse à marche rapide qui entraîna la mort en trois mois.

Du vivant de la malade les radiographies thoraciques avaient montré une opacité arrondie juxta-trachéale gauche au niveau de la bifurcation de la trachée. A aucun moment il ne se produisit le moindre symptôme respiratoire ou médiastinal et c'est l'autopsie seule qui identifia l'opacité comme étant un cancer du poumon à point de départ dans la muqueuse bronchique et dont l'essaimage rachidien entraîna une paraplégie douloureuse. Un tel syndrome n'a pas encore été signalé dans aucune des monographies relatives aux formes anatomo-cliniques du cancer du poumon.

— *M. Ameuille* vient d'observer un fait analogue : un homme, atteint d'un cancer de la bronche droite, s'effondre subitement. La paraplégie s'accompagne d'une grosse rétention urinaire. L'autopsie montra une métastase au niveau de la deuxième vertèbre lombaire avec écrasement de la mœlle.

Rôle de l'équilibre acido-basique dans certains eczémas et certaines urticaires. Un cas de provocation à volonté d'urticaire ou d'asthme par modification de l'équilibre acido-basique. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, F. Claude* et *A. de Lavedan de Casaubon* ont étudié les variations de l'équilibre acido-basique (*p*H urinaire et réserve alcaline) chez vingt-cinq malades atteints d'eczéma ou d'urticaire. Ils ont pu constater la fréquence du déséquilibre acido-basique dans l'eczéma, l'urticaire et l'œdème de Quincke.

Ils ont constaté soit un état d'acidose, soit un état d'alcalose et se sont efforcés de redresser l'équilibre acido-basique par les régimes et les médicaments alcalinisants ou acidifiants, selon les cas. Ils ont pu constater leur action correctrice manifeste. En quelques jours, le plus souvent, le *p*H urinaire et la réserve alcaline sont revenus à des chiffres normaux et d'ordinaire on observait parallèlement l'amélioration ou la disparition des manifestations cutanées.

Les auteurs rapportent notamment l'observation d'un malade ne faisant de l'urticaire qu'en acidose et de l'asthme qu'en alcalose. Cette observation est un exemple typique d'instabilité humorale et montre l'influence de l'alcalose ou de l'acidose dans certains états morbides.

Les auteurs concluent en montrant l'attention qu'il faut attacher au déséquilibre acido-basique comme facteur du terrain propice à l'apparition des manifestations cutanées et, probablement, asthmatiques.

— *M. Cathala* rappelle les observations de Mathieu montrant que beaucoup d'enfants ayant du prurigo-strophulus, affection voisine de l'urticaire, présentent de la colibacillose et qu'un régime végétarien alcalinisant, laisse persister les troubles tandis qu'un régime carné, acidifiant, les améliore. Il a lui-même pu souvent vérifier ces faits.

Maladie de Hodgkin vraisemblable à localisation médiastino-pulmonaire et osseuse. Tuberculose terminale. — *MM. M. Loeper, A. Lemaire* et *A. Varay* rapportent l'observation d'une malade chez qui l'examen clinique révélait en tout et pour tout une fièvre ondulante, une rate percutable, deux tumeurs de la paroi thoracique antérieure, l'examen radiologique, une adénopathie médiastine et une atteinte parenchymateuse du poumon gauche, puis une paralysie phrénique gauche. Il n'y eut jamais de prurit ni d'adénopathie accessible ; l'examen du sang, non plus que la biopsie d'une des tumeurs pariétales, ne furent démonstratifs.

Il s'agit très vraisemblablement d'une maladie de Hodgkin, comme semble le prouver l'effet remarquable et temporaire de la radiothérapie. Mais en un an d'observation, aucun signe n'a pu être décelé qui permette d'asseoir indiscutablement ce diagnostic. Les auteurs se demandent si la maladie de Hodgkin ne serait pas, plus qu'une entité morbide, un syndrome aux étiologies diverses. Ils se gardent pourtant d'affirmer que la tuberculose qui termina l'évolution de leur cas soit la cause même de la maladie.

A propos de la recherche de l'hémolyse. — *M. De Gennes* insiste sur les précautions qu'il faut prendre et spécialement sur la nécessité de maintenir rigoureusement une température de 37° (seringues, tubes etc...), lors des recherches hématologiques faites dans l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie paroxystique. Chez sa malade qui présentait des signes d'ictère hémolytique, si l'on négligeait cette précaution, on trouvait une hémolyse telle que le sang hémolysait dans la seringue même, alors que la résistance globulaire se montrait dans les délais normaux quand le matériel était chauffé.

Séance du 12 mars 1937

Myxœdème à la suite de l'ablation d'un goitre lingual. — *MM. Sainton, Ardoin Francfurt* rapportent l'observation d'un cas de myœdème survenu à la suite de l'ablation d'une tumeur de la base de la langue : le symptôme d'hypothyroïdie était caractérisé par un engraissement de 20 kilogs en deux ans, par une apathie très marquée, par un ralentissement du pouls, un abaissement du métabolisme basal de — 15 %. Le corps thyroïde n'était pas perceptible à la palpation. Les coupes de la tumeur enlevée purent être retrouvées : il s'agissait d'un goitre hyperplasique diffus avec, en certains points, des aspects adénomateux kystiques. Les symptômes d'hypothyroïdie régressèrent à la suite du traitement thyroïdien, qui amena même un léger hyperthyroïdisme.

Les observations de ce genre sont assez rares ; les auteurs attirent l'attention sur le rôle important que peuvent jouer les thyroïdes ectopiques dans la pathologie endocrinienne de la thyroïde.

Hépato-néphrite grave chez une myasthénique au cours du traitement par le chlorure de potassium. — *M. Nicolas C. Vasilesco* (Bucarest).

Un cas d'hépatite nodulaire aiguë amibienne. — *MM. A. Gosset* et *R. A. Gutmann* rapportent un cas d'hépatite nodulaire aiguë chez une amibiasique chronique. L'intensité des phénomènes, malgré l'émétine, mena à une intervention qui montra, au lieu d'un gros abcès collecté, un aspect nodulaire ressemblant macroscopiquement à un cancer secondaire du foie. L'émétine continuée amena une guérison inespérée.

Les auteurs rapprochent leur cas de ceux de Kelsch et Kiener qui ont décrit jadis des « abcès fibreux » du foie dont certains avaient une évolution aiguë.

M. Lemierre relate un cas presque analogue. Mais ici, l'aspect du foie avait entraîné le diagnostic de cancer massif. Malgré l'état général très grave, le traitement émétinien systématiquement institué entraîna la guérison en trois mois.

M. Cathala rappelle que la dystomatose hépatique donne aussi des foies énormes, très durs, évoluant chez des sujets à


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

état général très atteint et fébriles. La guérison peut fort bien survenir sous l'influence du traitement émétinien et l'on serait tenté, en l'absence de toute constatation anatomo pathologique, de poser le diagnostic d'amibiase hépatique. Cependant, il existe dans ces cas une éosénophilie sanguine massive (50 à 70 %) qui doit attirer l'attention et faire rechercher les œufs de douve dans les selles. Il faut noter que les recherches coprologiques ne sont positives qu'après huit à dix semaines et l'on conçoit fort bien qu'au début, certains cas de dystomatose puissent être classés dans l'amibiase hépatique.

Septicémie à pneumobacille de Friedlander. — ***MM. M. Brulé, P. Hillemand*** et ***R. Gaube*** rapportent l'observation d'une malade présentant un état fébrile à 40° avec céphalée et délire, chez laquelle l'hémoculture fit porter le diagnostic de septicémie à pneumobacille de Friedlander.

Les auteurs insistent sur l'absence d'hémorragie, sur l'absence de localisation pulmonaire, au debut de l'affection (un foyer de broncho-pneumonie n'étant apparu qu'au vingtième jour de l'évolution), sur l'existence d'un syndrome de néphrite azotémique, enfin sur l'existence d'un syndrome neurologique caractérisé par un faciès figé et des secousses cloniques, faisant penser à une atteinte de la région mésencéphalique, sans atteinte méningée.

La trypaflavine ne put être employée, à cause de l'azotémie ; les injections d'un auto-vaccin furent tentées sans succès, et la mort survint au vingt-sixième jour de l'évolution.

La vérification anatomique ne put être pratiquée.

M. Cattan a observé avec M. Cain une pleurésie séro-fibrineuse survenant chez un tuberculeux porteur d'une laryngite bacillaire. Le liquide pleural présentait une lymphocytose prédominante ; son ensemencement révélait l'existence de bacille de Friandlander en culture pure. L'hémoculture restait négative. La pleurésie guérit mais le malade succomba aux progrès de la tuberculose. L'origine de la surinfection par le Friedlander ne peut être précisée.

Sclérodermie avec concrétions calcaires (syndrome de Thibierge-Weissenbach) associée à un rhumatisme vertébral et à une lithiase urinaire. — ***MM. H. Roger, J. Paillas*** et ***S. Boudouresques***. — Début à l'âge de 13 ans par du scléroedème, puis atrophie de la peau et des muscles du membre inférieur gauche, du flanc gauche, de la jambe droite. Apparition d'ulcérations. Elimination vers l'âge de 50 ans de pierres cutanées constituées de phosphate et de carbonate de chaux.

Diverses associations font rentrer ce cas dans un cadre plus général de troubles du métabolisme calcique probablement d'origine parathyroidienne : précipitations calciques non seulement dans la peau, mais encore dans l'arbre urinaire (lithiase phosphatique à 30 ans), le cristallin (début de cataracte), les artères des membres intérieurs (visibles à la radiographie) décalcification et remaniement des os et des articulations (spondylose généralisée, arthrites, chute des dents).

Un cas d'asthme guéri depuis six ans après une appendicectomie. — ***M. R. A. Cutmann*** rapporte l'observation d'une grande asthmatique qui, ayant fait plusieurs crises d'appendicite, fut opérée à l'anesthésie locale. Les attaques d'asthme disparurent immédiatement et, depuis six ans, n'ont pas reparu.

M. G. Dreyfus fait remarquer qu'il est impossible de savoir *a priori* si l'appendicectomie guérira ou non l'asthme.

M. de Massery laisse entendre que n'importe quelle thérapeutique peut guérir l'asthme. Il cite un cas personnel où la saignée, pratiquée au cours d'un état de mal asthmatique, le fit cesser immédiatement. Les accès d'asthme ne reparurent plus jamais.

Syndrome de Thibierge-Weissenbach avec crises subintrantes d'acro-syncope très améliorées après intervention sur la région parathyroïdienne. — ***MM. Gilbert Dreyfus*** et ***Jean Weill*** présentent une femme de 52 ans ayant depuis l'âge de 22 ans des crises de syncope des doigts, des orteils et de la langue ; puis apparaissent progressivement des concrétions calcaires sous cutanées aux doigts, aux coudes et aux genoux, une sclérodactylie, des télangiectasies multiples aux mains, à la face et sur les muqueuses.

Les crises syncopales douloureuses deviennent après la ménopause, extrêmement pénibles et presque subintrantes.

Malgré la calcémie normale, on tente une parathyroïdectomie. L'amélioration est considérable après l'intervention et s'est maintenue durant tout l'hiver.

Cependant l'examen histologique révèle que le fragment enlevé n'est pas une parathyroide.

M. Milian a eu l'occasion de faire pratiquer une ablation des parathyroïdes dans un cas semblable, mais le résultat fut nul.

M. May a vu la tentative de parathyroïdectomie être suivie d'une poussée d'hyperthyroïdisme entraînant la mort en 48 heures. L'examen de la pièce montra que le tissu enlevé n'était pas glandulaire.

La densité du sang chez les tuberculeux. Ses rapports avec la tension artérielle et le volume du cœur. — ***MM. A. Ravina, Domart, Orinstein*** et ***L. Brouillaud*** ont étudié la densité sanguine chez un certain nombre de tuberculeux. Ils ont employé pour déterminer cette densité la méthode simple et pratique décrite par M. Dufour. Ils ont pu constater que la densité sanguine était nettement inférieure, chez les tuberculeux, à celle des sujets normaux ou atteints d'autres maladies. A cette densité sanguine faible correspondent une tension artérielle basse et un cœur de petites dimensions. Il semble exister, chez les tuberculeux, un rapport étroit entre ces divers éléments.

Mal perforant plantaire avec hypertrophie du gros orteil. — ***MM. May,*** et ***Paulon Truffert,*** à propos de la récente communication de M. G. Dreyfus, rapportent deux cas comparables : double mal perforant plantaire avec hypertrophie du gros orteil et troubles vaso-moteurs. Dans le second cas, le malade présentait en outre des signes neurologiques discrets du type syringomyélique et une adénolipomatose symétrique à marche progressive. Un des cas, soumis à la sympathectomie, fut momentanément amélioré, mais il se produisit une récidive.

Les auteurs discutent l'origine et la pathogénie des troubles observés.

Remarques sur 45 cas de thyroïdectomie subtotale pour arythmie complète et insuffisance cardiaque basedowiennes — ***M. C. Lian*** rapporte les excellents résultats fournis par la thyroïdectomie subtotale dans l'arythmie complète et l'insuffisance cardiaque basedowienne. Dans ces 45 cas opérés par H. Welti, il n'y a eu aucun accident opératoire.

L'intervention chirurgicale est indiquée non seulement dans tous les cas où ces importants accidents cardiaques sont dûs à la seule hyperthyroïdie, mais également dans ceux où il existe une affection cardio-vasculaire (hypertension artérielle, sclérose myocardique, cardiopathie valvulaire) qui a contribué avec l'hyperthyroïdie à provoquer l'arythmie complète ou l'insuffisance cardiaque. L'intervention a une double action : la principale est la suppression de l'hyperthyroïdie qui est la cause des accidents cardiaques, la seconde est la diminution du métabolisme basal et par conséquent des besoins circulatoires de l'organisme.

L'exérèse chirurgicale des cancers de l'estomac. — ***M. Gaston Lyon***, à propos de la récente communication de M. Gutmann, rappelle que dès 1908, il était arrivé aux mêmes conclusions que cet auteur. La proportion de résultats heureux et de longue survie après gastrectomie pour cancers volumineux de l'estomac n'est pas négligeable. Dans certains cas, la radiothérapie profonde peut être efficace.

Séance du 19 mars 1937

Essai de traitement de la fièvre typhoïde par la vitamine A. — ***MM. Paul Giraud, Sardou, Boudouresque*** et ***Provansal*** montrent que l'emploi de diverses préparations de vitamine A, soit par voie buccale, soit en injection pour le traitement de la fièvre typhoïde, a paru donner de très heureux résultats.

Sur 15 cas, on a enregistré un décès par phénomènes méningo-encéphaliques et 14 guérisons.

L'évolution de la courbe fébrile a été parfois très écourtée, mais surtout on n'a observé dans ces 15 cas, ni une hémorragie, ni une perforation intestinale. Il n'y eut même pas de diarrhée importante. Aucune autre thérapeutique active ne fut employée.

Il semble que la vitamine n'ait pas une action anti-infectieuse directe mais agisse sur la trophicité des tissus et organes et, en particulier, favorise la nutrition des tuniques intestinales, en évitant les complications digestives si redoutables de la maladie Eberthienne.

Crises d'hypersalivation au cours d'une névralgie du trijumeau par éburnation du canal dentaire inférieur. — ***MM. Laignel-Lavastine*** et ***Rainbaud.***

Block traumatique compliqué du cœur, datant de vingt ans. — ***MM. Duvoir, L. Pollet, J. Poutrat*** et ***Mme Néret,*** avec la collaboration de ***M. Pizon,*** ont eu l'occasion d'étudier un cas de block cardiaque traumatique avec fibrillation auriculaire à l'aide des techniques modernes. Ils discutent les diverses interprétations possibles de quelques particularités séméiologiques de leur malade en état d'asystolie complexe : souffle systolique très étendu, distensions veineuses très appréciables aux membres inférieurs. L'intérêt de leur observation s'accroît du fait que le traumatisme date de vingt ans et que le sujet a été examiné deux ans plus tard par M. Gallavardin qui découvrit alors le block traumatique et le présenta à la Société des hôpitaux de Lyon. Il est exceptionnel de pouvoir décrire l'évolution pendant vingt ans de pareils blocks traumatiques dont on connaît la grande rareté.

Syndrome de Landry mortel après une injection préventive de sérum antitétanique. — ***MM. L. Rivet*** et ***Justin L. Greene*** relatent l'observation d'une femme de 36 ans qui, sept jours après une injection préventive de 10 c. c. de sérum antitétanique purifié, présenta une éruption urticarienne généralisée, suivie, à moins de 48 heures de distance, de phénomènes polynévritiques, frappant d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs. A ce moment, le liquide céphalo-rachidien, clair, contenait 12 polynucléaires par c. c. Deux jours après, apparition de troubles bulbaires, qui, en quelques jours, emportent la malade dans une grande crise d'étouffement, les accidents ayant évolué suivant le type ascendant du syndrome de Landry. La malade avait eu dans l'enfance une diphtérie vraisemblablement traitée par sérothérapie.

De tels cas doivent encourager dans la voie des vaccinations à l'anatoxine tétanique, et notamment des injections polyvalentes telles qu'on les institue à l'armée. On éviterait ainsi au praticien les anxiétés que lui cause la question de la sérothérapie préventive en présence des plaies les plus banales, question qui se double toujours d'un problème médico-légal à conséquences judiciaires redoutables possibles.

MM. Béclère et ***Hallé*** pensent qu'il s'agit ici d'un cas de rage secondaire à une morsure de la face par un chien.

L'ictère grave pseudolithiasique avec atrophie douloureuse du foie. — ***MM. Etienne Chabrol*** et ***Jean-Louis Parrot*** soulignent l'intérêt de ce syndrome en rapportant l'observation d'une femme de 57 ans qui présentait tous les signes d'un ictère calculeux sans avoir la moindre concrétion cholestérinique ou pigmentaire dans le canal cholédoque et dans la vésicule. Ils rappellent qu'en Allemagne deux courants d'opinion s'opposent l'un à l'autre quant à la nature de ces atrophies singulières : s'agit-il d'une affection spécifique ou d'un syndrome anatomoclinique pouvant relever des causes les plus diverses ? En faveur de la première conception, on peut faire valoir la rareté en France de l'ictère grave et de l'atrophie jaune aiguë au cours des affections très banales que sont la lithiase vésiculaire et les cirrhoses du foie.

Pour éclairer le diagnostic, les auteurs attachent un grand intérêt à l'étude comparative du cholestérol et des sels biliaires du sang : dans la majorité des faits, l'ictère par obstruation calculeuse s'accompagne d'une hypercholestérolémie et d'une élévation de la cholalémie alors que chez une malade atteinte d'atrophie douloureuse du foie, la contre-indication opératoire peut faire état de triade suivante : l'abaissement de la cholestérilémie à 0,80 ‰, la disparition complète de l'acide cholatique du sang, l'élévation anormale de l'index tyrosinique à 47 milligrammes.

La rœntgenthérapie de la maladie de Basedow. Ses indications. Ses résultats. — ***M. P. Gibert*** essaye de préciser les indications de la rœntgenthérapie dans les diverses formes de l'hyperthyroïdisme : les formes aiguës et les formes classiques sont particulièrement favorables. Les formes frustes, oligo-symptomatiques ne doivent être irradiées qu'après un examen clinique sévère. Les récidives chirurgicales paraissent avoir une sensibilité normale aux rayons.

L'ancienneté du goitre et la dureté du corps thyroïde sont des conditions défavorables au traitement radiothérapique.

Les résultats sont particulièrement brillants dans les formes aiguës. Dans les formes classiques, les plus fréquentes, la guérison est de l'ordre de 6 %. Mais, pour des raisons encore ignorées, 105 environ des cas sont radiorésistants. Ce sont les vraies indications de la chirurgie quand après une série d'irradiations techniquement correcte il n'y a pas eu une amélioration notable, il y a lieu de conseiller l'intervention.

La rœntgenthérapie, si elle connaît des insuccès, ne gêne pas l'acte chirurgical de l'aveu même des chirurgiens spécialisés dans ces interventions.

M. Comby rapporte un cas de Basedow sans goitre. Après quelques séances de radiothérapie suivies d'un traitement par la quinine à hautes doses, la guérison complète survint.

M. Cain demande quelle est la fréquence de la transformation maligne de la maladie de Basedow et des goitres en général. S'il était avéré qu'elle était élevée, ce serait un gros argument en faveur du traitement chirurgical.

M. Hagueneau dit que le cancer thyroïdien est longtemps radio-sensible.

M. Hillemand a toujours obtenu de bons résultats en traitant la maladie de Basedow par les rayons X.

Le traitement chirurgical, par contre, ne lui paraît pas exempt de dangers.

M. Azerad, à l'opposé, fait toujours opérer ses malades et n'a jamais eu à déplorer d'accidents post-opératoires.

M. Béclère pense qu'il convient toujours d'essayer le traitement par les rayons X, méthode qui donne 60 % de succès et qui a l'avantage d'être sans danger et de ne pas laisser de cicatrice. Mais il ne faut pas s'entêter à poursuivre ce traitement s'il ne donne pas rapidement de bons résultats.

Michelle Zagdoun-Valentin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les grands collapsus. La réanimation par l'injection intraveineuse de Pressyl

On est en présence d'un malade pâle, couvert de sueurs froides, aux yeux cernés, à la respiration rapide et superficielle ; de toute urgence il faut lui administrer une ampoule de Pressyl (1) dans les veines.

Parfois le collapsus est tel que les veines ne sont plus visibles. On est en présence d'un état de mort apparente, il ne faut pas hésiter à recourir à la voie intracardiaque.

Par son action cardio-tonique (camphramine) le Pressyl soutient le cœur et excite les centres respiratoires. Par son action sympathomimétique (pressédrine), il remonte les vasomoteurs et rétablit le tonus sympathique.

Hémorragies. — Le Pressyl n'est pas le médicament de la perte de globules rouges qui ne saurait être compensée que par la transfusion. C'est par contre le médicament indispensable de l'effondrement tensionnel post-hémorragique.

Il s'associe normalement à la transfusion. Administré par voie sous-cutanée, il ranime progressivement la tension artérielle. Injecté par voie intraveineuse, en même temps que le sang transfusé, il ramène instantanément à la normale les chiffres manométriques.

Le collapsus et la syncope consécutifs à une hémorragie foudroyante relèvent d'une injection intracardiaque de Pressyl.

Syncopes. — La syncope constitue une indication formelle du Pressyl.

La pâleur blafarde du malade, la suspension totale des mouvements respiratoires et du pouls, l'abolition de la conscience commandent d'administrer d'urgence du Pressyl.

Là encore, comme en cas de collapsus veineux, la voie intracardiaque est formellement indiquée.

La voie intraveineuse doit être également utilisée dans les syncopes d'origine cardiaque, en particulier celles qu'on observe au cours des paroxysmes de la maladie de Stokes Adams (pouls lent permanent). Le Pressyl est le médicament héroïque de la syncope d'origine circulatoire : celle qui succède à une hémorragie brutale, à une ponction péritonéale, à une brusque décompression encéphalique.

États lipothymiques. — Les états lipothymiques si fréquents chez les anémiques, les déprimés, les hypotendus permanents, les convalescents, relèvent d'une injection sous-cutanée de Pressyl. A titre préventif, l'administration de 2 à 4 comprimés prévient ces défaillances lipothymiques.

(1) Laboratoire Lematte et Boinot, Paris.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

La pathogénie des insuffisances aortiques fonctionnelles est toujours l'objet de nombreuses discussions. Deux observations avec autopsies fournissent des renseignements à verser au débat.

La première, due à une aortite syphilitique, vient confirmer la théorie du point de départ aortique de certaines insuffisance sigmoïdiennes.

La seconde, due à un gros cœur primitif des jeunes sujets avec intégrité de l'aorte, est un document en faveur de la notion de l'insuffisance aortique fonctionnelle due à l'insuffisance ventriculaire gauche.

(Paviot, Martin et Piauchu. A propos de deux cas d'insuffisance fonctionnelle. *Journal de médecine de Lyon,* 20 janvier 1937.)

La contagion intérieure dans les services d'enfants continue à sévir.

La plus fréquente des maladies que peuvent contracter les enfants est celle que l'on groupe sous la dénomination d infection grippale ; il s'agit en fait non point de la vraie grippe due à un virus filtrant, mais d'infection causées par les streptocoques, les pneumocoques ou les entérocoques.

La maladie la plus fréquente ensuite paraît être la diphtérie. La scarlatine arrive en troisième ligne.

La transmission par le personnel est la cause la plus fréquente et la plus importante de contagion dans les hôpitaux.

« La prophylaxie des contagions intra-hospitalières constitue bien le problème crucial des hôpitaux d'enfants ».

(Sédallan et Ribollet. La contagion intra-hospitalière dans les services d'enfants. (*Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1937.)

Le décollement prématuré du placenta est loin d'être rare. L'erreur de diagnostic habituelle consiste à le prendre pour un placenta prœvia. Il existe des cas mixtes où le décollement apoplectique se produit sur un placenta inséré sur le segment inférieur et c'est précisément dans ces cas que l'hémorrrgie externe est la plus abondante ; le diagnostic se fait par la discordance entre la gravité de l'état général et la petite quantité de sang perdue.

Cette complication, abandonnée à elle-même, entraîne assez fréquemment la mort de la mère. Il faut se hâter de rompre la poche des eaux, ce qui amène une amélioration considérable. Aussitôt l'utérus évacué — et cette évacuation sera précipitée, s'il y a lieu, par une application de forceps — on voit se produire une véritable résurrection.

On doit considérer comme excessive la méthode de certains accoucheurs, pour lesquels le diagnostic d'apoplexie utéro-placentaire commande toujours la laparotomie et la césarienne.

(Brault. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré. *Gazette médicale du Sud-Ouest,* 1er janvier 1937.)

L'étude du rayonnement solaire est surtout intéressante au point de vue de l'intensité aux différentes saisons, comme un élément du climat. Les variations de cette intensité proviennent de causes astronomiques (variation de la distance de la terre au soleil, variation de l'énergie émise par le soleil) et de l'absorption du rayonnement dans l'atmosphère terrestre.

Les mesures régulières de l'intensité du rayonnement solaire sont faites dans un nombre très restreint de stations ; des mesures dans diverses régions spectrales, dont l'intérêt serait grand pour le médecin ou l'hygiéniste, sont des plus rares.

Voici quelques indications générales :

Quand l'épaisseur atmosphérique traversée par les rayons croît, c'est-à-dire quand la hauteur du soleil au-dessus de l'horizon diminue, l'intensité décroît, mais dans une proportion différente pour les diverses parties du spectre, les rayons ultra-violets et bleus sont beaucoup plus absorbés.

La variation diurne est surtout importante pour les ultra-violets, le violet et le bleu, qui sont beaucoup plus absorbés le matin et le soir.

Les variations de toutes les parties du spectre sont en général moins marquées à la montagne qu'à la plaine.

Sur les océans la proportion d'infra-rouge est en général fortement diminuée par suite de l'absorption sélective de la vapeur d eau.

(D brach. Les facteurs actinométriques du climat. *Maroc médical*, 15 janvier 1937.)

Le problème du « bon pain » est plus compliqué qu'on ne le croit.

On a obtenu ces dernières années des variétés de blé riches en gluten, ce qui est un progrès.

Par contre le problème de la meunerie reste délicat. La farine provenant des moulins à cylindres est dépouillée de son germe et de l'assise protéique, renfermant les diastases, les vitamines et la majeure partie des sels minéraux.

Le pétrissage mécanique ne fournit pas une pâte aussi homogène, aussi aerée que le pétrissage à bras. Il n'est pas possible de revenir à la panification par les levains, par suite de la loi de huit heures et de l'interdiction du travail de nuit. Les nouveaux fours donnent une cuisson trop rapide.

Le pain actuel est incontestablement inférieur, au point de vue nutritif, à celui d'autrefois, parce qu'il est fabriqué mécaniquement, presque automatiquement avec une farine-type, sans qu'on se préoccupe de son équilibre biologique.

(Rochaix. Le problème du pain. *Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1937.)

J. LAFONT.

Echos et Glanures

La vocation médicale. — *Sous ce titre, Léon Daudet publie dans l'*ACTION FRANÇAISE (4 mars) *un article dont voici l'essentiel :*

..... Il y a , comme on sait, deux formes principales de médecin qui parfois se combinent : celui qui s'intéresse aux maladies, à leurs causes, à leurs variations, à leurs remèdes ; celui qui s'intéresse aux malades. Un autre aspect de la question est celui de la faculté mystérieuse que possèdent, en dehors de leur diplôme ou en plus de leur diplôme, certains êtres humains de dégager un fluide bienfaisant, remédial, thérapeutique. Tels étaient, au dire de leurs contemporains, Sydenham, Hahnemann et Trousseau. Tel était aussi mon maître, le professeur Potain, dont je fus quatre ans l'élève à Necker, puis à la Charité. Ce dernier apportait au lit du malade, en clientèle comme à l'hôpital, un soulagement. Nous l'avions constaté maintes fois, Vaquez, Sapelier, Foubert et moi. Il émanait de lui quelque chose d'indéfinissable qui consolait, soulageait et parfois guérissait. L'intérêt scientifique porté à la maladie, à ses progrès, à ses détours, à ses reculs, ne venait chez lui qu'après cette compassion clairvoyante, jointe à une foi très ferme, comme chez Laennec, qu'il rappelait par bien des côtés.

Or, c'est précisément à l'apparition dans sa vie du grand maître Potain que le docteur Mauté attribue le principe de sa vocation. Je le cite textuellement :

— Ma première jeunesse s'est écoulée dans le Perche, à la ferme de mon père, dans une atmosphère familiale si douce que je ne puis y songer sans émotion. Malheureuseument mes parents durent me mettre au collège. Je m'y sentis si malheureux que je tombai malade. Ce fut cette maladie qui décida de ma vocation. Ma mère ayant entendu parler d'un médecin célèbre à Paris, le professeur Potain, voulut absolument me conduire près de lui.

On lui avait dit que c'était un homme très occupé, très difficile à voir. Rien ne la découragea. Nous partîmes pour Paris. Chez Potain, on lui dit que le praticien avait ses rendez vous fixés pour des semaines. Elle me conduisit à l'hôpital. A la porte, elle attendit que le professeur sortît. Elle l'aborda et lui parla si bien que trois heures après nous étions reçus chez lui. Potain m'examina longuement, m'interrogea sur mes projets d'avenir avec tant de sollicitude et de bonté que, lui ayant dit que je voulais être paysan comme mon père, je sortis de chez lui avec la volonté d'être médecin comme ce si bon M. Potain.

La façon dont le professeur Potain examinait ses malades à la ville — où les cas sont généralement plus complexes qu'à l'hôpital — était curieuse. Après les avoir auscultés, palpés, interrogés patiemment et méthodiquement, il gardait le silence et tombait dans une véritable méditation, qui pouvait durer jusqu'à trois quarts d'heure. Il évoquait alors le cas particulier, personnel, cette idiosyncrasie à laquelle les homéopathes attachent un intérêt primordial, puisqu'elle inspirera leur thérapeutique infinitésimale, dite en *similia similibus.*

Le laboratoire est certes une grande et utile chose. Mais il ne remplace pas chez le médecin le travail d'esprit, par lequel la faculté d'investigation rejoint la faculté d'interprétation. Ces deux dernières s'appliquent au diagnostic, comme au pronostic et au traitement.

J'ai connu dans mon enfance, à Champrosay, un type de médecin bienfaisant, le docteur Rouffy, que mon père a peint, dans *Jack*, sous les traits du docteur Rivals. Dès qu'il apparaissait, ses malades, quelle que fut leur condition, éprouvaient un bien-être, une indubitable amélioration. Il portait à la tête une grosse loupe, et j'attribuais naïvement à celle-ci son pouvoir pithiatique. « Allons, mon bonhomme, ce n'est rien. Je vais te donner « un sirop à prendre toutes les heures, et demain il n'y paraîtra « plus. »

Le vieux médecin de famille, qui connaissait les tenants et les aboutissants de ses malades, était un admirable type de bienfaiteur de l'humanité que le médecin d'Etat ne remplacera pas. Mais il y aura toujours heureusement, des êtres de vocation médicale, des Laennecs, des Hahnemanns, des Trousseaux, des Brown-Séquards et des Potains.

Les visiteurs médicaux.— *Le Docteur B. Lyonnet a fait à la Société des médecins praticiens de Lyon une conférence sur L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples. Ses remèdes possibles.* En voici un passage où il traite des visiteurs médicaux :

Un mode de publicité qui se généralise de plus en plus est la visite médicale.

« Nos cabinets de consultation, nous dit le *Médecin de France*, ne verront bientôt plus défiler que des représentants de spécialités innombrables ».

Les visiteurs médicaux sont souvent des gens que nous devons accueillir aimablement et ne pas faire trop attendre. Ce sont par fois des confrères, des pharmaciens, d'anciens officiers.

Assez souvent ce sont des veuves, des filles de médecins, des jeunes femmes élégantes et agréablement parfumées. Dans ces cas-là, nous ne devons pas oublier la galanterie française.

Mais que de fois ce sont des gens tout à fait incompétents, qui vous répètent la leçon qu'on leur a minutieusement apprise, et qui ont une documentation bien légère.

Ils ressemblent aux courtiers en automobiles, aux agents des compagnies d'assurances, qui ont toujours la meilleure voiture, le meilleur contrat à vous proposer.

Eux, ils ont le meilleur vaccin, le meilleur sérum. Plus ils sont ignorants, plus ils ont de toupet, plus ils cherchent à vous « bourrer » (on sous-entend maintenant le crâne).

Même si l'on est pressé il est bon cependant de causer un moment avec ces visiteurs ; ils vous apprennent quelquefois des choses intéressantes, vous donnent des renseignements, plus ou moins désavantageux, sur leurs concurrents.

Il est certin que, de temps en temps, on est un peu énervé du discours fastidieux du représentant incompétent qui vous a fait passer sa carte avec ce titre pompeux de « délégué médical ».

Parfois ce voyageur en produits pharmaceutiques sera pris pour un malade et fera partir le « bon client » impatient, qui s'imagine avoir longtemps à attendre.

Je me souviens encore d'un étranger, qui tenait une pharmacie et qui me soutenait qu'il y avait de l'arsenic dans la noix vomique. Comme bien vous le pensez, je n'ai pas « marché ! ». Il vaut mieux se faire traiter de grincheux, que d'être complice d'une stupidité.

La sypbilis en Espagne au temps de la Renaissance. — Nous ne savons que peu de chose sur l'histoire de la médecine en Espagne (1). Bien peu savent que c'est une reine d'Espagne qui institua le premier service d'hôpitaux militaires de campagne et que c'est un Espagnol qui découvrit le système de la circulation pulmonaire. Mais chacun répète qu'elle fut le berceau de la syphilis en Europe après que Christophe Colomb la lui eut rapportée du Nouveau Monde.

C'est là une connaissance bien sommaire dont M. Marcel Morel a entrepris, dans son travail inaugural (Thèse de Lyon, 1936-1937) de démontrer l'insuffisance et l'inexactitude.

Les médecins de la Péninsule formés à l'école de l'observation positive ont, dit M. Morel, enrichi sans compter la vénéréologie ; nous devons à ces cliniciens de la première heure, les plus parfaites descriptions de la syphilis à toutes ses périodes, trente ans avant Fracastor.

Aucun symptôme n'a échappé à leur esprit accoutumé à l'investigation minutieuse et méthodique. Ils n'ont négligé ni les modes de contagion ni la prophylaxie ni le traitement du mal.

Lopez de Villalobos individualise la syphilis en la tirant du groupe confus des « gales » des anciens auteurs où entraient la lèpre, le psoriasis, l'impétigo et les eczémas ; il pose le diagnostic entre les dermatoses parasitaires et la maladie, enfin, il signale la splénomégalie et en tire une déduction pronostique.

Torrella et Pintor ont attaché leur nom à la prophylaxie sociale de la maladie en montrant le danger de la prostitution. Ils affirment la nécessité de la visite obligatoire des filles, pierre angulaire du système réglementaire en application aujourd'hui.

Juan Almenar, qui a condamné l'épreuve du ptyalisme, et Lobera de Avila qui a enrichi la thérapeutique, ont répandu l'emploi du mercure, réglé ses indications et sa posologie.

Ruy Diaz de Isla enfin, a décrit les syphilides en détail et les formes cliniques au grand complet.

L'œuvre qu'ils nous ont léguée n'a pas un intérêt médical exclusif, et elle peut être interprétée du point de vue historique. Tous ces médecins attestent sans ambiguité la nouveauté de la *Lues* en Europe, mais aucun parmi eux à l'exception de Diaz de Isla ne mentionne son importation américaine.

Nous avons été vivement étonné que des Espagnols, des médecins avertis, contemporains de l'apparition de la syphilis dans leur pays, n'aient pas fait la plus vague allusion à son origine exotique au milieu des théories pathogéniques dont ils furent prodigues.

L'écho de cette opinion parvient à nos oreilles dans des livres écrits par Oviedo et Isla postérieurement à l'actualité des

(1) Cette lacune vient d'être comblée par la publication du musée Welcome sur l'Histoire de la médecine espagnole.

faits. Nous avons surpris dans leur texte rédigé trente ou quarante ans après le retour de Colomb, de flagrantes erreurs de mémoire, que nous ne sommes pas le premier à relever. Aussi bien, nous n'avons pas souscrit sans réserve à leurs déclarations. Pareille discordance dans les dires de témoins qui vivaient au XVI[e] siècle, auxquels la nationalité confère une particulière autorité dans ce débat, nous a incité à examiner longuement la thèse classique sur l'origine de la vérole.

Et nous nous sommes trouvé en présence de circonstances vraiment paradoxales :

Les médecins à bord des caravelles du premier voyage de retour n'ont pas observé la maladie parmi l'équipage.

Le témoignage de vingt ou trente compagnons de Colomb est négatif, de même que les pièces de son procès et que la relation de son fils.

La syphilis n'a éclaté ni à Lisbonne, ni à Bayona de Galice, ni à Palos, ni à Huelva, ni à Séville, au moment où les navigateurs s'y arrêtèrent.

Le voyage à Barcelone ne repose que sur un faisceau de probabilités ; aucune date précise n'a été transmise sur sa réalité.

Enfin, les Archives de la Péninsule et particulièrement celles de la Couronne d'Aragon et de la Généralité de Barcelone gardent un silence total sur la visite du Conquérant des Amériques et sur l'épidémie vénérienne dont parle la tradition.

Devant le mutisme de l'Histoire, nous avons fouillé dans l'Art de l'Espagne, en quête de documents susceptibles de faire quelque lumière. Nous avons mis en évidence que des éléments psychologiques très forts suffisaient à expliquer l'absence d'iconographie de la syphilis dans ce pays.

Le culte de la beauté humaine idéale joint à l'abandon de toute activité mystique, ont conduit les artistes de la Renaissance à représenter des types qui ne soient pas des tarés, destinés uniquement à l'édification de fidèles et à l'apologie d'une religion.

. . . .

Nous pensons que la *Lues* est vieille comme le monde. S'il est un doute permis sur son âge, il ne peut se légitimer que pour l'Europe où la connaissance de la maladie a coïncidé chronologiquement avec le retour en Espagne des caravelles conquérantes.

Au moment d'entreprendre cette étude, nous n'avions à son égard aucune idée préconçue et même nous avions accepté sans critique l'opinion adoptée un peu partout.

Nous ne nions pas maintenant d'une manière formelle que la syphilis ait été transmise dans nos pays par les équipages de Colomb. Cette formule est commode, elle occupe l'esprit et satisfait la raison. Le besoin d'explication est trop fort chez nous, médecins, pour que nous n'ayons pas recours aux hypothèses.

Aussi, la doctrine américaine est provisoire, telle qu'elle est exposée actuellement, elle manque de bases irréprochables. Quelles sont-elles ?

La syphilis régnait en Amérique depuis un temps immémorial.

Inconnue en Europe, elle éclata en 1493 après avoir été introduite par les marins du Génois.

Elle apparut à Barcelone et peut-être en d'autres points d'Espagne, au retour du voyage de la découverte, puis elle prit une extension mondiale.

Certes, la deuxième proposition est séduisante : un brin d'aventure ne se mêle-t-il pas à la gigantesque épopée...

Nous pensons également que la syphilis peut avoir été nouvelle en Europe à la fin du XV[e] siècle sans, par une nécessité absolue, avoir franchi l'Océan.

Nous avons voulu nous élever avant tout contre le caractère dogmatique et l'esprit étroit de la doctrine.

Il manque actuellement une foule de données d'ordre historique et archéologique pour résoudre le mystérieux problème et la plupart des chercheurs ont négligé la documentation de source espagnole qui offre cependant la plus sûre garantie dans une pareille étude.

Quelle que soit la provenance du mal vénérien, la Péninsule a contribué largement à son expansion universelle. Les « Conquistadores » notamment, aventuriers, capitaines ou pilotes espagnols ont porté en Extrême-Orient, en Amérique, peut-être en Afrique, la contagion néfaste dont les ravages se sont ajoutés à ceux qui, depuis des millénaires, étaient causés par le virus autochtone.

Dans l'idée de beaucoup de gens, la syphilis règne dans l'Ancien Monde depuis quatre siècles seulement. Cette conviction préjuge sans doute avec excès de la sagacité des chercheurs ; elle renferme en outre un sophisme.

L'existence d'une maladie n'est nullement superposable à la connaissance qu'en ont les médecins.

Il est contraire à toute logique d'affirmer la nouveauté de la syphilis à la fin du XV[e] siècle, date à laquelle les premières publications scientifiques ont trahi sa présence et révélé ses méfaits.

Autant dire que l'apparition de la phtisie est contemporaine de Laënnec ou que la dothiénentérie remonte aux descriptions de Louis et de Andral.

Quoi qu'il en soit, il est banal d'écrire qu'au XVI[e] siècle, elle était d'une haute gravité par son caractère septicémique, par ses atteintes profondes et multiples chez un même sujet.

Les thérapeutiques ont modifié la graine ou le terrain morbide. Le Mal a apaisé sa virulence, dénaturé son expression.

Peut-être, d'ici quelques milliers d'années, son souvenir sera effacé et l'on ne dira plus que des navigateurs maudits venus de l'occident ont rapporté un jour la semence d'un fléau...

Chirurgie ou impôts ? — *M. Libois, dans une étude sur* LE DON GRATUIT DE 1758 EN FRANCHE-COMTÉ, *lue à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts, de Besançon* (BULL. du 4[e] trimestre de 1936) *rapporte une anecdote, contée par Chamfort à propos de l'Abbé Terray* :

« On disait un jour à Louis XV qu'un de ses gardes allait mourir pour avoir fait la mauvaise plaisanterie d'avaler un écu de 6 livres. « Ah ! bon Dieu ! dit le roi, qu'on aille chercher Andouillet, Lamartinière, Lassone ! — Sire, dit le duc de Noailles, ce n'est pas là les gens qu'il faut. — Et qui donc ? demande le roi. — Sire, c'est l'abbé Terray. L'abbé Terray arrivera ; il mettra sur le gros écu un premier dixième, un second dixième, un premier vingtième, un second vingtième. Le gros écu en sera réduit à trente-six sous, comme les autres ; il s'en ira par les voies ordinaires et voilà le malade guéri ! »

LES LIVRES DE LA SEMAINE

SICE (A.). — **La tripanosomiase humaine en Afrique intertropicale.** 312 p. Br. : 50 fr. (*Vigot frères*).

SZTOKMAN. — **L'asthme et sa thérapeutique pas l'hormone parathyroïdienne**, 36 p. Br. : 6 fr. (*Vigot frères*).

VIGNES (Henri). — **Maladies des femmes enceintes.** III. **Affections de la peau.** 202 p. Br. : 28 fr. (*Masson et Cie*).

VIGNES (Henri). — **Maladies des femmes enceintes.** IV. **Affections des muqueuses génitales.** 128 p. (390 gr.). Br. : 24 fr. (*Masson et Cie*).

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 15 — 10 AVRIL 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 18 juin 1937, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, du mercredi 19 mai au mardi 1er juin 1937 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Ecole de malariologie. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du mardi 1er juin au mardi 6 juillet 1937, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

PROGRAMME. — Les cours auront lieu au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Professeur E. Brumpt. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures et parfois le matin de 10 à 11 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de 3 heures, dirigée par M. le Docteur J. Callot, chef de laboratoire.

I. *Hématologie.* — Trois leçons par le Docteur J. CALLOT. Hématies de l'homme et des vertébrés. Numération. Hémoglobine. Hématies pathologiques. Physiologie pathologique des hématies. Leucoctes normaux et pathologiques. Formule leucocytaire. Rôle des organes hématopoiétiques. Hématoblastes. Sérologie, réaction d'Henry. Détermination spécifique du sang ingéré par les moustiques.

II. *Entomologie.* — Quatre leçons par le Docteur J. CALLOT. Morphologie et classification des insectes. Les moustiques. Procédés de capture, de conservation et d'étude. Classification des moustiques. Anophèles européens, africains, asiatiques, océaniens et américains. — Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. Biologie des moustiques. Métamorphoses, œufs, larves, nymphes, adultes. Les culicinés, biologie et rôle pathogène. Les anophélinés, biologie et rôle pathogène.

III. *Protozoologie* (Sporozoaires et parasites du sang). — Trois leçons par le Professeur E. BRUMPT. — Cycle évolutif des sporozoaires. Hémosporidies de l'homme et des animaux. Piroplasmes. Hémogrégarines. Toxoplasmes. Flagellés sanguicoles. Microfilaires.

IV *Parasites du paludisme.* — Quatre leçons par le Professeur E. BRUMPT. Cycle évolutif et biologie des plasmodidés. Paludisme expérimental. Etude détaillée, morphologique, biologique et géographique des quatre *Plasmodium* humains : *P. vivax*, *P. malaria*, *P. falciparum*, *P. ovale*

V *Etude clinique et épidémiologique du paludisme* — Quatre leçons par le Docteur J CALLOT Historique du paludisme, théories anciennes, découvertes modernes Epidémiologie. Indice endémique. Symptomatologie. Pathogénie. Anatomie pathologique. Méthodes de diagnostic. Thérapeutiques. Une leçon par les Docteurs X. HENRY et LE BOURDELES. Méthode de diagnostic par mélano-floculation.

VI. *Paludisme thérapeutique.* — Une leçon par le Docteur P. MOLLARET. Paludisme thérapeutique (malariathérapie).

VII. *Prophylaxie.* — Huit leçons par le Professeur E. BRUMPT. Facteurs de l'endémie. Prophylaxie individuelle. Quininisation. Protection mécanique. Prophylaxie générale. Stérilisation du réservoir de virus. Destruction des anophèles. Théorie du rideau protecteur. Grandes et petites mesures antilarvaires ; méthodes hydrologiques, chimiques et biologiques. Choix des méthodes prophylactiques. Rôle de l'Etat. Propagande. Personnel. Contrôle. Résultats acquis.

VIII. *Assainissement et drainage.* — Deux leçons par M. PRÉAUD, inspecteur général du génie rural. Assainissement agricole.

Une leçon par le Professeur E. BRUMPT. Historique de l'assainissement antipaludique en Asie (Chine, Japon, Indo-Chine, Malaisie, Ceylan).

Le diplôme peut être délivré : 1° Aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris. Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme est obtenu après un double examen comportant obligatoirement les épreuves suivantes :

Premier examen : épreuve pratique d'hématologie ; épreuve pratique de protozoologie ; épreuve pratique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme.

Deuxième examen : épreuve théorique de protozoologie ; épreuve théorique d'entomologie appliquée à l'étude du paludisme ; épreuve théorique sur l'épidémiologie, la symptomatologie et la prophylaxie du paludisme.

Un certificat d'assiduité peut être délivré aux élèves n'ayant pas passé l'examen.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 150 francs ; droit de bibliothèque, 60 francs ; trois séries de droits de laboratoire, 790 francs. Total : 1.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. (MM. les docteurs en médecine sont priés de se munir de leur diplôme ou d'un acte officiel en tenant lieu).

Cours de perfectionnement 1937 (21 mai au 25 juin).— M. le Professeur F. Terrien, avec le concours de MM. Rathery, Lacassagne, Strohl, Tiffeneau, Velter, Dognon et Renard, Ledoux-Lebard, Ramadier, Veil et Dollfus et de Cousin, Blum, Hudelo, Braun-Vallon et Joseph, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 21 mai au 25 juin 1937.

Les leçons comporteront : 1° Un exposé des plus récentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques, des dernières acquisitions de la physiologie, de la neurologie oculaire et de l'optique physiologique ; 2° La démonstration des perfectionnements apportés aux procédés chirurgicaux ou aux méthodes de traitement par agents physiques.

Ces leçons auront lieu : 1° Pour les exposés théoriques : à l'amphithéâtre de la Clinique ; 2° Pour les travaux de laboratoire : au Laboratoire de la Clinique ; 3° Pour la médecine opératoire : à l'Ecole pratique de la Faculté et au Laboratoire de l'Hôtel-Dieu ; 4° Pour les démonstrations d'électrothérapie, de radio et de radiumthérapie ; à l'Institut d'électrothérapie et à l'Institut du Radium (Fondation Curie).

A l'occasion de ce cours, des leçons magistrales seront faites par M. le Professeur Rathery (lésions diabétiques de l'œil), M. le Professeur Regaud (radiumthérapie oculaire), M. le Professeur Tiffeneau (pharmacologie ophtalmologique), et M. le Professeur Strohl.

Ce cours est divisé en deux séries :

PREMIÈRE SÉRIE. — *Clinique et laboratoire.* — Première leçon. Relations entre les affections de l'œil et les maladies générales : Etiologie générale de certaines réactions des membranes oculaires ou des milieux de l'œil (réactions conjonctivales, cornéennes, choroïdiennes, iriennes, ciliaires, sclérales, cristalliniennes).— Deuxième leçon . Examen biomicroscopique de la cornée : La lampe à fente. Le microscope cornéen. La cornée normale à la lampe à fente. Aspects pathologiques : altérations séniles, dégénérescence marginale, lésions traumatiques, buées, bulles, Descemet, anneau pigmenté, ligne de Stahli. Kératites : superficielles, interstitielles, profondes. — Troisième leçon . Examen biomicroscopique de l'iris : Aspect de l'iris normal et de l'iris pathologique. Anomalies congénitales et altérations séniles. Altérations pathologiques : iritis, iridocyclite, atrophie irienne. — Quatrième leçon . Examen biomicroscopique du cristallin : Cristallin normal. Cataractes congénitales, séniles, traumatiques, secondaires. Cataractes choroïdiennes. — Cinquième leçon : Bactériologie oculaire : Examens de laboratoire dans les affections aiguës. Les différents bacilles. Exercices pratiques : culture, coloration, examen. Le laboratoire dans les affections chroniques : tuberculose, lèpre, spirochétose, mycoses. Exercices pratiques. — Sixième leçon. L'immunité, la sérothérapie, la vaccinothérapie dans les infections oculaires : Exercices pratiques. Préparation des vaccins. — Septième leçon. L'optique physiologique : Les vices de réfraction : leur mode de détermination. La prescription des verres correcteurs : les nouveaux types de verres, leurs avantages. — Huitième leçon . Le décollement de la rétine : Notions pathogéniques. Diagnostic clinique (recherche de la déchirure, technique de son repérage), diagnostic de l'intervention (formes favorables et formes défavorables). — Neuvième leçon. Syphilis et tuberculose des membranes profondes de l'œil : Aspects cliniques. Caractères différentiels. Indications thérapeutiques. Pronostic. — Dixième leçon. Les hypertensions intra-oculaires : Définition et limites de l'hypertension. Hypertension primitive. Hypertension secondaire. Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales. — Onzième leçon. Névrites optiques et névrites rétrobulbaires : Relations entre les névrites et les affections de voisinage. Les névrites de stase. Valeur diagnostique. La ponction lombaire : sa valeur séméiologique. — Douzième leçon. Les tumeurs cérébrales : Symptômes oculaires et valeur de localisation. Hémianopsies homonymes. — Treizième leçon. Les hémianopsies hétéronymes : Séméiologie. Diagnostic étiologique. Valeur de localisation. Les tumeurs de la région chiasmatique. — Quatorzième leçon . La circulation rétinienne : La circulation rétinienne normale : artérielle, veineuse, capillaire. Troubles de la circulation artérielle.Troubles de la circulation veineuse. Hémorragies rétiniennes. — Quinzième leçon : Radiothérapie et radiologie oculaires : L'emploi des rayons X en ophtalmologie. Applications. Contre-indications. La radiologie : exploration de la cavité orbitaire et des cavités voisines. Recherche des corps étrangers intraoculaires. — Seizième leçon. Radiumthérapie des tumeurs de l'œil et de l'orbite : (Institut municipal de radiumthérapie).

En outre, pendant la durée du cours, des leçons magistrales sur des sujets médico-ophtalmologiques à l'ordre du jour, seront faites par MM. les Professeurs de la Faculté de Paris.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Chirurgie oculaire.* — Première leçon. Opération de la cataracte : Extraction simple et combinée Complications opératoires et post-opératoires. — Deuxième leçon. Amélioration de l'opération de la cataracte : Lambeau et pont conjonctivaux. Suture de la cornée. Extraction totale Extraction à la pique. Discussion des différents procédés. Cataractes secondaires. Indications opératoires. — Troisième leçon. Opérations sur la cornée, la sclérotique et l'iris : *a*) Cornée : Kératotomie, paracentèse, tatouage, kératocone ; *b*) Iris : Iridectomies optiques. — Quatrième leçon. Opérations antiglaucomateuses : *c*) Sclérotiques : sclérotomies, sclérectomies, cyclodialyse, iridectomies. Traitement du glaucome. — Cinquième leçon. Ptosis : Procédés opératoires : Motais, Parinaud, Panas, Angelucci, Poulard, de Lapersonne, Gillet de Grammont. Discussion de leur valeur respective. — Sixième leçon. Strasbisme : Orthophorie et hétérophorie. Strabismes latents et confirmés. Traitement orthoptique du strabisme. — Septième leçon. Opérations sur la conjonctive et les paupières : Les autoplasties : Traitement chirurgical de l'ectropion. Réfections palpébrales. Greffes cutanées et muqueuses. Ptérygoïdes et ptérygions. — Huitième leçon : Strabisme : Indications du traitement chirurgical. Discussion des différents modes d'intervention : ténotomies, avancements, raccourcissements tendineux. Traitement du strabisme paralytique. — Neuvième leçon. Plaies pénétrantes du globe oculaire : Corps étrangers. Exploration à l'électro-aimant. Examen radiologique. Indications thérapeutiques. — Dixième leçon. Opération de l'ectropion : Sutures. Excision de l'orbiculaire. Opérations du trichiasis. — Onzième leçon. Opérations sur l'appareil lacrymo-nasal : Dacryoadénites et dacryocystites : Indications opératoires. Dacryocysto-rhinostomie. — Douzième leçon. Suites éloignées des plaies du globe oculaire : Ophtalmie sympathique. Conséquences médico-légales. Application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — Treizième leçon. Rapports étiologiques et pathogéniques entre les affections du nez, des sinus, de la gorge et des oreilles et les affections oculo-orbitaires. — Quatorzième leçon. Décollement rétinien : Indications opératoires. Procédés récents d'intervention, leurs résultats. — Quinzième leçon. Symptomatologie, diagnostic et traitement des affections sinusiennes. — Seizième leçon. Opérations sur le globe oculaire et sur l'orbite: Ablation du segment antérieur de l'œil. Enucléation. Exentération. Orbitotomie. Greffes et amélioration des moignons en vue de la prothèse.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs par série. Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mercredi, vendredi de 14 heures à 16 heures, avant le 1er mai, ou à l'A. D.R.M., salle Béclard (Faculté de médecine).

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Docteur J.-C. RUDLER, prosecteur, commencera le lundi 26 avril 1937, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouvertur du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle de la Société aura lieu le samedi 10 avril 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs). Vous êtes instamment prié d'y assister.

ORDRE DU JOUR. — Communications : Docteur J. VIÉ : Tentatives et projets de réforme des maisons de correction parisiennes au XVIIe et au XVIIIe siècle. — Docteur I. SIMON : La médecine légale dans la Bible et le Talmud.

Muséum d'histoire naturelle. — Le lundi 12 avril 1937, à 17 heures, M. le Docteur F. Cathelin fera, au Muséum national d'histoire naturelle, 45 *bis*, rue de Buffon, dans l'amphithéâtre d'entomologie et sous les auspices de la Société nationale d'acclimatation de France, une conférence sur : « Nouvelle contribution à l'étude des migrations des oiseaux ».

XVIIe Banquet du Syndicat des médecins de la Seine. — Le XVIIe banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu samedi 24 avril 1937, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un bal suivra le banquet dès 22 h. 30.

Les parents et amis des membres du Syndicat des médecins de la Seine, y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

Société internationale de chirurgie. — Le prochain Congrès se tiendra à Vienne, en 1938, sous la présidence de M. le Professeur Rudoph Mattas, de la Nouvelle-Orléans. Les questions qui seront rapportées ont été subdivisées comme suit :

A. *Hypertension artérielle* : *a*) Le problème physiopathologique du point de vue chirurgical ; *b*) Les méthodes de traitement chirurgical ; *c*) Résultats thérapeutiques.

B. *Greffes osseuses* : *a*) Etude biologique de la greffe osseuse. Données actuelles avec conclusion sur la valeur comparée des divers procédés ; *b*) Applications chirurgicales de la greffe ; 1° dans les traumatismes et leurs conséquences (fractures récentes et pseudarthroses) ; 2° dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires ; 3° dans les maladies osseuses et articulaires en dehors de la tuberculose (kystes, tumeurs, etc.) ;

C. *Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon* : *a*) Méthodes et procédés ; *b*) Résultats opératoires des kystes ; *c*) Résultats opératoires des tumeurs.

Le Comité autrichien, constitué par MM. von Eiselsberg, Ranzi, Denk et Demel, assure déjà aux congressistes, une réception enthousiaste ; l'exposé des rapporteurs dans leur langue maternelle pouvant chaque fois, grâce à une traduction radiotéléphonique, être entendue dans une des autres langues du Congrès, au choix de l'auditeur, facilitera beaucoup la discussion des rapports.

Deuxième Congrès international des sanatoria et maisons de santé privés, Paris, juillet 1937. — Ce Congrès comprend des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session, dans une des langues adoptées par le Congrès, à la condition d'être inscrits avant le 1er juin 1937. La cotisation a été fixée pour eux à 150 francs. En outre, le Congrès accueillera avec plaisir, à titre de membres associés, les personnes appartenant à la famille des membres adhérents, Leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Les travaux de ce Congrès sont groupés en trois sections :

1° Section administrative, relative aux rapports entre les établissements privés et l'Etat, ou les diverses autorités ainsi qu'aux diverses réglementations auxquelles ces établissements sont assujettis ;

2° Section médicale, réservée aux questions d'ordre scientifique intéressant les maisons de cure des diverses catégories ;

3° Section économique, dans laquelle seront traités les sujets se rapportant à l'organisation matérielle.

Les rapports, communications et discussions pourront être faits dans l'une des langues adoptées : français, allemand, anglais et espagnol. Les auteurs devront indiquer à l'avance la langue dont ils entendent se servir.

Programme.— Lundi 12 juillet. à 2 h. 30 : Séance d'ouverture du Congrès. — A 14 heures : Premier rapport : La réglementation du travail dans les maisons de santé des différents pays. Discussion. A 16 heures : Visite de la ville en autocars. A 21 heure : Visite du Louvre.

Mardi 13 juillet. A 9 h. 30 : Deuxième rpport : Supériorité du tritement individuel, justification de l'existence des maisons de santé privées. A 14 heures : Séance de communications. A 16 heures : Visite de la ville.

Mercredi 14 juillet : Matin : Matinée libre. Après-midi : Excursion à Versailles. Le soir : Soirée libre.

Jeudi 15 juillet : A 9 h. 30 : Troisième rapport : L'héliothérapie. A 14 heures : Séance de communications. A 22 heures : Soirée offerte par le Congrès.

Vendredi 16 juillet :A 9 heures : Assemblée générale. A 14 heures : Séance de communications.

Samedi 17 juillet : A 9 h. 30 : Séance de communications. A 14 heures : Séance de communications. A 20 heures: Banquet de clôture.

Une excursion à Fontainebleau aura lieu après le Congrès, le dimanche 18 juillet.

En outre, des voyages permettant de visiter dans des condi-

tions avantageuses les stations climatiques et hydro-minérales françaises seront organisées au départ de Paris, le lundi 19 juillet. Ils se feront en trois groupes :

1° Côte d'Argent, Pays Basque, les Pyrénées ; 2° Le Centre de la France ; 3° Les Alpes et la Côte d'Azur.

Pour les indications techniques, s'adresser au secrétaire du Congrès, Docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Pour l'organisation matérielle, demander des renseignements à l'Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Congrès de Médecine et de pharmacie militaires de Bucarest (2-10 juin 1937). — A l'occasion du Congrès qui doit se tenir à Bucarest du 2 au 10 juin 1937, une croisière est organisée en Méditerranée et en Mer Noire, suivie d'un voyage en Europe Centrale.

Parcours maritime : Marseille, Le Stromboli, le détroit de Messine, Le Pirée (Athènes), Les Dardanelles, Istanbul (Constantinople), Le Bosphore, Odessa, Constantza.

Parcours terrestre : Constantza, Bucarest, Budapest, Vienne, Paris.

Le départ de Marseille : au lundi 24 mai prochain, par le paquebot « Providence » (15.000 t.), des Messageries maritimes.

Le prix du voyage comportant la traversée maritime Marseille-Constantza en première classe (excursions à Athènes, Istanbul et Odessa incluses), le trajet par chemin de fer de Constantza à Bucarest, le séjour à Bucarest du 2 au 8 juin (chambre et petit déjeuner seulement), le trajet en chemin de fer (avec wagons-lits de deuxième classe) de Bucarest à Paris, a été fixé à 1470 belgas.

Une variante permettra de passer deux jours à Budapest et deux jours à Vienne, moyennant un supplément de 205 belgas, supplément comportant tous les frais et excursions dans ces deux villes (boissons exceptées).

Les personnes n'appartenant pas au corps médical pourront, dans la limite des places disponibles, s'inscrire au voyage susvisé, pour autant qu'elles soient recommandées par un membre du Congrès ou que leur adhésion soit acceptée par le Comité permanent.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser au Bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE

André Philibert

La mort d'André Philibert est, pour notre journal et pour toute sa rédaction, profondément émouvante et douloureuse. Elle met fin à de longues souffrances supportées avec courage, presque avec le sourire ; elle anoblit celui qui fut pendant trente ans un collaborateur fidèle et un ami dévoué.

Philibert avait été l'élève de Widal, de Bezançon et de Gilbert. Interne médaille d'or, il s'était rapidement orienté vers la bactériologie et avait apporté à son maître Bezançon, lors de la création de la chaire de bactériologie, son concours complet et éclairé. Les travaux qu'il fit sur la tuberculose, les virus filtrants, les virus cytotropes, les brucelloses, sont connus de tous et son *Précis de Bactériologie* est un modèle d'expérience et d'érudition.

Agrégé de bactériologie et chef des travaux, il fit un enseignement suivi et contribua à l'organisation de la chaire à laquelle il était attaché tant par goût que par amitié.

Son esprit vif, sa grande mémoire, son talent d'exposition lui faisaient espérer qu'un jour la Faculté clémente, pourrait lui accorder le titre de Professeur sans chaire qu'il enviait et auquel il se reconnaissait, à juste titre, des droits. Et c'eût été une bien douce satisfaction.

Il avait eu dans la vie des déceptions qu'il n'acceptait pas sans amertume. Il s'en consolait pourtant en travaillant encore, en faisant quelque clientèle, et en cultivant la littérature, la musique et les arts qu'il connaissait à fond et qu'il pratiquait excellemment. C'était un camarade charmant, modeste et assez timide, plein d'idées neuves et originales, dont l'esprit critique avait de la justesse et dont l'ironie naturelle se tempérait avec beaucoup de bonté.

Le vendredi, chaque semaine ou presque, depuis que notre ami Esmonet nous avait quitté, Philibert venait au journal et nous aidait à classer, à juger les travaux de bactériologie, à préparer aussi les numéros qui concernaient sa spécialité. Et c'était plaisir de l'entendre, toujours précis, toujours fin, toujours plaisant, malgré le mal qui commençait à se faire durement sentir et qui fut bientôt si douloureux.

Nous espérions avec lui une guérison prochaine et nous nous efforcions de lui communiquer notre espérance. Notre dernière conversation fut presque empreinte de gaieté !

Il laisse une femme admirable qui lui prodigua des soins avec un dévouement affectueux et un visage toujours égal malgré ses angoisses, et des enfants charmants qu'il adorait et dont il était fier.

Je voudrais que notre sympathie put atténuer leur douleur et que notre tristesse, la tristesse de tous, leur soit un adoucissement.

M. Loeper.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVIe
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

TRAVAUX ORIGINAUX

De la péritonite fibreuse chronique encapsulaire

Par M. ZOVEINE

Assistant étranger de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin

Cette variété de péritonite chronique, de caractères anatomiques très particuliers, est de connaissance relativement récente, puisque les premiers cas connus ne datent que d'une vingtaine d'années.

Ce furent d'abord des cas isolés et diversement interprétés dus aux auteurs français ; tel le cas observé en 1912 par Villard et considéré comme le stade terminal d'une tuberculose péritonéale.

Elle fut ensuite individualisée pour la première fois en Allemagne par Esaü qui l'a décrite sous le nom de Zuckergussdarm, c'est-à-dire « intestin glacé » dans un mémoire paru en 1931.

Letulle, dans l'étude qu'il fit en 1918 sur la péritonite syphilitique, donna une description anatomo-pathologique absolument typique de l'affection qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de *péritonite encapsulante*. En 1921, Grégoire en publiait un exemple net où l'intestin grêle, en totalité, paraissait rétro-péritonéal et, il avait attribué cette disposition à une malformation congénitale exceptionnelle.

Vers cette époque, plusieurs observations furent publiées dans les ouvrages de langue allemande, notamment les cas de Josa (1927) ; de Toole (1928) ; d'Antonopoulos (1929).

Mais l'affection n'est connue en France sous le nom de *péritonite chronique encapsulante* que depuis l'important travail de Wilmoth et Patel paru en 1931 ; ces auteurs ayant ajouté aux trente cas publiés dans la littérature étrangère, notamment allemande, une observation typique recueillie dans le service de M. le Professeur Lenormant, donnèrent la première description française de la *péritonite encapsulante*.

En 1933, notre maître, M. le Professeur Lenormant, ayant eu l'occasion d'en opérer un cas, en fit une étude fondamentale où il fixa le cadre anatomique de cette lésion, et en donna une définition morphologique précise. De plus, à propos du polymorphisme du tableau clinique, il fit connaître un aspect tout à fait spécial de sténose duodénale.

A la suite du travail de Wilmoth et Patel, les observations se sont multipliées dont certaines discutables parce qu'elles ne correspondaient pas strictement à la description des lésions précisées par Lenormant. Néanmoins, c'est une lésion que les chirurgiens peuvent rencontrer de temps à autre au cours d'une laparotomie commandée par des troubles fonctionnels variables, comme en témoignent les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet aux sociétés de chirurgie de France.

Voyons maintenant, quel est le trait essentiel, du point de vue morphologique, de cette curieuse lésion qu'est la *péritonite encapsulante*.

D'après Lenormant, et c'est ce qui est généralement admis, « il ne faut parler de péritonite encapsulante que lorsqu'elle se présente avec ce double caractère de sac enveloppant l'intestin, sans lui adhérer réellement et d'intégrité complète de la paroi intestinale elle-même ».

Cependant, certains auteurs dont Hochmiller et Soupault ont soutenu qu'il peut bien y avoir des formes de passage ; il s'agirait alors d'aspects différents correspondant à des stades successifs de péritonite encapsulante en évolution : « les lésions, à partir d'un aspect quelconque, évoluent progressivement pour atteindre le stade définitif et typique ; et, il n'est pas forcé qu'on arrive toujours au moment où tout est achevé » (Soupault).

Pour M. Lenormant, « la chose est possible, mais non démontrée ».

Et il en résulte qu'actuellement, pour éviter d'englober sous le terme de péritonite encapsulante toutes sortes de réactions inflammatoires du péritoine, on s'en tient généralement aux cas réalisant l'aspect indiscutable et typique tel qu'il a été décrit par M. Lenormant.

Ces considérations d'ordre général étant posées, pour que notre étude ait un caractère essentiellement clinique, nous allons relater une récente observation inédite relevée dans le service de M. le Professeur agrégé Wilmoth. Nous exposerons ensuite la question dans ses divers aspects en nous référant constamment à l'histoire clinique des malades, aux constatations faites au cours de l'intervention et aux résultats des examens histo-bactériologiques pratiqués sur les pièces anatomiques.

OBSERVATION (1). — Femme de 31 ans opérée d'un kyste du foie en 1930 à la Pitié par M. Wilmoth. Santé parfaite, R. U. V. après l'intervention.

Présente des douleurs en juillet 1936 ; vue par un médecin, dont l'examen fut négatif, elle est partie ensuite dans les Pyrénées.

Revenue le 29 août ; à ce moment douleurs violentes par crises avec vomissements, sans température.

Rentrant à la consultation le 3 septembre, on remarque un abdomen augmenté de volume, très douloureux, avec température à 38°, état général mauvais, amaigrissement.

Pendant cette période, elle est bien réglée, mais les règles sont toujours douloureuses.

Elle a eu un accouchement normal il y a dix ans.

Elle a présenté une appendicite trois mois après son accouchement ; puis le kyste du foie.

Opération le 5 septembre.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'incision du péritoine donne issue à une petite quantité d'ascite jaune claire ; tout le grand épiploon s'étale de haut en bas et de droite à gauche recouvrant la masse viscérale. On arrive à décoller le grand épiploon du pelvis.

On trouve aussi entre l'utérus et le rectum deux gros kystes inflammatoires à paroi très mince qui sont vidés de leur contenu.

En relevant l'épiploon, on trouve une membrane épaisse, recouvrant toute la masse intestinale. On incise : épaisseur 3 mm., issue d'une grande quantité de liquide filant, jaune verdâtre, contenant des paquets floconneux.

L'assèchement de l'ascite permet de reconnaître que les anses grêles sont accolées en tuyaux d'orgue par des adhérences assez solides.

Prélèvement d'un abcès caséeux à la surface d'une anse grêle.

Résection de la membrane encapsulante. Suture de la paroi en trois plans.

Guérison sans incident.

Anatomie pathologique. — La *péritonite encapsulante* n'ayant, selon l'expression d[e] M. Lenormant, qu'une individualité anatomo-pathologique, il importe d'étudier, dans leurs détails, les lésions tel qu'elles se présentent au chirurgien à l'ouverture de la cavité abdominale.

Le péritoine pariétal présente un aspect variable : le plus souvent il est intact, libre de toute adhérence avec la membrane encapsulante ; parfois, il est relié au sac viscéral par quelques adhérences inflammatoires banales, faciles à détacher (Toole, Wilmoth, Patel, Madier, Lagoutte).

Enfin, dans d'autres cas, comme chez les malades de Villard et L[e]normant, il est tapissé d'une membrane indépendante et clivable ayant le même aspect que la membrane périviscérale.

Quant à la présence de liquide dans la cavité péritonéale : il s'écoule le plus souvent une petite quantité de liquide séreux à l'incision du péritoine ; mais, parfois il n'y a pas trace de liquide ; et, dans d'autres cas on y trouve une ascite abondante.

(1) Inédite due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Wilmoth.

Le grand épiploon, d'aspect normal ou enflammé, est toujours indépendant du sac ; il ne se voit pas dans le champ opératoire, car il est pelotonné et refoulé dans la partie supérieure de l'abdomen.

La cavité péritonéale une fois ouverte, la coque enveloppante se présente comme une membrane couenneuse, lisse et brillante, d'un blanc nacré ou ivoirin (Villard), plus ou moins épaisse et présentant parfois à sa surface de petites formations kystiques. Elle masque les anses intestinales et « c'est vraiment un spectacle étrange que cette cavité abdominale sans intestin » Bergeret).

Mais en examinant cette tumeur vernissée qui emprisonne l'intestin, on arrive habituellement à reconnaître un segment d'intestin qui pénètre en un point donné à l'intérieur du sac membraneux et un autre qui en sort.

La forme en est un peu variable : tantôt c'est une tumeur, plus ou moins ronde, simulant un kyste de l'ovaire ; tantôt il s'agit d'une disposition cylindrique et l'aspect est celui de deux ou trois grosses saucisses verticales (Esau), juxtaposées et se continuant l'une dans l'autre (Lenormant, Bergeret), et que Letulle avait comparé « à la préparation de charcuterie connue sous le nom de boudin blanc ».

A l'incision, la membrane épaisse de deux à huit millimètres offre une consistance fibreuse et ferme. Les connexions de la coque encapsulante avec le péritoine viscéral (sauf au niveau des mésos profonds et des points d'entrée et sortie de l'intestin où les adhérences sont solides) sont en général peu intimes, constituées par des tractus celluleux qui se détachent à la compresse.

Néanmoins, les difficultés éprouvées par les chirurgiens, lors de l'extirpation de la membrane, n'ont pas été égales pour tous les cas. Le plus souvent, le plan de clivage entre la capsule et le péritoine intestinal est assez facile à trouver et, selon l'expression de Wilmoth et Patel, « on a l'impression, en disséquant ce sac cloisonné, d'une sorte de dépôt fibrineux étalé à la surface de l'intestin et qui aurait été coulé entre les anses ».

Quelquefois, comme dans le cas de Toole, les connexions de la membrane avec son contenu sont si lâches que, dès l'incision de la capsule, les anses intestinales s'en échappent.

Par contre, on a vu des cas (Esaü, Pinson) où l'adhérence de la membrane à l'intestin était telle que la libération de ce dernier avait entraîné des éraillures de la séreuse (Antonopoulos), voire même la blessure de la paroi intestinale (Esaü).

Cependant, il y a un caractère essentiel de la membrane encapsulante sur lequel a insisté M. Lenormant, c'est d'être disséquable ; par conséquent, même dans les cas difficiles l'extirpation de la plus grande partie de la membrane peut être réalisée par lambeaux successifs.

Contenu du sac encapsulant. — La présence de liquide séro-fibrineux à l'intérieur même de la coque est extrêmement rare et n'a été signalée que dans le cas de Lagoutte.

Il s'agit le plus souvent de l'intestin grêle que l'on trouve dans le sac, soit en partie, soit en totalité. Au grêle s'ajoutent parfois des segments du gros intestin, et dans certains cas l'engainement peut intéresser le tractus intestinal en entier (cas d'Antonopoulos)

A l'intérieur du sac les anses intestinales sont juxtaposées, pressées les unes contre les autres, séparées parfois par des cloisons émanant de la face profonde de la membrane encapsulante (Wilmoth et Patel, Bergeret) ; mais le fait important, sur lequel a insisté M. Lenormant, est l'intégrité complète de la paroi intestinale, l'intestin bien que plus ou moins hyperhémié ne présente aucune altération, aucune lésion manifeste.

Les anses grêles n'adhèrent pas entre elles et une fois libérées du sac où elles semblent être à l'étroit, elle font hernie et comme un intestin normal se déroulent et se séparent les unes des autres.

Ainsi comprise, on voit que la péritonite encapsulante, de par son aspect anatomique, est une lésion tout à fait spéciale ; elle est absolument distincte de ces diverses formes de péritonites chroniques connues sous les noms de : péricolite pseudo-membraneuse ; péritonite plastique ; péritonite chronique adhésive idiopathique, dans lesquelles les anses intestinales adhèrent entre elles et au péritoine pariétal.

Structure de la membrane encapsulante. — L'examen histologique des fragments de membrane prélevés au cours de l'intervention a montré que la membrane se constitue schématiquement de deux couches :

— Une couche en évolution, formée de stratifications fibrineuses avec quelques petits nodules inflammatoires, reliquat de la réaction péritonéale primitive.

— Une couche constituée, formée par du tissu conjonctif d'aspect hyalin avec des lames collagènes superposées et de rares noyaux fibroblastes.

Cette substitution du tissu conjonctif à la fibrine a fait dire, à juste raison, qu'il « semble logique de considérer la fausse membrane périviscérale comme l'organisation progressive d'un dépôt de fibrine, contemporain de l'atteinte péritonéale première ; et l'intestin ne paraissant intervenir en rien dans la détermination de la péritonite, il n'est pas étonnant que les rapports entre les anses incluses et la capsule fibrineuse soient de contiguïté et non de continuation « (Wilmoth, Deval et Patel). Et c'est une des raisons qui a conduit Villard à rapprocher la péritonite encapsulante du processus qui réalise les hygromas en disant que la péritonite encapsulante est un « hygroma géant du péritoine ».

En outre, les coupes histologiques de la capsule ont montré, dans plusieurs cas, certaines altérations spécifiques, notamment d'origine tuberculeuse, et dont on comprend aisément l'intérêt au point de vue pathogénique.

Pathogénie. — La cause initiale de la péritonite encapsulante reste obscure et pour en expliquer la formation les auteurs ont édifié bien des théories ; certaines d'entre elles paraissent à rejeter définitivement ; d'autres, bien qu'elles ne soient pas pleinement démontrées, ne sont pas irrationnelles. Il convient donc de passer en revue toutes ces thèses puisqu'elles peuvent être invoquées plus spécialement dans telle ou telle observation.

L'origine congénitale invoquée par Futh ; la tendance de l'organisme à fabriquer du tissu conjonctif imaginée par Dowod ; le rôle primordial attribué par Tiesenhausen à l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale, ne sont que de pures hypothèses sans la moindre preuve d'ordre anatomo-clinique. Les théories qui semblent avoir reçu une démonstration plus ou moins convaincante, sont celles qui ont trait :

— soit à un traumatisme accidentel ou opératoire.

— soit à une infection aiguë.

— soit à une infection atténuée ou une irritation chronique.

— Le rôle du traumatisme accidentel paraît vraisemblable dans l'observation de Madier, où le seul facteur étiologique qu'on ait pu retenir était un traumatisme abdominal sérieux, (contusion par tampon de wagon), alors que l'examen histologique de la membrane n'a décelé aucune lésion spécifique.

— Le traumatisme opératoire a été invoqué dans plusieurs observations ; mais l'exemple le plus frappant est celui qui fut rapporté en 1935 par Giupponi : il s'agissait d'un malade ayant subi une gastro-entérostomie neuf mois auparavant sans qu'aucune étiologie put être retenue en dehors de l'acte opératoire ; de plus, cette intervention avait eu des suites pénibles qui avaient fait penser à une réaction péritonéale discrète. Et chose tout à fait particulière, la membrane encapsulante couvrait non seulement le grêle, mais encore le côlon et l'estomac dans toute la zone de la première opération.

Dans les deux cas rapportés par Albo, les malades avaient été opérés autrefois, l'un d'appendicite gangreneuse, l'autre d'un kyste de l'ovaire.

Mais dans le cas de Josa, où la péritonite encapsulante fut découverte quinze jours seulement après l'ablation d'un appendice d'apparence d'ailleurs saine, la théorie du traumatisme opératoire ne peut pas être admise ; et comme l'ont pensé Wilmoth et Patel, il est vraisemblable que la péritonite encapsulante, véritable cause des troubles abdominaux, avait échappé à l'examen de l'opérateur lors de l'intervention pour appendicectomie.

— Certains auteurs, qui avaient retrouvé une péritonite plus ou moins lointaine dans les antécédents de leurs malades, ont incriminé l'infection péritonéale aiguë.

La péritonite encapsulante serait le reliquat d'une infection aiguë qui, après refroidissement, laisserait derrière elle un état inflammatoire chronique.

Quant à la nature de cette première infection elle varie suivant les auteurs : septicémie (Schrodl) ; typhoïde (Bortolani, Jose Usua) ; grippe (Tiesenhausen). Terebinski, Farberova qui ont décelé des diplocoques dans la sérosité de la cavité péritonéale, admettent l'origine gonococcique.

— Le rôle des infections péritonéales atténuées et des irritations chroniques, fort comparables et presque toujours combinées, semble rallier la plupart des suffrages :

— La colite stasique, à laquelle certains auteurs (Dowod et Tiesenhausen) attribuent un rôle considérable, a une action non négligeable ; en effet par les irritations et les résorptions toxi-infectieuses qui en résultent, la stase colique entraîne des altérations chroniques de la muqueuse, et peut favoriser des réactions plastiques de la séreuse.

A ce propos, Wilmoth et Patel proposent une interprétation différente, suivant laquelle la constipation et la stase seraient secondaires à l'installation du processus péritonéal chronique. Ainsi, « on peut tenter d'admettre un cercle vicieux, une hypothèse de principe, la péritonite encapsulante produit la stase et la stase l'aggrave ».

— On a invoqué également des infections et inflammations chroniques de l'appendice, des annexes, de la vésicule biliaire comme servant de point de départ à la péritonite encapsulante.

Cette hypothèse a été soutenue par certains auteurs, comme Rouhier et Lecœur qui avaient trouvé des lésions évidentes d'appendicite chronique, confirmées par l'examen histologiuqe. Elle est combattue par d'autres, notamment Antonopoulos qui a montré par l'examen histologique la non propagation du processus dans un cas où l'appendice se trouvait adhérent au cæcum et confondu avec la couenne fibrineuse.

— Parmi les causes d'irritation chronique du péritoine, il convient de citer les lésions néoplasiques, comme en témoigne le cas de Bertrand et Colson, où seule l'irritation de la séreuse par l'ascite néoplasique paraît responsable de la réaction hyperplasique du péritoine.

— La syphilis qui, comme on le sait, se trouve à l'origine de certaines adhérences péri-intestinales, est également mise en cause comme facteur possible de la péritonite encapsulante. L'exemple le plus frappant, dans cet ordre d'idée, est celui de Letulle cité dans l'étude qu'il publia en 1918, où « les anses grêles paraissent beaucoup moins nombreuses qu'à l'état sain, recouvertes d'un péritoine lisse mais épaissi et blanchâtre et dur ; elles sont augmentées de volume, rappelant dans les cas extrêmes la préparation de charcuterie connue sous le nom de boudin blanc. Toutes les saillies, bosselures, franges sont écrasées par un épais glacis de péritonite scléreuse ».

— La tuberculose est, de toutes les causes jusque-là citées, celle qui paraît le plus souvent en cause ; du moins son existence est-elle plus facile à mettre en évidence.

Villard, en 1932, s'est fait le principal défenseur de l'origine tuberculeuse de la péritonite encapsulante. D'après lui cette variété de péritonite chronique est « la conséquence éloignée d'une péritonite tuberculeuse ascitique à grand épanchement guérie, dans laquelle l'ascite a disparu, alors que se constituait, par dépôt fibrineux pouvant s'organiser ultérieurement, une fausse membrane dépourvue des formations tuberculeuses typiques et englobant sous son voile tous les organes péritonéaux. Il se constitue, en somme, ce que l'on pourrait appeler un hygroma géant du péritoine. Sous l'influence de la compression réalisée par le liquide, l'intestin et les organes pelviens sont tassés et refoulés vers la colonne vertébrale et la ceinture pelvienne ; si la résorption du liquide se fait lentement, les dépôts fibrineux ont le temps de se déposer sur les séreuses et d'encapsuler les organes sous-jacents sous une fausse membrane qui réalisera l'intestin glacé des allemands. La couche liquide interposée empêchera l'adhérence du feuillet viscéral de l'intestin avec le feuillet pariétal du péritoine et lorsque tardivement l'ascite sera complètement résorbée, les adhérences seront devenues impossibles. En effet la séreuse péritonéale, vernie par les dépôts plastiques qui se seront déposés à sa surface, aura perdu ses propriétés adhésives. »

Pour Albertin, la formation de la capsule est un mode de réaction limitatif de la tuberculose péritonéale qui équivaut à une guérison, les phénomènes du processus inflammatoire étant éteints.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de l'encapsulement, la théorie de l'origine tuberculeuse s'appuie sur des faits indiscutables :

— d'ordre étiologique (pleurésie, péritonite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire) ;

— d'ordre anatomo-pathologique (ganglion caséeux dans le mésentère, granulations tuberculeuses) ;

— d'ordre histologique (présence de lésions tuberculeuses typiques dans la membrane encapsulante).

Il est donc un fait certain c'est que : « la tuberculose peut réaliser le processus de la péritonite chronique encapsulante » (Wilmoth et Patel).

Mais il y a de nombreux cas où l'aspect anatomique des lésions n'a rien de spécial ; les examens histologiques, l'inoculation au cobaye sont négatifs. Alors rien ne vient prouver le bien-fondé des hypothèses proposées par les différents auteurs ; et cependant, en l'absence de toute preuve de laboratoire, on ne peut pas éliminer d'une façon absolue l'hypothèse de l'origine tuberculeuse, puisqu'il peut bien s'agir d'après Villard, nous venons de le voir, d'un processus cicatriciel de lésions guéries.

Symptomatologie. — « Entité purement anatomo-pathologique, la péritonite encapsulante n'a pas d'histoire clinique » (Lenormant).

Dans l'ensemble les manifestations cliniques de la péritonite encapsulante se résument dans des troubles du transit intestinal plus ou moins douloureux, auxquels vient s'ajouter fréquemment une perception de tumeur intra-abdominale ; le tout extrêmement variable, n'ayant rien de caractéristique, si bien que « tous les cas actuellement connus ont été des trouvailles opératoires et il n'en est pas où le diagnostic exact ait été seulement soupçonné avant l'intervention » (Lenormant).

Dans certains cas (Josa, Soekarjo, Hochmiller), il s'agissait de malades pris assez brusquement d'accidents d'occlusion intestinale aiguë ; mais plus fréquemment, on a affaire à des malades qui, ayant présenté depuis un certain temps des douleurs coliquatives périodiques, de la paresse intestinale viennent consulter à cause de l'accentuation des troubles initiaux qui revêtent l'aspect de crises de subocclusion manifestes : douleurs paroxystiques, constipation opiniâtre, météorisme, vomissement.

Devant ce tableau on a pensé : soit à une invagination chronique (Pistouhi) ; soit à une appendicite chronique (Rouhier, Lecœur) ; soit à une péritonite tuberculeuse (Albo, Soupault, Villard, de Vernejoul et Figarella), ou à une sténose multiple du grêle (Esaü).

Chez beaucoup de ces malades on a noté, à la palpation de l'abdomen, la présence d'une tuméfaction de caractère assez variable suivant les cas ; il est intéressant de remarquer qu'il n'y a pas de parallélisme entre ses dimensions, qui peuvent être importantes (Bergeret, Morel et Fabre) et l'augmentation du volume de l'abdomen ; « ce qu'il est aisé de comprendre puisqu'il n'existe en réalité aucune tumeur dans le sens de néoformation » (de Vernojoul et Figarella)

Cette tumeur, de forme régulière, arrondie, siège en général dans l'étage sous-ombilical de l'abdomen ; sa mobilité est variable : elle a été prise tantôt pour un kyste du mésentère (Logothetopoulos, Bazy, Bergeret) ; tantôt pour un kyste de l'ovaire (Toole, Pistouhi, Lagoutte) ; tantôt pour un fibrome utérin (Wilmoth et Patel), ou une tumeur inflammatoire du cæcum (Logothetopoulos).

A ces symptômes il faut ajouter la présence d'une ascite perceptible à l'examen clinique et qui a été signalée dans certaines observations (Villard, Soupault).

Mais les troubles digestifs peuvent, dans la péritonite encapsulante, revêtir un aspect curieux sur lequel M. Lenormant, le premier, a attiré l'attention en 1933 ; cet aspect a été retrouvé un an plus tard par Snoeks chez un autre malade : il s'agit d'un syndrome de sténose duodénale avec crises douloureuses post-prandiales, terminées par un vomissement abondant de liquide aqueux renfermant de nombreux flocons bilieux ; sténose nettement confirmée par l'examen radiologique qui révéla un arrêt brusque dans la troisième portion du duodénum sur la ligne médiane avec distension considérable en amont.

Cette sténose, explique M. Lenormant, est due à ce que « le poids du sac renfermant la totalité de l'intestin grêle, exerçait sur le pédicule mésentérique une traction telle que ce pédicule écrasait la portion transversale du duodénum ».

Nous terminons cet exposé du tableau clinique en rappelant le résultat non moins variable de l'examen radiologique qui a été pratiqué dans quelques cas.

En dehors du cas de M. Lenormant et du cas analogue de Snoeks, il a été négatif chez le malade d'Albo.

Il a montré, dans le cas de Hochmiller, une plage sombre, large comme une paume de main, dans la région méso-abdominale.

Chez le malade de Madier, il y avait seulement des anses dilatées.

Dans le cas de Bazy, la masse abdominale était encerclée par le cadre colique..

L'examen radiologique, dans l'observation de De Vernejoul et Figarella, a donné l'image d'une sténose du grêle.

Dans le cas de Bloch et Blondin, il existait un ralentissement de la traversée digestive avec stase iléale et plus tard des déformations de certains segments du tractus digestif.

Enfin deux signes radiologiques ont été décrits par Bergeret, Carnot et Caroli, ce sont : le refoulement excentrique de l'estomac et du côlon et la disposition anormale du grêle dilaté.

Traitement. — Le traitement logique « consiste dans l'extirpation aussi complète que possible de la membrane fibreuse encapsulante » (Wilmoth et Patel).

L'opération comporte une certaine gravité, puisque, dans les trente cas réunis par Wilmoth et Patel, on compte cinq cas de mort.

Le premier temps consistera en une exploration minutieuse de la cavité abdominale afin de reconnaître l'existence d'une péritonite encapsulante et d'éviter certaines manœuvres dangereuses, telles que la ponction du kyste présumé ou une tentative d'ablation en masse, ce qui est arrivé à Futh ; on incisera alors prudemment la coque membraneuse pour en faire la résection. « L'existence habituelle d'un plan de clivage entre le sac et son contenu rend souvent réalisable cette décortication, d'ailleurs toujours longue et délicate » (Lenormant).

« C'est une épreuve de patience et de minutie » (Wilmoth et Patel).

Sans doute cette résection, comme le dit M. Lenormant, n'est jamais absolument complète ; mais elle est d'ordinaire suffisante pour assurer la libération de l'intestin du sac qui l'étrangle et l'immobilise.

Il est arrivé, cependant, que la dissection de la membrane encapsulante s'est révélée particulièrement laborieuse ; dans ce cas, si l'on persiste à tenter une décortication complète, on risquera d'éroder le péritoine viscéral, ce qui favorise particulièrement les adhérences ultérieures, et même de blesser la paroi intestinale, ce qui peut conduire à une résection intestinale.

Il vaut mieux « se borner à une tentative limitée et prudente de libération de la membrane et, devant la moindre déchirure de la séreuse intestinale, refermer purement et simplement l'abdomen, en escomptant la guérison par le même processus que dans les péritonites tuberculeuses plus évolutives » (Bérard).

En somme, il s'agit de savoir apprécier la nature de la lésion, se laisser guider par elle en proportionnant l'acte opératoire à ses caractères anatomo-pathologiques.

Après l'extirpation de la membrane, la guérison s'est maintenue pendant des mois et même des années, chez la plupart des malades ; guérison qui est même vérifiée anatomiquement dans quelques cas : Patel, réopérant pour une autre lésion, une malade seize mois après la première intervention, a trouvé les anses grêles parfaitement libres et cette femme était encore en bonne santé trois ans plus tard.

Cette stabilité de guérison, en contradiction absolue avec ce que nous savons des péritonites fibro-adhésives qui récidivent d'une façon décourageante, a fait penser (Wilmoth, Patel, Bergeret) que la péritonite encapsulante constitue le dernier terme évolutif d'une lésion inflammatoire qui s'est éteinte.

Mais dans d'autres cas (Grégoire, Madier) des accidents d'occlusion ont réapparu et ont entraîné la mort des malades.

CLINIQUE MÉDICALE

Angine de poitrine (1)

Par M. **Marcel MOUQUIN**

Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé

L'angine de poitrine reste une question en perpétuelle évolution, sur laquelle ont été émis les avis les plus divergents et vous verrez que certains chapitres de son histoire présentent encore quelques obscurités.

Tout le monde est d'accord sur la définition : l'angine de poitrine est *définie par ses caractères cliniques*. C'est un syndrome douloureux dont les caractères essentiels sont :

— le siège de la douleur à la base du sternum,
— le caractère constrictif de cette douleur,
— les irradiations vers l'épaule et le membre supérieur gauches.

A cette douleur s'associe typiquement un état d'angoisse plus ou moins pénible.

Enfin la crise d'angine de poitrine peut se terminer par la mort.

Je vous rappellerai brièvement les grandes étapes successives de l'histoire clinique de l'angor.

a) Il y a une trentaine d'années on distinguait deux grandes variétés :

— l'angina major, ou grande crise d'angine de poitrine, mortelle parfois,
— l'angina minor, ou fausse angine de poitrine, syndrome fonctionnel sans gravité.

b) Il y a vingt-cinq ans environ, Vaquez éliminait l'angina minor, ou fausse angine du cadre de l'angine de poitrine. « Il n'y a pas de fausses maladies, il n'y a que de faux diagnostics » disait-il, et il distinguait deux grandes formes cliniques :

— l'angine d'effort,
— l'angine de décubitus.

c) Ensuite, on vit l'acception du terme d'angine de poitrine s'étendre : en effet on admit que l'angine de poitrine était une manifestation reflexe univoque d'une

(1) Conférence faite le 26 janvier 1936 dans le service de M. le Professeur Clerc, et racueillie par Pierre Camus, interne des hôpitaux.


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
AIGUES ou CHRONIQUES
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
MÉDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Ephédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & RÉMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS : 127, Bd St Michel _ Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

excitation causale variable, que celle-ci fut cardiaque ou aortique, médiastinale ou viscérale.

d) Dans ces dernières années, un certain nombre de points ont été acquis grâce à l'étude de la physiologie coronarienne. On a pu serrer de plus près le mécanisme de l'angine de poitrine qui apparaît comme l'expression d'un spasme artériel.

Tous les intermédiaires sont possibles entre le spasme artériel coronarien et l'oblitération complète de l'artère. Mais, schématiquement, on peut éliminer de l'étude de l'angine de poitrine celle de l'infarctus du myocarde qui, reconnaissant un substratum anatomique différent, se présente également dans les cas typiques avec une symptomatologie différente.

Au point de vue *étiologique*, les idées ont évolué également. L'angine de poitrine était avant guerre considérée comme presque toujours syphilitique. On sait bien actuellement que l'étiologie syphilitique est loin de représenter la cause unique de l'angine de poitrine, et tout en recherchant toujours avec soin cette étiologie, on ne traite plus systématiquement les malades qui sont atteints d'angine de poitrine.

Description clinique

Nous prendrons comme type de description l'angine d'effort, où le syndrome est le plus pur.

C'est à l'occasion d'un gros effort, course, marche rapide, marche contre le vent, que le malade présente pour la première fois une crise d'angine de poitrine.

Il est cloué sur place par une douleur effroyable qui ne tarde pas à diminuer d'intensité puis à disparaître. Le malade veut reprendre sa marche. Avec la reprise de l'effort réapparaît la douleur.

La DOULEUR :

a) Siège typiquement à la base du sternum. En pratique on peut dire qu'une douleur localisée par le malade à la pointe du cœur n'est pas de l'angine de poitrine.

b) C'est une douleur extrêmement violente, à type *constrictif*. Le malade emploie les termes de barre, d'étau, de griffe pour décrire sa sensation. Pour mieux l'exprimer encore, le malade, avec ses mains à demi-fermées, traduit d'un geste le caractère constrictif de cette douleur.

c) Enfin, caractère très important, cette douleur présente des IRRADIATIONS qui se font habituellement vers l'épaule et le membre supérieur gauches le long du bord interne du bras, de l'avant-bras et de la main.

Les caractères de la douleur sont bien connus des malades qui regardent l'irradiation dans le bras gauche comme une signature du diagnostic si redouté d'angine de poitrine.

D'ailleurs, et nous y reviendrons, bien d'autres douleurs précordiales et en particulier celles qui accompagnent l'arythmie paroxystique, les extra-systoles, peuvent s'accompagner d'irradiations vers l'épaule et le membre supérieur gauches. Cette irradiation n'a donc aucun caractère spécifique.

En revanche il existe des *irradiations atypiques*

— Vers la droite, dans l'épaule et le membre supérieur droits.

— Vers le haut, le cou, la mâchoire, les articulations temporo-maxillaires,

— Beaucoup plus rarement vers le bas, l'abdomen, les membres inférieurs, les organes génitaux.

— Exceptionnellement dans le domaine du récurrent, créant parfois de la dysphagie et de la dysphonie.

Ces irradiations atypiques sont intéressantes à connaître, car elles peuvent constituer le seul symptôme qui attire l'attention, provoquant des erreurs de diagnostic. C'est ainsi que peut se discuter la cause d'une douleur dans les mâchoires, dans les poignets (douleur en bracelet) dans le coude.

Il s'agit parfois de manifestations plus atypiques encore : parésie, lourdeur d'un bras, sensation de froid ou de chaud, tous phénomènes pouvant même dans certains cas, s'accompagner d'une éruption.

En fait ces irradiations atypiques ou isolées sont exceptionnelles. L'irradiation dans le bras gauche est la plus habituelle, mais elle n'est, répétons-le, ni caractéristique, ni constante.

L'ANGOISSE, considérée classiquement comme un élément capital du syndrome, est en réalité très inconstante. Cette sensation de mort imminente fait souvent défaut.

Tels sont les signes fonctionnels du syndrome angineux.

Il est rare que l'on puisse *examiner le malade pendant la crise*. Habituellement c'est l'interrogatoire qui retrouve les éléments du syndrome. Cet interrogatoire doit être très prudent. Il faut éviter par des questions trop précises sur la topographie et les irradiations de la douleur, de faire naître dans l'esprit du malade le soupçon d'angine de poitrine.

Pendant la crise le malade reste immobile, figé dans la position dans laquelle il se trouvait au moment où la douleur l'a surpris. Parfois il a porté sa main sur la région précordiale. Plus rarement il se plaint, gémit. Dans quelques cas des larmes, des éructations, l'émission d'urines marquent la fin de la crise.

Il est beaucoup plus rare que certains sujets névropathes accusent au cours de la crise même, un besoin d'agitation qui constitue d'ailleurs toujours une grosse difficulté de diagnostic.

L'examen du cœur, du pouls, ne montre rien ou peu de chose : cependant une légère tachycardie peut s'observer. En revanche, il n'existe ni modification des bruits, ni extrasystole.

La tension artérielle, classiquement, ne se modifie pas. On a insisté récemment sur le fait que la tension artérielle s'élèverait nettement pendant la crise (de 14 à 17 pour la maxima par exemple), pour revenir à son taux antérieur dès la fin de la crise.

S'agit-il là d'un réflexe vaso-constricteur lié à la douleur angineuse, comme il est commun de l'observer au cours d'une crise de colique hépatique ou néphrétique ? Ou est-ce l'hypertension paroxystique, qui provoque la douleur par dilatation brusque de l'aorte ou du ventricule gauche ? Nous verrons plus loin comment l'excitation du sympathique peut expliquer ces symptômes.

Evolution de la crise.

1) Elle se fait parfois vers la mort. Tout le monde connaît cette éventualité. Aussi ne doit-on jamais prononcer le terme d'angine de poitrine devant un malade. On peut lui parler de spasmes de l'aorte, des vaisseaux du cœur, mais jamais d'angine de poitrine. Car, en pratique, les malades viennent consulter pour qu'on les rassure, pour qu'on leur dise qu'il ne s'agit pas de ce syndrome.

La mort peut survenir dès la première crise ; parfois elle ne survient qu'après de multiples crises.

Elle peut mettre fin à la crise dès son début ; dans d'autres cas, c'est après une crise de longue durée.

Parfois c'est au moment où, la douleur estompée, le malade se sent mieux que la mort survient brutalement. Ces cas appuyent dans une certaine mesure l'hypothèse de Mackensie sur l'épuisement du myocarde.

2) Plus souvent la douleur cède progressivement et la crise disparaît en quelques minutes.

La crise d'angine de poitrine est une crise de courte durée : il faut, en principe, rejeter du cadre de l'angine de poitrine les syndromes douloureux durant plusieurs heures.

Quelquefois, cependant, il persiste pendant plus ou moins longtemps un endolorissement de la région précordiale.

◆◆

Evolution générale

L'évolution générale des crises est très variable.

1) Il est des malades qui ne présentent qu'une crise dans leur vie.

2) En général les crises se répètent :

— au début à l'occasion d'efforts violents :

— puis pour des efforts de plus en plus minimes (monter un escalier, se déshabiller, aller à la selle). Il faut insister sur la fréquence des crises angineuses au moment du coucher du malade.

Parfois la crise apparaît sans effort apparent, la nuit, à l'occasion d'un rêve dans lequel se malade se voit faisant un effort ; quelquefois même sans rêve.

Parfois les crises douloureuses sont si fréquentes que les malades ne peuvent faire quelques pas sans souffrir. Vaquez a bien décrit ces malades qui, dans la rue, sont arrêtés par des crises très fréquentes et qui, examinant en apparence les devantures des boutiques, attendent, anxieux, la fin de la douleur.

Les malades peuvent être immobilisés au lit et devenir de véritables infirmes. Habituellement le repos au lit atténue ou fait disparaître les crises angineuses. Mais même après un repos prolongé, avec la reprise des efforts réapparaissent les douleurs.

Quant à l'état de mal angineux décrit autrefois, il semble bien qu'il faille le rattacher actuellement à l'infarctus du myocarde que nous identifierons plus loin.

En réalité, dans beaucoup de cas, les crises sont assez espacées. Les malades savent éviter l'effort qui déclencherait la crise, et cette éducation personnelle leur permet d'espacer notablement les crises.

Formes cliniques

A. — Parmi les *formes anormales* de l'angine de poitrine, nous retiendrons surtout :

1) L'angor épigastrique, ou angor abdominis, qui a vraisemblablement son point de départ sur l'aorte abdominale.

a) Ici la douleur est bas située, épigastrique ou franchement abdominale, et s'accompagne de :

b) Troubles digestifs très accusés.

Cette forme si spéciale apparaît en règle au cours de la digestion et se termine souvent par des éructations qui soulagent le malade.

Il faut signaler que souvent la fin des crises les plus typiques est annoncée par des renvois. C'est là un point que retiendra le médecin, non pas pour éliminer le diagnostic d'angine de poitrine, mais pour chercher à orienter le malade vers son estomac et à le détourner du soupçon d'angine de poitrine.

2) Nous ne ferons que rappeler les formes où la douleur siège à distance, aux poignets, aux épaules.

3) Nous insisterons sur les formes décrites par Gallavardin :

a) Syndrome de la respiration bouchée d'une part. Ce syndrome nous paraît d'ailleurs relever de causes diverses et ne peut être systématiquement rangé dans le cadre de l'angine de poitrine.

Ce syndrome peut se voir en effet chez des sujets jeunes, 20 à 25 ans, et être calmé très nettement par la belladone.

b) D'autre part Gallavardin a attiré l'attention sur certaines formes dans lesquelles la douleur précordiale se trouve calmée par l'ingestion d'une ou deux gorgées d'eau.

B. Il est des *formes associées*.

— à la claudication intermittente,

— à la maladie de Raynaud.

On comprend facilement ces associations puisque dans tous les cas il s'agit de spasmes vasculaires.

La crise d'angine de poitrine peut apparaître au cours du pouls lent permanent. Elle détermine une exagération du ralentissement du pouls et a pu provoquer ainsi une syncope.

Diagnostic

Le diagnostic de l'angine de poitrine est difficile. En effet, il doit se baser uniquement sur l'interrogatoire du malade et on connaît les difficultés d'interpréter les sensations d'un malade.

Le diagnostic est à faire avec tous les syndromes douloureux de la région précordiale.

1) Les *névralgies intercostales et des plexus brachial et cervical* seront reconnues par les éléments suivants :

— d'une part les points douloureux à la pression ;

— d'autre part l'effort n'augmente pas la douleur.

2) Il est habituellement aisé de distinguer les *douleurs rhumatismales* de l'épaule et des muscles intercostaux. L'arthrite de la colonne cervicale peut déterminer douleur précordiale et douleur dans l'épaule.

3) Dans le cadre des *topo algies précordiales*, nous retiendrons la cellulite de la région précordiale, reconnaissable aux petits nodules sous cutanés et à la douleur au pincement de la peau.

D'ailleurs, certains malades inquiets par des douleurs précordiales angineuses ou non, peuvent créer par une palpation fréquente de la région une véritable cellulite.

4) Aussi délicat parfois est le diagnostic des *phénomènes douloureux au cours des arythmies*. Les extra-systoles, la tachycardie paroxystique peuvent engendrer une douleur précordiale violente avec irradiations dans le bras gauche. C'est dire que l'association de douleur précordiale avec irradiations dans le membre supérieur gauche n'est pas absolument caractéristique de l'angine de poitrine.

5) Les *aortiques syphilitiques* peuvent donner une douleur précordiale qui n'est pas de l'angine de poitrine. C'est une douleur plus continue, durant des jours et des semaines, à type de brûlure plus que de crampe ou d'étau et qui disparait complètement par un traitement spécifique.

6) Nous éliminerons complètement du cadre de l'angine de poitrine les douleurs précordiales au cours des *névroses*

On décrivait autrefois l'angor névrosique.

Cliniquement, il s'agit de femmes d'une cinquantaine d'années, aux environs de la ménopause, nerveuses. Elles éprouvent des crises douloureuses précordiales, mais à la douleur s'associent d'autres symptômes, pleurs, agitation, éructations, émission d'urines et la classique boule œsophagienne. La douleur, qui n'a pas un caractère constrictif net (les malades se plaignent d'avoir un « cœur trop gros pour la poitrine »), dure plus longtemps que dans la crise d'angine typique.

7) Enfin, se discute parfois le *syndrome cardio-gastrique*.

Il s'agit habituellement d'hommes de 45, 55 ans, gras, au cou et au thorax courts et chez lesquels l'examen radiologique montrerait un diaphragme remonté. Ces sujets accusent une sensation douloureuse de la région précordiale. Il faut les faire maigrir par un régime restrictif, en supprimant les grands repas : les douleurs disparaissent alors.

Tels sont les principaux phénomènes douloureux avec lesquels se pose le diagnostic de l'angine de poitrine.

Il faut insister encore sur les très grandes difficultés que présente ce diagnostic dans nombre de cas.

C'est d'ailleurs toujours une lourde responsabilité de porter le diagnostic d'angine de poitrine.

Y a-t-il des criteriums sûrs de l'angine de poitrine ?

Nous ne rappellerons que pour mémoire la méthode de Lévine qui avait proposé d'injecter sous la peau du malade 1 à 2 mgrs d'adrénaline. Si le sujet était véritablement atteint d'angine de poitrine ce procédé déclanchait une nouvelle crise. Ce test dangereux et d'ailleurs souvent en défaut doit être rejeté.

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

La viande dans l'alimentation du nourrisson

L'utilisation de la viande dans l'alimentation des nourrissons inspire encore au public et à beaucoup de médecins des craintes qui ne sont pas justifiées.

Tous les travaux récents (1), en particulier les recherches poursuivies par les médecins allemands sur les régimes sans lait, montrent que le nourrisson, même au cours de la première année, a pour la viande une tolérance remarquable, et que son utilisation très large en diététique et en thérapeutique infantile donne des résultats favorables.

1° Sous quelle forme peut-on utiliser la viande dans l'alimentation du nourrisson.

Les viandes les plus diverses ont pu être employées : mouton, bœuf, cheval, veau, jambon, poulet, poisson, foie de veau, cervelle. Marfan pense qu'il y a intérêt à se servir des *viandes rouges* aussi bien digérées que les autres et plus riches en fer.

Tout d'abord la viande rouge peut être utilisée crue sous forme de jus de viande ou de viande pulpée.

a) *Le jus de viande* se prépare très simplement à la presse. Il y a lieu d'utiliser seulement le mouton ou le cheval *à l'exclusion du bœuf* afin d'éviter de contaminer l'enfant par les œufs de tœnia. La viande doit être très fraîche, bien pressée elle donne à peu près la moitié de son poids en jus de viande. Celui-ci doit être utilisé de suite et ne peut être conservé. La dose quotidienne varie de 10 à 30 grammes. Il peut être donné en nature, légèrement salé ou sucré, ou bien être mélangé au lait, au *potage* ou à la *purée* de légumes. Le jus de viande convient spécialement aux jeunes nourrissons, dans le courant de la première année, il est habituellement très bien supporté.

b) *La viande pulpée* se prépare également avec le mouton ou le cheval, pour les motifs précédemment indiqués.

Les meilleurs morceaux sont l'aloyau et le rumsteak. La viande est débarrassée de sa graisse et étalée sur une planche. On la râcle avec un couteau en agissant dans le sens des fibres. La pulpe ainsi obtenue est additionnée de sucre en poudre à parties égales et d'un peu de jus de viande pour la rendre plus molle et plus facile à déglutir. On peut également la mélanger à parties égales avec de la gelée de coings ou de groseille. Les enfants prennent très volontiers la viande ainsi préparée. Elle n'exige pas le secours de la mastication et se digère plus facilement que la viande cuite. *Elle convient spécialement à la période de début de l'alimentotion carnée, alors que l'enfant ne sait pas encore mastiquer.*

Pendant la deuxième année, on la donne à la dose quotidienne de deux à trois cuillerées à café, soit 20 à 30 grammes. Elle constitue dans certains cas une excellente méthode thérapeutique.

c) *La viande cuite* est donnée sous des formes diverses suivant l'âge de l'enfant.

Au début de la seconde année, il convient d'utiliser des *préparations carnées liquides ou demi-liquides* :

Potage préparé avec du bouillon de viande (bœuf, poulet, jarret de veau) et du tapioca, de la semoule ou une farine de céréale ;

Panade à la viande, panade à laquelle on incorpore 15 à 20 grammes de viande maigre de mouton ou de bœuf haché menu que l'on fait cuire avec le pain.

Vers 18 ou 20 mois, quand l'enfant est capable de mastiquer, il est bon de lui donner chaque jour un peu de viande : maigre de jambon haché menu, cervelle d'agneau, un peu plus tard viande de bœuf ou de mouton saignant, veau bien cuit, poulet, poisson frais et de temps à autre du foie de veau.

La viande sera toujours hachée aussi menu que possible. On commencera par une petite quantité, 10 grammes environ, soit une cuillerée à café, pour augmenter à 20 ou 25 grammes si elle est bien supportée. Au-dessus de 2 ans, on donne 10 grammes de viande par année.

(1) Ch. Gardère. L'utilisation de la viande dans l'alimentation du nourrisson. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1937.

2° Quelles sont les indications de la viande dans l'alimentation du nourrisson.

a) *Chez l'enfant bien portant*, la plupart des médecins s'accordent pour donner de la viande vers 18 mois.

L'addition de viande au régime que les enfants reçoivent à cet âge doit être accompagnée d'une diminution de lait avec augmentation des légumes frais et des fruits. Il est essentiel que le régime ne soit pas trop chargé en protéines et en graisses, afin d'éviter les troubles digestifs avec hypertrophie du foie et vomissements acétonémiques.

Voici un schéma de régime que nous utilisons couramment à 18 mois :

Le matin, une bouillie avec 250 grammes de lait et une cuillerée à bouche de farine.

A midi, 100 grammes de purée de légumes frais ou de pâtes, viande 20 grammes ou un œuf, 50 grammes de fruits cuits et crus, 10 à 20 grammes de pain.

A 4 heures, goûter avec 20 grammes de pain, beurre, fruits, confiture et 150 grammes de lait.

A 7 heures, 200 grammes de potage de légumes frais bien cuits et écrasés, additionné de 50 grammes de lait, et 50 grammes de compote de fruits.

Ce régime donne environ 3 grammes de protéine, 3 gr. 50 de graisse et 16 grammes d'hydrate de carbone par kilog. pour un enfant pesant 10 à 11 kilos, son rendement est d'environ 800 calories.

b) *Chez l'enfant malade.*

La viande est utilisée à titre *substitutif* pour équilibrer le régime alimentaire des nourrissons présentant une intolérance pour le lait les œufs ou les amylacés.

La grande intolérance pour le lait est actuellement très rare, par contre les formes légères ou moyennes sont fréquentes. Elles doivent être traitées dès leur début par la *suppression partielle du lait*. Lorsque l'enfant a plus d'un an, il supporte le régime de 18 mois précédemment donné, en général suffisant pour enrayer les progrès de l'intolérance. Lorsque l'enfant est plus jeune on donne du jus de viande cru, de 10 à 30 grammes par jour, il est en général fort bien toléré.

Dans la *diarrhée des féculents*, l'efficacité de la viande crue est classique depuis les observations de Weisse et de Trousseau.

Une autre indication importante est celle de la viande dans le traitement des anémies du nourrisson, et plus spécialement de l'*anémie à type chlorotique*, des *anémies de carence* et de *précarence*, de la *xérophtalmie* (viande crue).

La *tuberculose* bénéficie également du traitement par la viande crue. Mais en raison de la très grande évolutivité, les résultats sont moins brillants que chez les grands enfants.

Enfin, les nourrissons *cachectiques*, *affaiblis*, *convalescents*, *hypotrophiques*, bénéficient très nettement de l'addition de jus de viande crue à leur régime. Nous avons eu un très bon résultat chez un *athrepsique* âgé seulement de deux mois.

3° Accidents et contre-indications.

Les accidents sont exceptionnels, à condition d'aller prudemment au début et de n'atteindre la dose maxima qu'au bout de plusieurs jours. Même quand la viande est bien supportée, il est bon de l'interrompre deux jours par semaine.

Si les selles deviennent fétides, il faut diminuer la quantité ou supprimer temporairement. La prise de ferments lactiques améliore la tolérance chez les sujets qui ont des selles fétides.

Le jus de viande peut être bien supporté alors que la viande pulpée ne l'est pas.

D'une manière générale, il est prudent de s'abstenir quand il y a de la *fièvre*, des *troubles digestifs aigus*, de l'*entéro-colite avec flore anaérobie*.

Dans tous les autres cas, le régime carné est facile à manier chez le nourrisson et mérite d'être utilisé très largement.

Ch. Gardère.

En pratique les deux éléments essentiels de diagnostic sont :

— d'une part, l'apparition de la douleur à l'effort.

— d'autre part, la sédation rapide de la crise en quelques secondes, une ou deux minutes tout au plus, par la *trinitrine*. C'est là un point très important, et l'on peut dire que toute crise douloureuse précordiale qui ne cède pas à la trinitrine donnée au besoin à doses croissantes n'est pas de l'angine de poitrine.

Il est une affection, décrite jusqu'à ces derniers temps avec l'angine de poitrine, mais que l'on doit séparer maintenant de l'étude du syndrome, étant anatomiquement et cliniquement bien définie : c'est *l'Infarctus du Myocarde*.

Nous ne décrirons pas les symptômes bien connus de l'infarctus du myocarde. Nous insisterons surtout sur quelques points capitaux du diagnostic entre les deux syndrômes :

1) le facteur occasionnel : la crise d'angine est provoquée par l'effort, non l'infarctus.

2) la durée : la crise d'angine dure quelques minutes. Celle de l'infarctus plusieurs heures à plusieurs jours.

3) Les modifications de la tension artérielle : au cours de la crise d'angine la tension artérielle s'élève légèrement. Au contraire la crise de l'infarctus est marquée par un abaissement souvent même un effondrement de la tension artérielle dans les heures qui suivent.

4) Action des nitrites : la douleur de l'angine de poitrine est calmée par les nitrites : la douleur de l'infarctus n'est pas influencée par eux. D'ailleurs, l'infarctus survenant chez des malades ayant présenté des crises d'angine, ceux-ci reconnaissent d'eux-mêmes, à l'inefficacité des nitrites la différence entre cette nouvelle crise due à un infarctus et leurs crises antérieures angineuses.

Etiologie

Toutes les classifications des causes de l'angine de poitrine sont assez artificielles.

La plus intéressante est proposée par Lian qui distingue :

— des angines cardio-artérielles (aortites, hypertension) ;

— des angines cardiaques (cardiopathies orificielles ou lésions valvulaires, insuffisance ventriculaire gauche, péricardites) ;

— des angines réflexes (affections du médiastin, lésions digestives, névralgies, causes générales).

Nous distinguerons plus simplement :

— des causes cardio-vasculaires ;

— des causes extra-cardiaques.

A. Causes cardio-vasculaires

I) Nous isolons tout d'abord une forme clinique bien spéciale de l'angine de poitrine reconnaissant une étiologie particulière : c'est *l'angine de décubitus*

Forme accessoire de l'angine de poitrine, elle est en principe de diagnostic facile en raison du cortège de symptômes qui l'accompagnent.

Cliniquement, il s'agit d'un malade qui, la nuit, est réveillé par une douleur d'angine assez typique avec son siège pré-cordial, ses irradiations dans le membre supérieur gauche, son caractère constrictif. Cette douleur sera plus prolongée.

Le malade angoissé, couvert de sueurs (c'est là un signe important), est également dypnéique.

Cette crise peut être mortelle.

Elle peut régresser petit à petit mais dure toujours beaucoup plus longtemps qu'une crise ordinaire d'effort. Elle se prolonge pendant plusieurs heures, la douleur et la dyspnée ne diminuant qu'au matin ou par une saignée.

Caractérisée par son apparition au cours de la nuit, par la dyspnée qui s'accompagne, cette forme constitue un aspect très spécial de la grande insuffisance ventriculaire gauche.

Il n'est pas rare d'ailleurs de voir ces malades souffrant et dyspnéiques, rejeter quelques crachats rosés, mousseux, qui évoquent immédiatement l'idée d'un élément œdémateux surajouté.

Examinés en dehors de la crise, ces malades apparaissent comme des hypertendus ou des aortiques présentant souvent de petits signes d'I. V. G.

La crise de décubitus marque souvent une étape décisive dans l'évolution de leur défaillance cardiaque. Le cœur qui s'est distendu au cours de la crise peut demeurer dilaté comme en témoigne l'apparition d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et ultérieurement les signes classiques de l'asystolie.

II) Cette forme spéciale éliminée, nous allons envisager maintenant le diagnostic étiologique, souvent si difficile, de l'angine de poitrine typique qui est l'angine d'effort.

1) Avant tout tout il faut penser à *l'aortite*, bien que l'angine de poitrine ne signifie pas obligatoirement aortite.

Il faut rechercher le souffle systolique ou le double souffle et s'aider de la radiologie.

En OAD et en OAG on étudie :

— le calibre de l'aorte par l'orthodiagramme ou la téléradiographie ;

— l'opacité du vaisseau.

Ce sont souvent les aortes de calibre normal mais sombres qui sont les plus douloureuses.

La cause de l'aortite est généralement la syphilis. On la dépistera par l'étude des stigmates et des tests humoraux.

Toutes les formes d'aortite syphilitique, subaiguë, secondaire, chronique, et même hérédo-syphilitique, que l'aortite s'accompagne ou non d'ectasie, peuvent déterminer la crise angineuse.

En cas d'aortite par conséquent, on recherchera systématiquement la syphilis.

A côté des formes où la syphilis peut être décelée comme cause de l'aortite, il est est des malades porteurs d'aortite chez lesquels cette étiologie ne peut être mise en évidence.

Dans ces cas on est obligé de fouiller les antécédents et parfois, de rattacher faute de mieux l'aortite au rhumatisme articulaire aigu, à la grippe, au paludisme, à la fièvre typhoïde ou au rhumatisme chronique.

Rappelons qu'au-dessus de 50 ans, l'artério-sclérose peut créer une aortite non spécifique.

2) L'*hypertension artérielle* peut provoquer une crise angineuse en dehors d'une insuffisance cardiaque ou d'une aortite concomitante. Il semble que la crise apparaît lors d'un paroxysme hypertensif, qui entraîne peut-être une certaine distension cardio-aortique passagère ;

3) Signalons enfin quelques causes plus rares :

— les myocardites infectieuses ;

— les lésions valvulaires (rétrécissement mitral, sténose aortique), qui, chez les sujets jeunes peuvent déterminer une crise typique.

B. Causes extra-cardiaques

1) Les *affections du médiastin* peuvent déterminer une crise d'angine de poitrine, qu'il s'agisse :

— de tumeurs médiastinales ;

— de pleurésie médiastinale ;

— de réaction médiastinale au cours de la tuberculose ou de la syphilis. La médiastinite syphilitique est accessible au traitement : celui-ci a donc dans ce cas une influence heureuse sur les crises angineuses.

2) On peut avoir également des crises angineuses au cours :

— des péricardites aiguës ou chroniques.
— de la symphyse du péricarde qui est chez l'enfant la seule cause d'angine de poitrine.

3) Il existe des manifestations douloureuses à type angineux au cours de certains syndromes *gastriques* ou *coliques*. Ces crises sont parfois si franches que l'on ne peut éliminer ces manifestations du cadre de l'angine de poitrine. Mais les crises angineuses disparaissent avec la guérison de la cause abdominale.

4) Il est une étiologie viscérale, à laquelle il faut toujours songer c'est une cause *hépatique* et surtout une *cholécystite chronique* ; on explorera donc toujours avec soin la région vésiculaire des malades qui ont présenté une crise angineuse.

Enumérons enfin les causes plus rares :

5) Lithiase rénale.

6) Certaines névralgies intercostales gauches ou du plexus brachial gauche.

7) Certains syndromes endocriniens (myxœdème, goitre exophtalmique, ménopause).

8) Certaines hémiplégies et hémiparésies transitoires.

9) Récemment on a décrit comme facteur possible d'angine de poitrine : l'anémie pernicieuse. Le sang étant moins riche en oxygène, c'est l'anoxémie du muscle cardiaque qui provoque la crise.

10) Enfin rappelons le rôle que l'on a fait jouer au tabac dans l'étiologie de l'angine de poitrine. Bien que l'on ait exagéré son importance, il faut interdire aux malades de fumer car le tabagisme représente certainement un facteur adjuvant important dans l'étiologie de la crise.

11) Il faut bien reconnaître que dans un bon nombre de cas on ne trouve aucune étiologie.

Il s'agit de malades qui présentent à intervalles très irréguliers des crises d'angine de poitrine. Entre les crises, qui réapparaissent toujours à l'état de pureté, le malade n'éprouve aucune manifestation pathologique. Ces formes sont d'un pronostic plus sévère peut-être que les formes associées à des signes cardiaques ou aortiques. La mort subite au cours de la crise est assez fréquente et l'autopsie de ces cas non exceptionnels d'angor solitaire, ne permet de déceler aucune lésion.

Pronostic

Le pronostic de l'angine de poitrine est impossible à porter.

a) Il est sans rapport avec l'intensité et la répétition des crises.

b) Il est classique de dire que les angines de poitrine qui ne s'accompagnent pas de signes d'auscultation cardiaque sont de mauvais pronostic.

c) L'hérédité joue un rôle certain. Il est des familles dans lesquelles les sujets meurent au même âge d'angine de poitrine.

d) L'électro-cardiographie peut donner dans certains cas des indications pronostiques.

Electro-cardiographie

L'électro-cardiographie chez des malades qui ont présenté des crises d'angine de poitrine:

a) ne montre dans certains cas absolument rien d'anormal. Dans ces cas, si on fait systématiquement précéder la prise de l'électro-cardiogramme d'un petit effort, on peut voir apparaître des altérations caractéristiques (Scherf).

b) Dans d'autre cas, les données électro-cardiographiques viennent d'emblée à l'appui du diagnostic.

Ces déformations consistent :

1) essentiellement en modifications du raccord S T qui se déforme en dôme.

2) Il y a élargissement de Q R S.

3) T se modifie, s'inverse et s'inscrit en un V très étroit.

4) Enfin signalons la profondeur extrêmement marquée de Q en troisième dérivation. Le signe de Q III représentant au moins le quart de l'amplitude maxima de Q R S, est d'après Pardee un des signes les plus fidèles de la mauvaise qualité de la contraction myocardique imputable presque toujours à une mauvaise irrigation artérielle.

Les déformations électro-cardiographiques ont une réelle valeur diagnostique dans les cas douteux d'angine de poitrine.

D'ailleurs l'étude des tracés effectués régulièrement, en montrant un retour vers la courbe normale ou un accroissement des anomalies donne parfois de précieuses indications pronostiques.

Pathogénie de l'angine de poitrine

Nous envisagerons très brièvement les hypothèses qu'a soulevées l'angine de poitrine et comment à la lumière de l'anatomie pathologique et de la physiologie, on peut concevoir actuellement la physiologie pathogénique de ce syndrome.

Autrefois on considérait l'angine de poitrine comme un syndrome purement nerveux.

Il y a une trentaine d'années c'est la théorie coronarienne, défendue en France, par Huchard qui était généralement adoptée. Huchard en montrant la similitude avec la claudication intermittente, avait entrevu le rôle que peut jouer le spasme coronarien.

Puis cette pathogénie tomba dans l'oubli et Vaquez mit en valeur le rôle de l'aorte à l'origine de l'angine de poitrine. Vaquez écrivait que l'angine de poitrine était le « cri de souffrance de l'aorte malade ».

Actuellement, les constatations anatomiques, les tracés électro-cardiographiques ont assis la théorie coronarienne, et on peut schématiquement dire que l'angine de poitrine est liée à un spasme des coronaires.

Anatomie pathologique

Avec Gallavardin on distingue actuellement deux types de lésions :

1) Dans certains cas, il y a lésion des coronaires seulement. Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des lésions d'infarctus du myocarde dans cette forme.

2) Dans les autres types, il y a lésion de l'aorte et de l'orifice des coronaires. C'est donc seulement dans cette forme qu'il y a aortite. C'est cette forme que réalise la syphilis. Les lésions de l'orifice des coronaires sont responsables de l'altération du myocarde, mais habituellement ces sujets meurent avant que ne se forme un véritable infarctus du myocarde.

Physiologie pathogénique

Au point de vue physiologie pathogénique la crise d'angine de poitrine peut être considérée comme un phénomène réflexe.

Celui-ci part du cœur ou de l'aorte et par l'intermédiaire du nerf cardiaque inférieur du sympathique arrive au ganglion étoilé qui joue, nous le verrons plus loin, un rôle capital dans la physiopathogénie de la crise d'angine.

De là, conduit par le nerf vertébral de François Franck, l'influx nerveux arrive à la moelle cervicale.

La réponse centrifuge se fait dans le domaine des nerfs cubital et brachial cutané interne.

Le *ganglion étoilé* joue un rôle essentiel dans la crise d'angine de poitrine. Certains le considère comme le point de départ du réflexe, d'autres comme un relai.

Son excitation déclanche le *réflexe presseur* traduit cliniquement par :
— l'hypertension,
— la tachycardie,
— une vaso-constriction périphérique intense.

L'orientation de la thérapeutique de l'angine de poidoit donc s'attacher à supprimer ce réflexe presseur. C'est cette notion qui domine les travaux de Danielopolu.

Ce réflexe serait mis en jeu par des substances toxiques (que Th. Lewis appelle facteur P) dues à l'ischémie du myocarde par rétrécissement des coronaires.

Traitement

Il faut distinguer le traitement au cours ou en dehors des crises d'angine de poitrine.

I) Traitement de la crise d'angine de poitrine

1) Nous aurons surtout en vue le traitement de la crise provoquée par l'effort.

Ce traitement consiste essentiellement dans l'administration des nitrites.

a) Soit *nitrite d'amyle* dont le malade doit toujours avoir sur lui quelques ampoules. Il verse le contenu d'une ampoule sur son mouchoir au moment d'une crise et inhale ce produit volatil : l'action est immédiate.

b) Soit *trinitrine* simple ou caféinée, en solution alcoolique au 1/100 (II à IV gouttes) ou en dragées que le malade casse entre ses dents.

Nous rappellerons la formule de Vaquez, qui trouve son utilité lors des crises angineuses qui se répètent très fréquemment :

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100...	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne....................	cinq centigr.
Caféine..................................	1 gramme
Benzoate de soude........................	2 grammes
Sirop d'éther............................	60 grammes
Eau distillée.........................q. s.	100 c. c,

4 à 6 c. à café par jour.

2) Le traitement de la crise de décubitus, est le traitement des accidents de la grande insuffisance ventriculaire gauche. C'est dire que les actes essentiels seront : la saignée, l'injection de morphine, et l'injection intraveineuse d'ouabaïne.

II) Traitement en dehors des crises

A) *Hygiène générale des malades*

Les malades doivent avoir une vie calme et tranquille. Tous les gros efforts doivent être proscrits. Ils doivent éviter les changements brusques de température, et nous avons vu combien le refroidissement leur était nuisible.

Ils doivent se reposer l'après-midi, rester alités une dizaine d'heures chaque nuit et de préférence ne sortir que le matin.

Il faut tenir compte de certaines conditions climatiques, il faut leur interdire les régions éventées, et leur recommander au contraire les altitudes moyennes, les rives de lac dont l'action sédative est certaine.

Il faut les soumettre à un régime alimentaire sévère, leur interdire tous les excès de nourriture, leur recommander de diviser leur alimentation en un certains nombres de petits repas, réduire l'alimentation carnée (80 à 100 grammes de viande ou de poisson par jour).

Enfin il faut supprimer l'alcool, le thé, le café et le tabac.

Il est indispensable que ces malades s'étendent, se reposent. Il ne faut pas négliger le traitement psychique de ces malades et nous avons insisté sur la nécessité de dissiper leurs inquiétudes.

B) *Médicament palliatifs de l'angine de poitrine*

1) Parmi les médicaments destinés à empêcher la crise de revenir, ou tout au moins à espacer les crises, les meilleurs sont les *barbituriques*, pris à assez fortes doses (0,10 à 0,20 centigrammes de gardénal par jour).

2) Bien d'autres médicaments ont été proposés. Les meilleurs sont les *iodures* (lipiodol en injection). L'iode à hautes doses (Lian) donne des résultats heureux, mais cette médication n'est pas toujours bien supportée

3) L'*acécoline*, la *papavérine*, la *théobromine* seule ou associée à la papavérine ou au gardénal, sont des adjuvants utiles.

4) Les *injections analgésiques* donnent des résultats inconstants.

Deux produits sont à retenir :

— la novocaïne, en injection sous-cutanée ou intradermique au niveau de la projection précordiale de la crise douloureuse.

— la solution huileuse de camphre et de salicylate de benzyle en injection sous-cutanée précordiale.

Des résultats très intéressants ont été obtenus avec ces produits.

Par contre les injections paravertébrales de novocaïne, d'application beaucoup plus difficile, les injections de gaz carbonique, préconisées par certains, paraissent plus discutables.

5) On a préconisé un certain nombre d'autres médicaments dont l'action paraît plus discutable, ou au moins plus inconstante.

On a ainsi préconisé entre autres les extraits pancréatiques désinsulinés, les extraits musculaires, les acides aminés (tryptophane, histidine). Le grand nombre de traitements proposés prouve d'ailleurs qu'il n'en est guère de certainement efficaces.

C) *Le traitement étiologique de l'angine de poitrine*

1) On songera toujours à la syphilis. S'il y a aortite ou si le Bordet-Wassermann est positif, il faut entreprendre le traitement (le cyanure de mercure est alors le médicament à préférer).

2) Le repos et le régime seront les deux principaux éléments du traitement des hypertendus.

3) Enfin le traitement sera approprié aux causes médiastinales, viscérales que l'on aura pu déceler (estomac, intestin, vésicule biliaire)

D) *Physiothéraphie*

1) La radiothérapie sur laquelle on avait fondé des espoirs a été très critiquée par un certain nombre d'auteurs qui la jugent loin d'être sans danger.

2) Les infra-rouges, la diathermie, peuvent donner parfois de bons résultats, et sont en tout cas des méthodes n'offrant aucun risque.

E) *Crénothérapie*

Royat, Bains-les-Bains sont les stations où l'on peut envoyer ces malades, et il est des cas où la cure a une heureuse influence.

F) *Traitement chirurgical*

Tous les essais de thérapeutique purement médicale de l'angine de poitrine sont très décevants.

Devant cette carence des moyens médicaux, il semble que l'on doive espérer beaucoup plus des traitements chirurgicaux qui s'attachent à supprimer le reflexe presseur, mais en utilisant des méthodes différentes :

Leriche extirpe le ganglion étoilé.

Danielopolu résèque la chaîne sympathique cervicale jusqu'au ganglion étoilé non compris et les filets du vague cervical qui pénètrent dans le thorax ainsi que le nerf vertébral.

Les interventions ont été pratiquées d'un seul ou des deux côtés.

Les statistiques sensiblement équivalentes ne montrent encore que des résultats médiocres.

Notons enfin qu'à côté des sections on a pratiqué l'alcoolisation nerveuse.

Par ailleurs le résultat des thyroïdectomies totales chez des malades atteints d'angine de poitrine n'a pas été favorable.

Néanmoins, le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, basé sur l'étude de la physiologie pathogénique du syndrome, est certainement une méthode d'avenir, mais qui n'est encore qu'à ses débuts.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

ANESTHÉSIE LOCALE

Le *Journal of the American Medical Association* fait paraître une série de mises au points impersonnelles et impartiales, à propos de grandes questions de pratique médicale au sujet desquelles les plus grandes autorités sont consultées. Présentées de la façon la plus simple et la plus pratique, elles résument donc les principales notions acquises et admises aujourd'hui.

Celle qui fait l'objet de cette étude est l'un des trente quatre articles qui ont été établis et développés grâce à la collaboration des *U. S. Pharmacopeial Committee of Revision* et du *Journal of the A. M. A.* : elle est consacrée à l'anesthésie locale.

L'anesthésie locale a soulevé, ces dernières années, un grand enthousiasme. Tous ceux que les accidents, souvent fatals, de la narcose, obsédaient, ont vu dans ces nouvelles méthodes, une fin à leurs craintes. Il ne faut pourtant pas croire à l'impossibilité absolue d'inconvénients et négliger la plus petite des précautions sur lesquelles les techniciens les plus qualifiés ne cessent d'insister.

Pour John J. Lundy, auteur de cet article spécial, quelqu'évident que soit le rôle de la toxicité relative d'un produit et celui de l'idiosyncrasie, il n'en demeure pas moins que les anesthésiques locaux valent ce que valent ceux qui les emploient. Aussi ne croit-il pas qu'un technicien puisse se servir avec le meme bonheur de tous les produits que la pharmacopée comporte, ni qu'un chirurgien doit abandonner une technique qu'il connaît bien pour une nouvelle qu'il ignore. Enfin, les agents anesthésiques diffèrent, et doivent différer suivant la région et la maladie à traiter. Une étude un peu complète de ces indications sortirait des limites de ce travail. Aussi ne se propose-t-il d'en aborder que les plus courantes, celles qu'une pratique journalière présente à tout médecin.

L'infiltration sous-cutanée est la manière la plus usuelle d'employer les anesthésies locales. Les accidents seront évités si la drogue et sa concentration ont été choisis avec soin, si l'on sait les cas où l'usage associé d'adrénaline est à rejeter, si le lieu de l'injection est judicieusement précisé.

Les effets toxiques des anesthésiques locaux ont fait l'objet d'un rapport du Comité nommé par *l'A. M. A.*, en 1924 et présidé par E. Mayer. Ce rapport contient des recommandations qui n'ont pas varié : la cocaïne ne doit pas être utilisée par voie hypodermique ; les pommades cocaïnées ne doivent entrer dans aucun traitement pré-opératoire ; dans le cas particulier de l'urèthre, l'introduction d'un anesthésique local dans ce conduit récemment traumatisé par un instrument doit être proscrite.

L'adrénaline est souvent associée aux solutions anesthésiques pour l'ischémie locale qu'elle produit, dont le résultat est, à côté d'une diminution de l'hémorragie, le ralentissement de la résorption du liquide. Elle est compatible avec les bons anesthésiques locaux qui doivent en outre satisfaire aux conditions suivantes : être solubles dans l'eau, facilement stérilisables, non irritants et relativement peu toxiques.

La cocaïne est le type de l'anesthésique de surface. Elle est universellement employée en oculistique, en O. R. L., en urologie. Au contraire, elle n'est pas inoffensive en injection intrarachidienne. Ses inconvénients ont été réduits par l'emploi des barbituriques, préventif et curatif.

Elle provoque la vaso-constriction, la mydriase ; elle n'est pas antiseptique, elle se détruit lentement dans l'organisme.

L'anesthésine trouve sa principale indication dans les ulcères et les cancers de l'estomac ; on l'administre *per os*.

La butelline s'emploie sur les brûlures, les lésions ulcérées de la peau, en poudre.

L'holocaïne a l'avantage d'être antiseptique et de donner des solutions stables, supportant l'ébullition.

La novocaïne est un des meilleurs anesthésiques locaux et des moins nocifs. Sans action en applications de surface, elle est excellente pour l'infiltration sous-cutanée. Elle est inoffensive par voie intraveineuse. Ses seules contre indications sont l'anémie, la cachexie, les névropathies.

Sa destruction s'opère au niveau du foie. Aussi faut-il, pour allonger la durée de son action ralentir la circulation en l'associant à l'éphédrine.

Quinine et urée. Cet anesthésique ne doit pas être employé en solution concentrée, ni sur des tissus infectés. Son action prolongée (plusieurs jours quelquefois) la font rechercher pour les interventions sur l'anus.

Chlorétone. Ce produit assure un soulagement temporaire des douleurs gastriques dues à des lésions muqueuses.

L'antipyrine est employée soit par voie buccale, soit en application directe sur les muqueuses nasales, laryngée et uréthrale.

Le chlorure d'éthyle est extrêmement employé en vaporisations sur la surface cutanée à inciser ou autour d'elle. L'anesthésie générale obtenue avec ce produit est peu satisfaisante et dangereuse.

Le sulfate de magnésie a été proposé comme anesthésique spinal dans le tétanos.

Le menthol agit indirectement par un effet sur la sensibilité au froid de certaines terminaisons nerveuses, dans les céphalées, les névralgies, le prurit.

Le phénol rend indolore la piqûre d'une injection et calme les douleurs de l'otite moyenne, en instillations d'une solution glycérinée.

Nouveaux produits. On a longtemps cherché un bon anesthésique de surface ; actuellement la butyne semble être le plus apprécié.

Une nouvelle acquisition de quelque valeur est la métycaïne, dont les avantages sont surtout marqués dans l'anesthésie rachidienne. Il faut citer enfin la pantocaïne, le diothane.

Par ailleurs, vient d'être publié en Italie un très intéressant rapport de Bogetti Mario (1), au *Congrès National de la Société Italienne d'Anesthésie et d'Analgésie*, dans lequel le lecteur trouvera la somme des notions pharmacodynamiques, chimiques, expérimentales et thérapeutiques relatives aux agents anesthésiques les plus divers. Mais la pensée maitresse de l'ouvrage est que l'engouement qui a suivi la découverte de ces substances ne doit pas faire oublier qu'elles sont responsables de plusieurs accidents. Or, de plus en plus, elles sont utilisées pour des interventions importantes et tendent à supplanter la narcose dans toutes ses indications.

Action et propriétés pharmacologiques de quelques anasthésies locales. Les théories proposées pour expliquer l'action des anesthésiques locaux sont nombreuses et, par la même, inapplicables à tous. Les principales sont celles de la *précipitation* de la substance des cellules nerveuses ; de *l'asphyxie* de ces cellules nerveuses, à la suite d'une inhibition des processus d'oxydation des cellules de la *tension superficielle*, de la *solubilité dans les lipoïdes*, de la perméabilité des cellules aux liquides organiques ; théorie électrique, enfin.

En résumé, le mécanisme de l'anesthésie consisterait en une précipitation ou une coagulation reversible des colloïdes et probablement des lipoïdes.

En tout état de cause, la propriété que possède un corps d'abolir la sensibilité dans une partie de l'organisme a reçu le nom de pouvoir anesthésique (Klotz). L'étude de ce pouvoir, conduite par de nombreux chercheurs grâce à diverses méthodes, permet de conclure qu'il est différent pour chaque agent

(1) Mario Bogetti. — Incident e complicazioni gravi nell' anestesia loco-regionale. Rapport du II[e] Congrès National de la Société Italienne d'Anesthésie et d'Analgésie (Rome, 22 octobre 1936, XIV).

anesthésique et différent pour chacun selon son mode d'application. De plus, la concentration des solutions intervient incontestablement. Et, enfin, également, le degré de vascularisation de la zone anesthésiée.

La cocaïne détermine une véritable section physiologique du nerf ; mais cela n'est vrai que pour les nerfs ou les parties de nerfs sensitifs.

Très employée naguère en infiltration sous-cutanée, elle est réservée, aujourd'hui, à l'anesthésie en surface, car des accidents, quelquefois mortels, survenaient fréquemment.

Mais l'étude des relations entre sa composition chimique et son action pharmacologique a conduit à la préparation synthétique de plusieurs succédanés (stovaïne, novocaïne, eucaïne, tutocaïne, pantocaïne, ortoforme, anesthésine, nirvanine).

La novocaïne est actuellement universellement utilisée ; car, à des propriétés anesthésiques excellentes, elle ajoute une inocuité presque parfaite, une irritation minima ; au point de vue pratique, les doses utilisables sans danger sont environ cent fois moindres que les doses toxiques.

La stovaïne a l'avantage de ne pas provoquer d'anémie bulbaire, mais son action sur le système nerveux est prolongée et peut être fâcheuse.

La tutocaïne, la pantocaïne, la percaïne sont moins souvent employées.

***

Tous ces anesthésiques sont-ils détruits au lieu même de leur injection ?

Résolue par l'affirmative par Kohlhardt, Rifatwachdani, cette question actuellement encore très discutée, avait été niée par Kleine, Klotz, Wiechowski.

Le foie est un organe particulièrement adapté à la destruction de certains anesthésiques.

Cette propriété antitoxique n'est pas égale pour toutes les substances utilisées.

Enfin, la destruction des toxiques est très rapides.

L'élimination rénale existe, mais n'a pas le rôle principal de la défense de l'organisme.

Il faut donc craindre plus l'insuffisance hépatique que la déficience rénale.

***

Localement, les liquides anesthésiques provoquent de légers troubles passagers, surtout si la solution n'est pas exactement isotonique et si elle contient de l'adrénaline. Les accidents plus graves, avec nécrose des tissus, sont rares mais se voient. Il vaut mieux ne pas compter sur le pouvoir bactéricide de certains anesthésiques locaux et les employer avec prudence dans les cas de lésions infectées.

***

Les accidents graves ou mortels sont beaucoup plus graves qu'on ne l'a dit. Mayer en a rapporté 43 dont 40 étaient certainement dus à l'anesthésie locale, et plutôt à l'action toxique qu'à l'idiosyncrasie. Il semble que le facteur principal soit la concentration du toxique.

Klotz a pu rassembler 87 cas mortels, pris dans une série de cas oto-rhino-laryngologiques. Dans ces cas, on a vu que la pulvérisation était bien plus dangereuse que le badigeonnage.

***

L'intoxication, cause des accidents généraux graves, se manifeste par des symptômes, bien décrits par Klotz, quelquefois précédés de prodromes, et qu'on peut diviser en :

symptômes nerveux : psychiques, sensitifs et moteurs ;
symptômes respiratoires : dyspnée, polypnée, rythme de Cheyne-Stokes ;
symptômes circulatoires : arythmie, bradicardie, syncope ;
symptômes oculaires : mydriase ;
symptômes généraux : vomissements, sueurs, hyperthermie.

***

Il faut donc bien admettre que l'anesthésie locale est dangereuse comme la narcose, sinon plus. Cette conclusion de Bogetti se dresse contre l'idée de fausse sécurité sur laquelle trop de praticiens se reposaient. Elle ne veut pas être un épouvantail qui masquerait les résultats habituellement excellents que tout chirurgien a pu constater dans sa pratique journalière.

VALLETTA.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 6 avril 1937

La récupération des enfants déficients. — *MM. A. Loir* et *Legangneux* (du Havre). — En vue d'apporter un palliatif à la crise de la natalité et pour remettre en valeur un trop grand nombre de déficients qui sont une charge pour la collectivité, il serait nécessaire :

Que la législation actuellement en vigueur soit adaptée en vue de la récupération des enfants déficients de l'intelligence, de la motricité, du sens moral de la parole et de l'ouïe pour permettre à ces catégories de malades une activité sociale compatible avec leur degré d'éducabilité et de l'ouïe.

Que la création d'organismes spéciaux de réadaptation soit envisagée et vise non seulement l'instruction mais l'application de traitements médicaux ainsi que l'apprentissage de différents métiers.

Que l'assistance aux anormaux sensoriels, moteurs ou psychiques soit appliquée au même titre que l'assistance aux malades et aux aliénés.

Essai d'une méthode nouvelle de désensibilisation au cancer épithélial des premières voies digestives chez l'homme. — *MM. André Blum* et *René Grimaud* estiment que dans les néoplasies inopérables de l'œsophage et du sinus piriforme il faut tenter l'association radium + corps jaune à forte dose (et extrait de glande mammaire à dose faible). Ce traitement endocrinien doit être particulièrement énergique avant et pendant l'application de radium.

Une statistique de réactions à la tuberculine chez des infirmières de Paris. Pourcentage élevé de reactions négatives. — *MM. Jean Troisier, Maurice Bariéty* et *Paul Nico* ont étudié la sensibilité a la tuberculine de cent infirmières, âgées de 19 à 30 ans, après un ou plusieurs stages hospitaliers. Lorsque la cutiréaction était négative, on pratiquait une intradermoréaction, d'abord avec 0 c. c. 1 d'une dilution de tuberculine brute à 1 % (1 milligramme) et ultérieurement avec la même quantité d'une solution à 1 p. 10 (1 centigramme).

Dans ces conditions, 28,5 % de l'effectif, jusqu'à 23 ans, et 15 %, de 23 à 30 ans, ne réagissent absolument pas à la tuberculine.

Ces constatations soulignent à nouveau la haute valeur clinique des réactions tuberculiniques, même chez le jeune adulte.

Elles confirment que l'étude nosologique du début de la tuberculose de l'adolescent doit être faite en tenant compte de la date du virage de la réaction à la tuberculine.

Elles montrent enfin la nécessité de rechercher toujours avec la même énergie la source des contages infectants, trop souvent la cause de virages tardifs de la cutiréaction, avec ou sans lésions viscérales, et de prendre les mesures préservatoires indispensables.

L'hygiène des piscines. — *M. Yves Kermorgant.* — Aucune loi n'oblige les exploitants des piscines à appliquer des mesures d'hygiène. Quelques municipalités ont pris des arrêtés en ce qui concerne leurs piscines municipales. Ces mesures sont souvent insuffisantes.

M. Kermorgant estime que plutôt que de laisser à l'initiative et au bon vouloir de chaque municipalité le soin d'édicter les mesures d'hygiène indispensables, il vaudrait mieux créer une législation d'ensemble.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mars 1937 (*suite et fin*)

L'index tyramine dans les hépatites. — *MM. Loeper, Lemaire* et *Lesiur* propsent le dosage de la tyramine dans le sang comme moyen de pronostic dans les hépatites. Ils rappellent la genèse de la tyramine dans l'organisme et montrent que la présence de ce corps toxique en excès dans le sang et

dans les tissus est due vraisemblablement à une insuffisance de sa fixation ou de son oxydation dans le foie. Ils décrivent la méthode délicate qu'ils emploient et donnent des taux de tyramine habituellement observés chez les individus normaux : 2 milligr. environ. Chez les sujets à foie déficient, la tyramine est nettement plus élevée : 3 à 4 mgr. dans les hépatites stabilisées (cirrhoses), 5 à 8 mgr. dans les hépatites évolutives graves. Les résultats de leurs dosages montrent l'intérêt que peut présenter l'indice tyramine pour préciser le pronostic d'une hépatite.

M. Chabrol rappelle que l'index tyrosine qu'il emploie couramment ne fournit d'indications précieuses que pour fixer le pronostic immédiat au stade ultime de l'évolution d'une affection hépatique.

Septicémie staphylococcique post-abortum avec phlébite. Guérison. — *MM. J. Troisier, M. Bariéty* et *R. Lesobre* relatent l'observation d'une femme de 37 ans atteinte de septicémie post-abortum. A deux reprises, l'hémoculture montra la présence de staphylocoque doré dans le sang. Une phlegmatia survint. Après un mois d'apyrexie, une reprise de la septicémies se produisit selon un type pseudo-palustre : cette rechute fut jugulée, comme la première poussée, à la suite d'un traitement par la carboxy-sulfamido-chysoïdine.

Les auteurs rapprochent cette observation des autres cas de septicémie staphylococciques puerpérales rapportées au cours de ces dernières années. Ils soulignent l'évolution favorable de cette staphylococcémie qui ne se rencontre qu'exceptionnellement dans les infections post-abortum.

Michelle Zagdoun Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1937

Les médications dynamiques. — *M. R. Glenard* montre que, par suite des modifications intérieures qu'elles subissent à leur arrivée à l'air libre, les eaux minérales alcalines chaudes, même à doses faibles, constituent, à la source, une médication catalytique, vivante et comme dispensatrice d'énergie. Leur rôle n'est pas de combattre, sur le champ clos de l'organisme, de prétendues maladies autonomes, mais de stimuler ses fonctions vers un retour à leur équilibre normal. Le résultat dépend de la nature des réactions de chaque malade et de la manière dont la cure leur est constamment adaptée.

Traitement médical de la Coxarthrie. — *M. J. Sédillot* présente d'abord 2 malades dont les coxarthries étaient, cliniquement, aussi exactement semblables que possible, et qu'il a soumises à la même cure de désintoxication arthritique. Chez l'une, qui, antérieurement, avait subi, sans aucun résultat, le forage du col, le résultat de la cure a été nul. L'autre malade a eu une amélioration considérable, et peut mener aujourd'hui une existence normale.

M. Sédillot en conclut que le forage n'agit sur l'élément douleur que par une dévitalisation du col, dangereuse pour l'avenir de l'articulation. Il présente un 3 ème coxarthrique, traité au 5 ème mois d'évolution, et dont la guérison se maintient complète depuis 22 mois.

M. Dupuy de Frénelle étudie le mode d'action du forage osseux.

Activité normale intermittente de l'estomac à jeun et diagnostic d'hypersécrétion continue. — *M. Pron* estime que, du fait de la présence de suc gastrique, à jeun le matin, à l'état normal, le diagnostic d'hypersécrétion continue risque d'être aléatoire, le tubage pouvant être fait juste au moment où se produit la sécrétion passagère. L'existence du bruit de clapotage, la quantité de liquide extraite et surtout la composition de ce liquide, qui s'éloigne, le plus souvent, beaucoup de la normale sont des signes qui permettent d'éviter l'erreur. L'absence de repos réel de l'estomac, en dehors des repas, ainsi que l'ont montré les recherches de Jarno et Vandorfy, doit inciter les médecins et les chirurgiens à ne pas mettre à la diète absolue les patients qui viennent d'avoir une hématémèse ou de subir une opération importante.

Morphologie Cranio-Faciale. Repérage en vue de la connaissance de la position de la tête dans l'espace. — *M. C. Claoue* fait remarquer l'intérêt d'une connaissance précise de la position de la tête dans l'espace. Il établit les points de repères et les angles nécessaires à cet effet. Il fait ressortir l'intérêt de ces données en particulier pour les mensurations et les études radiologiques crâno-faciales.

Rhumatisme cardiaque évolutif masqué par une névrose cardiaque. — *M. A. Pruche* expose et commente l'observation d'une malade depuis longtemps traitée pour névrose cardiaque, palpitations considérées comme sans gravité. Cette névrose cardiaque, réelle, à symptomatologie bruyante, masquait un rhumatisme cardiaque évolutif, dont les signes cliniques étaient réduits au minimum, mais caractérisé par de rares crises que l'électro-cardiogramme montrait être un fibrilloflutter auriculaire et, à l'écran, par l'augmentation du volume des deux oreillettes et du ventricule droit. Le diagnostic de névrose cardiaque, insiste l'auteur, ne doit jamais être porté a priori, mais seulement par élimination, après examen intégral.

Remarques sur l'action de la dimelthylxanthine éthylène diamine. — *M. R. Heim de Balsac* après avoir rappelé les travaux expérimentaux qui montrent l'action diurétique et surtout vaso-dilatatrice coronarienne de la dimelthylxanthine éthylène diamine résume les résultats thérapeutiques obtenus à l'étranger, en particulier dans lés coronarites douloureuses, thrombosantes ou accompagnées d'insuffisance cardiaque. Depuis un an cette médication appliquée uniquement par voie buccale à trente malades lui a donné des résultats favorables dans leur ensemble ; quelques céphalées, insomnies ou brûlures gastriques sont les seuls signes d'intolérance qu'il ait observés.

Atteinte veineuse aggravant les artérites séniles. — *L. Kervarec* relate deux observations d'artérite sénile où l'apparition de phénomènes nécrotiques a paru suivre celle d'une atteinte veineuse relativement bénigne. Il insiste sur la disproportion clinique existant entre la phlébite et ses conséquences et sur le caractère exceptionnel de pareils faits. Il termine en examinant brièvement les conditions circulatoires d'un membre atteint d'artérite et donne un aperçu pathogénique.

Sulfate de Quinidine et arythmie complète. — *M. Barrieu* montre que le sulfate de quinidine régularise toujours le cœur quand le flutter a été transformé en arythmie complète par la digitaline à haute dose. Il ressort de deux observations que cette transformation est spontanément possible. C'est peut-être dans cette seule éventualité qu'agit le sulfate de quinidine.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Troubles de la diurèse

Dans le *Bulletin Médical* (9 janvier 1937), Imbert souligne le mécanisme d'action de l'aminophylline, dérivé xanthique très employé en France sous le nom de caréna. La comparaison de caréna avec les diurétiques mercuriels est tout en faveur de caréna. Les travaux de Curtis ont montré qu'après l'injection de caréna, la chlorémie augmentait rapidement, bientôt suivie d'une diurèse abondante, ce qui lui a servi à démontrer les relations entre la chlorémie et la diurèse.

Pour Ellinger, toutefois, l'aminophylline agirait en modifiant la tension osmotique des colloïdes du plasma. Il en résulte — que cette tension soit au-dessus ou au-dessous de la moyenne, — une altération de l'équilibre osmotique entre le sang et les tissus, puis une mobilisation de l'eau déterminant une forte élimination rénale.

D'après Winter, tandis que les diurétiques mercuriels provoqueraient une chute de la teneur en chlore du rein, et y détermineraient une réaction de défense pouvant créer une lésion du filtre rénal, l'aminophylline ne modifie que relativement peu cette teneur rénale en chlore, même au cours d'essais prolongés.

L'action diurétique de caréna, son pouvoir vaso-dilatateur spécifique sur les vaisseaux coronariens et sur les artères tubulaires et glomérulaires, son rôle important dans la protection de la réserve alcaline, son atoxicité absolue, correspondent aux indications fournies par un récent travail de J. Bonnet sur le rein cardiaque et le cœur rénal.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique médicale

Un médecin soigne un malade atteint d'une fièvre typhoïde. Parmi les signes que lui révèle son examen, y en a-t-il qui lui permettent de prévoir l'issue favorable ou défavorable de la maladie ?

Les signes qui permettent d'établir le pronostic au cours de la fièvre typhoïde sont tirés de l'examen : 1° de la langue ; 2° du pouls et du cœur ; 3° de l'abdomen ; 4° des urines.

Chez l'adulte :

Langue humide, pouls ne dépassant pas 100 à la minute, ventre souple, peu ou pas ballonné, diurèse d'environ un litre : pronostic favorable.

Langue sèche, rôtie ; pouls faible, atteignant ou dépassant 120 ; météorisme abdominal accusé et persistant ; urines au-dessous de 600 gr. : pronostic quasi fatal.

Mais comme tous les schémas, les précédents exigent un commentaire.

Ces schémas représentent des formes extrêmes. Entre les formes bénignes et les formes malignes qu'ils définissent, il y a des degrés intermédiaires dans lesquels les signes de gravité sont plus ou moins atténués. En certains cas, les signes qui servent au pronostic ne varient pas dans le même sens, les uns le montrant favorables, les autres défavorables. Dans ces circonstances, le médecin évitera de se prononcer d'une manière trop précise. Mais la recherche quotidienne des quatre ordres de signes sur lesquels se fonde le pronostic lui permettra de suivre très exactement la marche de la maladie vers l'aggravation ou l'amélioration.

Le signe peut être le plus important est le météorisme marqué, persistant, ne cédant pas à l'application de glace sur l'abdomen. Quand on le constate, il est tout à fait exceptionnel que les trois autres signes n'indiquent pas un pronostic défavorable.

Enfin, il peut arriver qu'au début d'une fièvre typhoïde, le tableau clinique soit celui d'une forme à issue favorable ; mais, à mesure que l'évolution se poursuit, la langue qui était humide, devient sèche et rôtie ; le pouls augmente de fréquence et s'affaiblit ; l'abdomen se météorise et la diurèse diminue. Bien qu'un changement aussi radical ne soit pas fréquent, il peut se produire.

Ici, on s'inspirera du conseil de Lasègue. Tant qu'une fièvre typhoïde est en évolution, même si elle se présente sous une forme bénigne, on ne doit pas affirmer d'une manière trop absolue que l'issue en sera favorable. Mais les signes sur lesquels se fonde le pronostic ont l'avantage de faire saisir nettement la transformation d'une forme commune et bénigne en forme grave et peut-être mortelle. Ils permettent au médecin de prescrire le traitement qui convient et d'avertir à temps l'entourage du malade.

Chez les *grand enfants*, le pronostic se fonde sur les mêmes règles, *mutatis mutandis*, c'est-à-dire en tenant compte des différences que l'âge imprime à certaines fonctions ; on n'oubliera pas que, chez les enfants, à l'état normal, le pouls est un peu plus rapide et les urines un peu moins abondantes que chez l'adulte. Il faut ajouter que, dans la grande enfance, on ne constate que très rarement les signes de la malignité et que la fièvre typhoïde se termine ordinairement par la guérison.

Chez les enfants du premier âge, il est difficile d'établir le pronostic en se servant des mêmes signes que chez l'adulte.

Dans le premier âge, les hémorragies et les perforations de l'intestin sont tout à fait exceptionnelles. La complication la plus commune de la fièvre typhoïde du jeune enfant, c'est la broncho-pneumonie ; c'est elle qui est la cause la plus fréquente de la mort. Puis viennent des accidents intestinaux qui revêtent l'aspect, soit de la diarrhée cholériforme, soit de l'entérocolite dysentériforme ; cette dernière s'observe surtout dans la paratyphoïde B ; d'ailleurs elle n'est pas fatalement mortelle. Chez le jeune enfant, il faudra donc exercer une surveillance attentive, assidue, sur les voies respiratoires et sur l'intestin.

(A. B. Marfan. — Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës. Notes de pratique. *Journal des Praticiens*, 9 janvier 1937.)

Une phlébite du membre inférieur peut simuler une embolie. Ainsi, en présence d'un syndrome d'oblitération artérielle il faut discuter le diagnostic de thrombo-phlébite.

Pour ce diagnostic, l'injection d'acécoline (et peut-être l'infiltration du sympathique lombaire) est d'un grand secours.

(Henri Gardère et R. Desjacques. — Phlébite du membre inférieur simulant une embolie artérielle. Diagnostic différentiel par l'acécoline. *La Presse Médicale*, 30 janvier 1937.)

L'association goutte diabète comporte tant au point de vue de la goutte que du diabète, un pronostic plus sérieux que celui de l'une ou l'autre de ces diathèse évoluant isolément et, par suite, mérite une particulière surveillance de la part du médecin traitant.

P.-L. Violle. — A propos de l'association goutte-diabète. *La Presse Médicale*, 6 février 1937.)

Dermatologie

La transformation maligne du nævus s'annonce généralement de la façon suivante :

Un lentigo d'apparence banale, existant depuis l'enfance et qui jusque là n'avait rien présenté d'anormal, augmente à un moment donné de volume, accentue sa pigmentation et s'entoure d'une zone inflammatoire. En quelques semaines la lésion, qui ne dépassait pas la surface d'une lentille, prend les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou même davantage. Sa pigmentation prend une teinte noir de geai ou noir de charbon, qui est en général plus marquée au centre qu'à la périphérie, celle-ci ayant une teinte plus pâle, brunâtre ou bistrée. Sa surface, jusque là régulière et lisse, devient mamelonnée. Sur son pourtour ou sur une partie seulement de son pourtour apparaît un halo inflammatoire, de teinte rosée ou franchement érythémateuse. La base de la tumeur s'infiltre d'un peu d'œdème qui rend le nævus turgescent et lui donne une consistance molle à la palpation.

Des symptômes fonctionnels plus ou moins marqués accompagnent cette transformation. Ils consistent suivant les cas en prurit, picotements, sensation de brûlure, et sont parfois les premiers signes qui attirent l'attention du malade.

Augmentation de volume du nævus, accentuation de sa pigmentation, développement d'un halo inflammatoire à sa périphérie, troubles sensitifs sont des symptômes d'alarme de la plus haute importance qui doivent toujours faire redouter le nævo-cancer et commandent sans retard la destruction de la tumeur.

Si par malheur on laisse l'évolution se poursuivre, les signes ne vont pas tarder à s'aggraver pour faire place au tableau du nævo-cancer confirmé.

Lucien Périn. — De la transformation cancéreuse des nævi. Le nævo-cancer. *Paris Médical*, 16 janvier 1937.)

Tuberculose

Il ne faut pas demander des miracles à la thoracoplastie plus qu'il n'en faut demander à aucune méthode collapsothérapique. Cette merveilleuse méthode qu'est la collapsothérapie a transformé, c'est entendu, le pronostic de bien des formes de la tuberculose, mais on ne le redira jamais assez, elle ne fera jamais que lever les obstacles qui s'opposent à une guérison spontanée ; ne lui demandons pas plus qu'elle ne peut donner et si nous lui devons bien des résultats thérapeutiques merveilleux et inespérés, ne comptons pas les multiplier en exigeant du médecin de plus en plus d'audace et du chirurgien de plus en plus de virtuosité.

Même entre les mains les plus habiles, les miracles demeureront l'exception. Restons-en aux indications sages, raisonnables, qui ont fait leur preuve et qui sont en mesure d'assurer des succès réguliers.

La thoracoplastie qui a encore besoin de se vulgariser doit pouvoir permettre des résultats sûrs pour garder la bonne réputation qu'elle a eu tant de peine à conquérir, après les désastres de ce qu'on a pu appeler sa « période ingrate ». Dans une maladie sociale au premier chef comme la tuberculose il faut penser toujours à la pratique courante : il n'y a pas de résultats thérapeutiques utiles sans rendement moyen satisfaisant et jamais un rendement satisfaisant ne pourra être affaire d'indication, d'exception, ni de virtuosité opératoire.

(A. Maurer et J. Rolland. Valeur de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. *Le Bulletin Médical*, 30 janvier 1937.)

Echos et Glanures

Le Docteur Sicard et la peste de Marseille de 1720. — La Revue Universelle (1er mars 1937) *commence la publication d'une étude de M. Armand Praviel intitulée* : Belsunce et la Peste de Marseille. *En voici un extrait* :

.....Le surlendemain, 1er juillet, l'infection se généralise: ce n'est plus une personne isolée, une maison qui est frappée. Toute la petite rue escarpée dite de Scalis, de l'Escale, ou, en français, de l'Echelle, est contaminée. Chaque logis a ses malades. Le quartier devient le cœur d'une véritable épidémie. On s'affole. On interroge anxieusement les médecins. Ceux-ci n'étaient pas très nombreux à Marseille : une douzaine seulement que secondaient trente-deux chirurgiens. Il leur paraissait bien difficile de se prononcer autrement que leurs confrères de Livourne avaient fait pour l'équipage du *Grand-Saint-Antoine*. Quelles catastrophes n'entraînerait pas toute autre déclaration ! Ils demeuraient donc sur une expectative prudente, qui correspondait, du reste, au facile optimisme marseillais.

— La peste ? disaient ces bonnes gens. Comment voulez-vous que ce soit la peste, puisqu'il n'y a eu ni comète, ni tremblement de terre ?

Un seul praticien eut le courage, à ce moment-là, de dire toute sa pensée, de prononcer le mot fatal. C'était le Docteur Sicard. Sa déclaration souleva une explosion de fureur.

— Ce docteur Sicard, disait-on avec indignation, veut nous ruiner. Comment peut-il donner le nom de peste à ses maladies, dont seule, la populace est atteinte, conséquence de sa saleté, de sa mauvaise alimentation, de son intempérance ! Chaque été, il en est de même ! Mais, à coup sûr, il y a là quelque machination des médecins, payés pour transformer cette affaire en un second Mississipi ! N'est-ce donc pas assez de celui de M. Law ?

Malheureusement, de telles indignations n'arrêtaient pas la marche du fléau : le 9 juillet, dans la rue du Vert-Galant, près de la place du Linche, en plein cœur de la cité, l'hécatombe de la famille Eyssalène épouvanta la population. Les échevins prirent aussitôt des mesures sévères : par leur ordre, la maison

qui avait été le théâtre du drame fut non seulement fermée, mais murée et les cadavres qu'on en avait retirés furent jetés dans la chaux vive.....

Impressions sur la chirurgie à Londres.— *Sous ce titre un article de M. le Docteur André Sicard, chirurgien des hôpitaux, dans* LE BULLETIN MÉDICAL (13 mars 1937). *En voici un extrait* :

.....Le chirurgien anglais opère généralement avec quatre aides (parfois cinq), dont deux sont des femmes, l'une préposée aux instruments et l'autre aux champs et compresses. Les tables sont placées du côté opposé de celui où se trouve l'opérateur auquel n'incombe aucun des petits soucis de la préparation des instruments et du champ opératoire. Les aides ont une discipline parfaite : l'instrument nécessaire est présenté toujours au moment voulu. Aucun geste inutile. Pas d'attente. Il est indiscutable que le chirurgien peut opérer ainsi sans précipitation, avec beaucoup d'aisance, et qu'il gagne du temps. A condition que chacun des aides n'interviennent que pour ce qu'il doit faire, je ne crois pas que leur multiplicité soit un encombrement inutile.

Les gants sont moulés en feuille de caoutchouc mince. Ils m'ont fait penser avec amertume aux gros gants de Chaput si souvent encore en usage en France et qui s'appliquent si mal aux gestes délicats et minutieux d'une opération chirurgicale.

Les instruments sont toujours de bonne qualité. Les pinces sont longues, à bout effilé et légèrement recourbé, à mors puissants et sans griffes. Les ciseaux ont un manche long et une extrémité fine. Toutes les sutures sont faites à l'aide du porte-aiguille que les chirurgiens de Londres manient avec habileté et rapidité. J'ai remarqué sur certaines tables des aiguilles de Deschamp, une aiguille à pédale analogue à celle de Jean-Louis Faure, mais je n'ai jamais vu l'aiguille de Reverdin.

Les antiseptiques sont employés à profusion. Sur les tables des flacons de toute couleur rappellent les vitrines des pharmacies d'antan. J'ai été, comme mon ami Jourdan, fâcheusement impressionné par « l'allure aquatique des salles d'opération qui tranche avec la chirurgie sèche à laquelle nous sommes accoutumés ». De nombreuses cuvettes de sublimé, d'acide picrique, d'hypochlorite de soude, d'acroflavine entourent le chirurgien et ses aides. Une infirmière, le broc à la main, est chargée d'en maintenir le contenu toujours propre.

Les instruments, les gants sont lavés plusieurs fois au cours d'une opération. Les grandes compresses, dont l'usage est, presque unique, sont lavées, rincées dans différentes solutions et ainsi prêtes à resservir. Le champ opératoire est fréquemment humecté. J'ai vite compris l'utilité du tablier et des bottes de caoutchouc blanc dont l'usage est habituel.

Il me faut enfin dire les précautions que l'on prend pour éviter d'abandonner une compresse au cours d'une opération.

Au fur et à mesure qu'un linge ou une compresse souillée est jetée, elle est ramassée et placée dans un coin de la salle. Au Saint-Bartholomew, un petit chariot roulant portant un certain nombre de crochets est destiné à les recueillir. Au moment où la plaie va être refermée, on ne manque pas de compter ce qui a été utilisé et ce qui reste. Tout ceci se passe bien entendu en dehors du chirurgien. C'est le témoignage de l'ordre et de la discipline qui règnent dans les salles d'opération, mais je dois avouer que l'on préfèrerait que l'étalage de ce linge sanglant se passât dans les coulisses.

De la nécessité pour le chirurgien d'écouter ses malades. — *Extrait d'une leçon du Professeur Leriche* : QU'EST-CE QUE LA DOULEUR PHYSIQUE ? *faite au Collège de France et publiée par* ANESTHÉSIE ET ANALGÉSIE (février 1937) :

Le premier des thèmes que j'ai eu souci de développer, c'est que le chirurgien qui veut étudier la douleur, dans le but de la supprimer, doit donner une grande attention aux plaintes de ses malades. Il faut qu'il écoute avec soin le récit, toujours long, souvent fastidieux, de leurs souffrances, et qu'il ne conclue pas trop aisément — comme on le fait si souvent — que celui qui souffre exagère. Sans doute, presque toujours, le malade nous paraît s'étendre avec trop de complaisance sur le détail mosaïqué de ses sensations subjectives, sans doute le vrai médecin, par éducation, doit aller droit au fait, sans s'attarder à des bagatelles subjectives, droit au fait anatomo-pathologique qui seul peut lui livrer, lui a-t-on dit, le secret de la maladie.

Mais dans le conflit qui résulte de deux tendances inverses, tendance du malade qui aime à se raconter, et tendance du médecin qui veut être objectif, c'est souvent le premier, qui a raison, et nous devons, surtout quand il souffre, lui donner plus de temps que nous ne le faisons d'habitude.

Chirurgien voué à la loi du réel, je n'ignore pas que c'est au-delà du subjectif que je dois chercher l'inspiration de mes actes thérapeutiques. Je méconnais moins que quiconque le réalisme anatomique de la plupart des maladies. Mais, je suis convaincu qu'il y a beaucoup à apprendre en écoutant les malades et je sais par expérience, que ce devoir d'humaine pitié comme prélude d'un examen objectif, apporte toujours un réel enrichissement à nos connaissances, car il nous fait mieux comprendre l'homme malade et sa maladie.

Il y a, en effet, dans la maladie et chez l'homme malade, beaucoup plus de choses que nous ne sommes accoutumés à en voir. Il ne peut plus nous suffire d'identifier la lésion et sa cause. L'une et l'autre ne sont pas la maladie. Elles n'en sont que des éléments. Il y à leurs côtés des désordres fonctionnels secondaires, chargés de sens. La moindre maladie a plus de répercussion que nous ne le croyons : au-delà de ce qui la cause, il y a le tempérament qui la fait. Et nous devons de plus en plus chercher à analyser l'homme malade aux côtés de sa maladie. Or, cela ne se découvre pas d'un coup. C'est seulement en écoutant le malade avec une volonté d'analyse physiologique, que l'on peut arriver à découvrir l'individuel dans la maladie. Sans doute, dans ce que le malade nous dit, surtout quand il souffre, il y a beaucoup d'interprétations oiseuses et vaines. Mais, on y trouve aussi des détails qui illuminent une situation, qui font comprendre le mécanisme de ce qui se passe, et qui nous indiquent en particulier la genèse de la douleur. L'obsession même de celui qui souffre a un sens que nous devons savoir découvrir. Et quand je dis cela, je pense à ces causalgiques de guerre, dont toute la pensée était de lutter contre leurs propres ondes vaso-motrices, qui, pour leur usage, ont su découvrir, par simple observation, la physiologie des réflexes vaso-moteurs, et nous ont tant appris sur les réalités de la douleur. J'ai quelquefois rétrospectivement regretté de ne pas les avoir mieux entendus quand ils me parlaient et ce que je sais bien, c'est que je n'ai jamais perdu mon temps en les écoutant. Et si j'ai réussi parfois à tirer de l'analyse de ceux qui souffraient, des idées directrices qui ont pu être utiles à la chirurgie de la douleur, c'est auprès des malades eux-mêmes qu'elles me sont venues.

Croyez-moi, il nous reste beaucoup de choses à apprendre dans le domaine de la douleur et des phénomènes subjectifs. Ce domaine, la médecine l'a laissé en friche, parce qu'on l'avait dressée à mépriser le subjectif. Elle a eu tort. Je pense que c'est un extraordinaire terrain d'étude pour les esprits objectifs, pour ceux qui, ayant l'inquiétude de la recherche, n'aiment pas se payer de mots.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Précis de physiothérapie clinique, par le Docteur Paul DUHEM. Un volume in-8°, 603 p., relié : Prix : 180 francs. Gauthier-Villars, édi. 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

Ce livre réunit en un vaste exposé, plein d'esprit critique et d'expérience personnelle, l'ensemble des méthodes physiothérapiques les mieux appropriées aux divers cas cliniques.

Ce n'est pas un manuel, sorte de répertoire objectif, c'est un véritable précis, où l'auteur décrit les méthodes qui lui sont familières, non seulement en électrologiste, mais en clinicien. Les affections nerveuses qui ont fait l'objet de ses études préférées, les maladies de la nutrition, y sont particulièrement et très personnellement étudiées.

Enfin ce précis est une étude qui vient à son heure, et répond à un besoin : aucune étude d'ensemble, analogue à celle du Docteur Duhem, n'a été publiée jusqu'à ce jour. Elle sera indispensable à l'étudiant et précieuse au médecin.

Les vitamines et les hormones, par J. SIVADJIAN. Un vol. *Les Monographies de chimie industrielle*, in-4°, Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

La présente monographie comprend deux parties : la première est consacrée aux vitamines classées en liposolubles et hydrosolubles.

La deuxième est uniquement consacrée aux hormones sexuelles : hormones masculines, hormones du corps jaune, hormones de la follicule.

Précieuse revue d'ensemble sur les travaux des trois dernières années.

Formulaire Astier, 7e édition, 1937, un vol. in-16, 1.200 p., tête dorée reliure peau souple. 30 francs. Vigot frères, éditeurs.

La septième édition est digne de ses devancières. Elle a été l'objet d'une mise à jour très complète dans chacun de ses chapitres qu'il s'agisse de la partie « Pharmacologie » ou de celle consacrée à la « Thérapeutique ». Suppressions, remaniements, rectifications et additions ont été effectuées en tenant compte de l'évolution incessante de la science médicale dans ses applications pratiques. Plus que jamais le *Formulaire Astier* justifie son titre de « vade-mecum de médecine et de thérapeutique ».

Le chirurgien devant l'état puerpéral, par M. METZGER. Préface du Professeur Hartmann. Un volume de 335 pages avec 40 figures, 52 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cet ouvrage le Docteur Metzger met au point les différentes questions qui peuvent embarrasser un chirurgien appelé auprès d'une malade en état puerpéral.

Dans les premiers chapitres il montre comment il faut reconnaître la grossesse dès le début : y penser toujours et d'abord chez toute femme qui a une absence de règles ou seulement un trouble menstruel. L'auteur étudie les grossesses utérines anormales peu connues et souvent méconnues. Le chapitre sur la grossesse extra-utérine prend une allure spéciale « du point de vue accoucheur » en particulier quand la grossesse ectopique se poursuit jusqu'au voisinage du terme.

Un long chapitre est consacré à l'avortement et à son traitement. L'étude de l'œuf abortif et du mécanisme de l'avortement conduit à un traitement rationnel qui offre le maximum de chances de guérison pour la malade et que l'auteur a mis au point.

Le traumatisme puerpéral et obstétrical est traité longuement, organe par organe. A l'occasion de la rupture utérine l'auteur montre que le chirurgien peut avoir à intervenir pour un accident strictement obstétrical, même s'il ne fait jamais d'accouchements et pourtant de sa décision et de sa compétence dépend la vie de la femme en danger de mort.

Les lésions de l'appareil génital, en particulier de l'utérus et des ovaires, les affections des seins au cours de la puerpéralité forment des chapitres que le chirurgien lira avec intérêt, car ils constituent une mise au point actuelle de ces diverses questions.

La conduite à tenir dans l'infection puerpérale du « post partum » est exposé selon les idées les plus récentes qui diffèrent considérablement de celles qui étaient admises il y a seulement vingt ans.

Après avoir envisagé les conséquences possibles des opérations ayant porté sur l'appareil génital, l'auteur donne des précisions sur la technique détaillée des interventions que le chirurgien doit savoir exécuter correctement (des césariennes en particulier) car dans bien des cas on s'adresse à lui comme « au plus compétent ». Si la technique chirurgicale pure peut lui sembler assez facile, la partie obstétricale concernant l'extraction du fœtus et du placenta lui est moins familière ; l'auteur y insiste donc.

Le dernier chapitre, concernant les affections chirurgicales du nouveau-né dès la naissance ou dans les premiers jours, complète heureusement ce livre d'obstétrique pour le chirurgien.

Traité de biocolloïdologie. Fasc. VI : Narcose, par W. KOPACZEWSKI. Librairie Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris-VIe.

Cet ouvrage constitue la première tentative cohérente en vue de dégager les faits bien démontrés et de réunir les applications biologiques de nos connaissances actuelles sur l'état colloïdal de la matière.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

AJURIAGUERRA (J. de). — **La douleur dans les affections de système nerveux**. 150 p. Br. : 25 fr. (*G. Doin*).

LADON (Aug.). — **Les apparitions de Belgique**. Coll. monographie, neuro-psychiatriques. 74 p. Br. : 18 fr. (*G. Doin*).

TAPIE (J.) et MOREL (C.). — **Précis d'anatomie pathologique**. 3e édition. Coll. Testut. 700 p. Cart. : 130 fr. (*G. Doin*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 16 — 17 AVRIL 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — JURY DU Ier CONCOURS DE NOMINATIONS DE MÉDECINS DES HOPITAUX (deux places). — MM. les Docteurs Milian, Nobécourt Faisseau, Baudouin, Brodin, Apert, Touraine, Toupet (qui ont accepté les fonctions de juge) et Armand Delille, Chiray et Sezary (qui n'ont pas fait paraître leur réponse).

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HOPITAUX (admissibilité). — *Epreuve de titres.* Ont obtenu : MM. Falcoz, 9 ; Moro, 5 ; Humbert, 10 ; Bernard, 8 ; Strouzer, 6 ; Brunet, 9 ; Mme Baude, 10 ; Corbier, 7 ; Lebouchard, 7 ; Frain, 10 ; Feuteuil, 9 ; Mme Tedesco, 9.

Facultés de médecine. — *Professeurs de Faculté.* — Les professeurs de première classe ci-dessous désignés sont nommés, à compter du 1er octobre 1937, professeurs de classe exceptionnelle : MM. Bezançon, Carnot, Claude, Gosset, Ombrédanne, Tiffeneau. MM. Béranger (Lyon) et Bouin (Strasbourg).

Ces nominations sont effectuées par application du décret du 31 décembre 1936, qui a créé une classe exceptionnelle pour l'ensemble des professeurs titulaires des Facultés. Les professeurs rangés dans cette classe, et dont le nombre ne doit pas excéder le trentième du nombre des emplois de professeurs titulaires de toutes les Facultés, demeurent en fonction jusqu'à l'âge de 70 ans.

Faculté de Paris. — *Thèses.* — 19 avril. — M. PELLARIN : Les leucémies aiguës à monocytes. Etude critique. — M. OLIVIER : L'entérorragie solitaire d'origine colique. — M. SITRUK : Paralysie périodique et maladie de Basedow.

20 avril. — M. LICHTENDORFF : L'assurance maladie privée et facultative concernant les classes moyennes et les professions libérales. — Mlle VACHEZ : Contribution à l'étude de la micrognathie inférieure congénitale. — M. CERTHOUX : Le traitement de l'état de mal épileptique par l'acétycholine. — M. FERDIÈRE : L'érotomanie. (Illusion délirante d'être aimé). — M. MARQUET : Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Méthode de Sakel. — M. MESBAH : Cytologie de l'hypophyse antérieure et diabète cliniques et expérimentaux. — M. DOUYAU : Action antiphlogistique du mercure employé en suppositoires dans les affections du petit bassin. — M. FRANCESCHI Y JULIA : Contribution à l'étude de la filariose (Wuchereria Bancrofti) à Puerto-Rico). — M. HOMSY : Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique. — M. MOHAMED ALI HEKMAT : Epidémiologie gédérale de l'Iran. — M. SIX : Les maladies professionnelles dans l'industrie de la soie artificielle. — M. ZILBERMAN : Livret individuel de santé et d'état-civil.

21 avril. — M. AGHILI : Le diagnostic du cancer de l'estomac est-il toujours possible au cours de la laparotomie ? . — M. BELLOY : Le pronostic des vomissements périodiques avec acétonémie.

22 avril. — M. RÉMY : Contribution à l'étude du traitement des cancers du col utérin. — M. GEORGET : Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. STEWART : Anémie hypochrome achylique essentielle. Manifestations cutanées et muqueuses. — M. ZALBERG : Contribution à l'étude du lichen plan infantile. — M. BASTIEN : Les méningites lymphocytaires curables. Maladie ou syndrome ? — M. ALLAUD : Contribution à l'étude des angines. L'angine à microbes anaérobies. — M. COUSSIEU : Essai de traitement de la polypose nasale. — M. MUTEL : L'agranulocytose. Ses manifestations en stomatologie. — M. GUILLAUMAT : Les méningiomes surpa-sellaires. Contribution à l'étude du syndrome chiasmatique.

24 avril. — M. BATIER : Etude sur la bactériophagie dans le traitement des colibacilloses. — M. VALLÉS : Contribution à l'étude pathogénique de la goutte. — M. YANOVSKY : Contribution à l'étude de la valeur des aliments au point de vue de leur potentiel énergique. — M. ASPOTOLIDÈS : La paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants. — M. PILPEL : L'érythrodermie vésico-œdémateuse chez l'enfant provoquée par le sulfarsénol.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Une série de révision de travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le lundi 3 mai 1937 à 15 heures ; elle se terminera le samedi 15 mai.

Se faire inscrire au secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

La mise en série sera faite au bureau du chef des travaux, sur présentation de la quittance jusqu'au samedi 1er mai inclus. Passé cette date, aucune inscription ne sera plus admise. Droit d'inscription : 25 francs.

N. B. — La présente affiche annule la précédente.

Travaux pratiques supplémentaires de parasitologie. — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires en vue des examens de fin d'année auront lieu à partir du lundi 26 avril, à 13 h. 30, du lundi 3 mai, à 13 h. 30, et se poursuivront tous les jours pendant six séances.

Ces séries supplémentaires, qui comprendront une révision de tout le programme, sont destinés :

1° Aux étudiants qui n'ont pas leurs travaux pratiques validés Ces étudiants devront s'inscrire avant le 26 avril au secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription, 1re série : 250 francs.

2° Dans la mesure des places disponibes, strictement limitées à 300 réparties dans les deux séries, à tous les étudiants ayant accompli leurs travaux pratiques, mais désirant compléter leurs connaissances en parasitologie avant l'examen.

S'inscrire avant le 26 avril, guichet 4, de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 80 francs.

Travaux pratiques supplémentaires de médecine légale. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de médecine légale aura lieu du jeudi 15 avril 1937 au samedi 24 avril à 14 heures.

S'inscrire au secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures. Droit d'inscription : 150 francs.

L'UNION DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES DE VENDÉE cherche un médecin contrôleur ; un concours sur titres est ouvert jusqu'au 15 juin 1937 ; Pour tous renseignements, s'adresser à M. BERTAULT, pharmacien à la Roche-sur-Yon (Vendée).

Hôpital Broussais (96, rue Didot, Paris, XIVe) *Clinique cardiologique.* (Professeur Ch. Laubry). — Lundi de 9 h. 30 à midi visite de M. le Professeur Laubry (Service des femmes) : examens radiologiques (Docteur Walser, Docteur H. de Balsac).

Mardi de 9 h. 30 à midi : visite de M. le Professeur Laubry (Service des hommes) ; Consultation (Docteur D. Routier).

Mercredi de 9 h. 30 à midi : visite de M. le Professeur Laubry (Service des hommes) ; examens radiologiques (Docteur Routier, Docteur H. de Balsac).

Jeudi, consultation par M. le Professeur Laubry.

Vendredi, examen radiologique des malades par M. le Professeur Laubry.

Samedi de 9 h. 30 à 11 heures. Visite dans les salles par M. le Professeur Laubry (Service des femmes) ; Consultation du Docteur J. Walser ; de 11 heures à midi cours théorique sous la direction de M. le Professeur Laubry, de ses assistants et chefs de clinique.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Les grandes thérapeutiques contre le rhumatisme. — A partir du 23 avril 1937, auront lieu, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Docteur M.-P. Weil, tous les vendredis, à 10 h. 30, une série de leçons sur les grandes thérapeutiques contre le rhumatisme :

Vendredi 23 avril : La thérapeutique de la douleur (M. M.-P. Weil). — Vendredi 30 avril : L'iode (M. L. Langlois). — Vendredi 7 mai : L'or (M. V. Oumansky). — Vendredi 14 mai : Le soufre (M. J. Dedet). — Vendredi 21 mai : Sérums, vaccins, venins (M. Ch. Polak). — Vendredi 28 mai : Physiothérapie et thérapeutiques endocriniennes (M. Ferrier). — Venderdi 4 juin. Les thérapeutiques radioactives (M. Y.-L. Wickham). — Vendredi 11 juin : Immobilisation plâtrée et mobilisation (M. Vidal-Naquet). — Vendredi 18 juin : Appareils et appareillages (M. C. Rœderer). — Vendredi 25 juin : Massage (M. A. Fege). — Vendredi 2 juillet : Opérations ankylosantes et libératrices (M. R. Massart). — Vendredi 9 juillet : Les thérapeutiques hydrominérales (M. M. P. Weil).

Le cours est libre, ouvert à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Ministère de la Santé publique. — Sont nommés membres de la Commission permanente des laboratoires :

MM. Tanon, Roussy, Bezançon, Jules Renault, Cavaillon, Louis Martin, Dujarric de la Rivière, Cibrie, H. Bonnet, Dequidt, Lamy, Loir, Cruveilhier, Debré, Dopter, Fabre, Hazemann, X. Leclainche, Lisbonne, Parisot, Santenoise et Villaret.

M. le Docteur Louis Martin est nommé président de la Commission : MM. Parisot et Lisbonne, vice-présidents.

Hôpital Foch (Les médaillés militaires, 60, rue Vergniaud, Paris, XIIIe). — Les actualités médicales pratiques (*Conférences médico-chirurgicales gratuites*) ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine, et faites par les médecins de l'hôpital Foch (Les médaillés militaires) le dimanche matin à partir de 9 h. 30, dans la salle des conférences.

Programme. — 11 avril, 9 h. 30, M. Deniker : La maladie post-opératoire ; 10 h. 30, M. Devraigne : Médecine sociale, le taudis. — 18 avril, 9 h. 30, M. A. Sicard : La possibilité de la chirurgie dans les affections cardiaques ; 10 h. 30, M. Thiroloix : Considérations sur quelques types particuliers d'hypertension; 11 h. 15, M. Antonelli : Quelques aspects cliniques de l'infarctus du myocarde. — 25 avril, 9 h. 30 : M. Deval : Les gaz de combat, détection, protection, présentation de masques ; 10 h. 30, M. Escalier : Maladie de Simmonds et maigreur hypophysaire. — 2 mai ,9 h. 30, M. Coutela : Valeur sémiologique des troubles; pupillaires et déductions thérapeutiques qu'ils comportent , 10 h. 30, M. de Sèze : La prophylaxie et le traitement du tétanos. — 9 mai, 9 h. 30 : M. Gastinel : De la valeur du syndrome exanthématique dans le diagnostic des fièvres éruptives ; 10 h. 30 M. Brin : Traitement de l'eczéma aigu ; 11 h. 15, M. Lortat-Jacob : La valeur des tests de guérison dans la syphilis. — 23 mai, 9 h. 30, M. Moulonguet : La radiologie de l'occlusion intestinale aiguë ; 10 h. 30, M. Le Gac : La gastrectomie dans l'ulcère duodénal : présentation d'un film. — 30 mai, 9 h. 30, M. Pierre Bourgeois : Possibilités actuelles de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ; 10 h. 30, M. Hautant : Diagnostic de la tuberculose laryngée. — 6 juin, 9 h. 30, M. Dufourmentel : Les premiers soins à donner aux blessés de la face ; 10 h. 30, M. Lamy : Pieds bots congénitaux et pieds bots paralytiques : thérapeutique. — 13 juin, 9 h. 30, M. Leroux-Robert : Diagnostic des vertiges et leur traitement ; 10 h. 30, M. Ravina : Les avortements mortels. — 20 juin, 9. h. 30, M. Delafontaine : Azotémie et hypochlorémie. La thérapeutique chlorurante dans les azotémies ; 10 h. 30, M. Paul Descomps : Traitement des cholécystites.

Congrès international d'ophtalmologie (Le Caire : 8 au 15 décembre 1937). — A l'occasion du Congrès international d'ophtalmologie qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre


PILULES DU Dr. DEBOUZY
OPOTHERAPIE BILIAIRE INTÉGRALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRES
CONSTIPATION
DIABÈTE
TUBERCULOSE
ENTÉROCOLITE
4 à 8 PILULES PAR JOUR
efficaces et toujours bien tolérées
0 gr. 30 d'extrait de bile totale
environ 3 gr. de bile fraîche par pilule
LABORATOIRES LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS

1937, différents voyages en Orient seront organisés, sous le patronage du Conseil international d'ophtalmologie, au départ de Marseille le 3 décembre 1937.

Le programme détaillé de ces différents voyages sera envoyé gratuitement sur demande adressée au bureau des Croisières et Voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav, Bruxelles).

Les personnes désireuses de prendre part à l'un de ces différents voyages ont intérêt à se faire connaître le plus tôt possible, les meilleures cabines étant naturellement réservées aux premiers adhérents.

Les médecins non-ophtalmologistes pourront dans la limite des places disponibles, s'inscrire à l'un des voyages susvisés, pour autant que leur demande soit agréée par le Conseil international d'ophtalmologie, mais il ne pourront naturellement pas prendre part aux travaux proprement dits du Congrès.

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — Ce congrès se tiendra à Vichy du 16 au 18 septembre 1937.

Les médecins français et étrangers sont admis comme membres titulaires du Congrès.

La cotisation des membres titulaires est de 50 francs français ; elle donne droit aux publications du Congrès.

Les membres titulaires peuvent être accompagnés de deux membres associés (femme et enfants non mariés). La cotisation de chaque membre associé est de 25 francs français ; elle est la même pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français et étrangers.

Les inscriptions au Congrès seront reçues dans la limite des disponibilités des hôtels qui doivent recevoir les congressistes et la date de clôture a été fixée au 31 juillet 1937.

Pendant la durée du Congrès, les congressistes seront logés gracieusement et exempts de toutes taxes.

Seuls, les repas et boissons pris à l'hôtel seront à leur charge, avec réduction de 25 % sur les prix normaux, service 15 % en plus.

Les grands réseaux français accordent aux congressistes, sous forme de bons individuels, une réduction de 40 %, ainsi qu'à leur femme, à leurs fils mineurs, ou à leurs filles non mariées les accompagnant. Ces bons seront valables : à l'aller, du lieu de résidence à Vichy, et au retour, de Vichy à la résidence avec passage et arrêt facultatifs à Paris à l'aller et au retour.

Les titres de transport ainsi établis seront valables du 7 au 24 septembre 1937.

Les congressistes étrangers auront à leur disposition soit la réduction ci-dessus, proposée au titre « Congrès », soit celle, plus avantageuse, accordée aux visiteurs étrangers de l'Exposition internationale 1937, comportant, sous délivrance d'une carte de légitimation (séjour minimum de cinq jours à Paris, jour d'arrivée et de départ compris), une réduction de 50 % et une validité de trois mois, avec possibilité d'effectuer un trajet détourné et faculté de s'arrêter en cours de route.

Les voyageurs venant d'Outre-Mer peuvent, à l'occasion de l'Exposition, et grâce à la carte de légitimation, obtenir, sur les lignes françaises de navigation, des conditions spéciales de passage.

Les Agences de voyage et les Compagnies de navigation renseigneront complètement les congressistes et indiqueront, en même temps, les réductions obtenues, soit au titre Exposition, soit au titre Congrès, sur le parcours des réseauxétrangers.

Des distractions, sous le patronage d'un Comité de dames, seront prévues pour les membres associés, pendant la durée du Congrès.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations doivent être adressées au Docteur J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de l'insuffisance hépatique, 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe).

Congrès international de pédiatrie. — Il se tiendra à Rome, du 27 au 30 septembre 1937, sous la présidence du Professeur Spolverini.

Trois questions sont à l'ordre du jour :

1° Métabolisme minéral et hydrique de la première enfance et ses répercussions sur le protblème de l'allaitement artificiel ;

2° Le problème de la tuberculose de l'enfance en rapport avec : *a*) les études récentes sur l'ultra-virus ; *b*) le pouvoir de contamination provenant de l'enfant ; *c*) la prophylaxie et la thérapeutique ;

3° Les maladies neuro-psychiques de l'enfance au point de vue clinique et social.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général professeur Vitci, Institut de clinique pédiatrique, Rome.

Journées médicales de Bruxelles.— Elles auront lieu du 19 au 23 juin. A la séance solennelle, le Docteur Georges Duhamel, fera la conférence inaugurale.

Parmi les conférenciers annoncés : sir Joseph Barcroft (Cambridge), Rouvillois (Paris), D. Danielopolu (Bucarest), Rathery (Paris), Jeanneney (Bordeaux), A.-P. Dustin (Bruxelles), Castellani (Rome), Otto Veraguth (Zurich), L. Brull (Liége), A.-G. Weiss (Strasbourg), Lépinay (Casablanca), J. Gunzburg (Anvers), L.-R. Wolff (Utrecht), Vandemaele (Bruxelles), P. Combemale (Lille), R. Jemma (Naples), Ch. Sillevaerts (Bruxelles), J. De Busscher (Gand), P. Woringer (Strasbourg), J. de Fourmestraux (Chartres), Langelez (Bruxelles), Sorel (Paris), Oljenick (Amsterdam), Pautrier (Strasbourg), Ch. Saloz (Genève), R. Loicq (Bruxelles), F. Stobbaerts (Bruxelles), etc.

Un programme de festivités (représentation théâtrale, soirée officielle, banquet) est en voie d'élaboration. La session se terminera par une excursion au canal Albert, remarquable travail d'art, et aux charbonnages de Limbourg-Meuse.

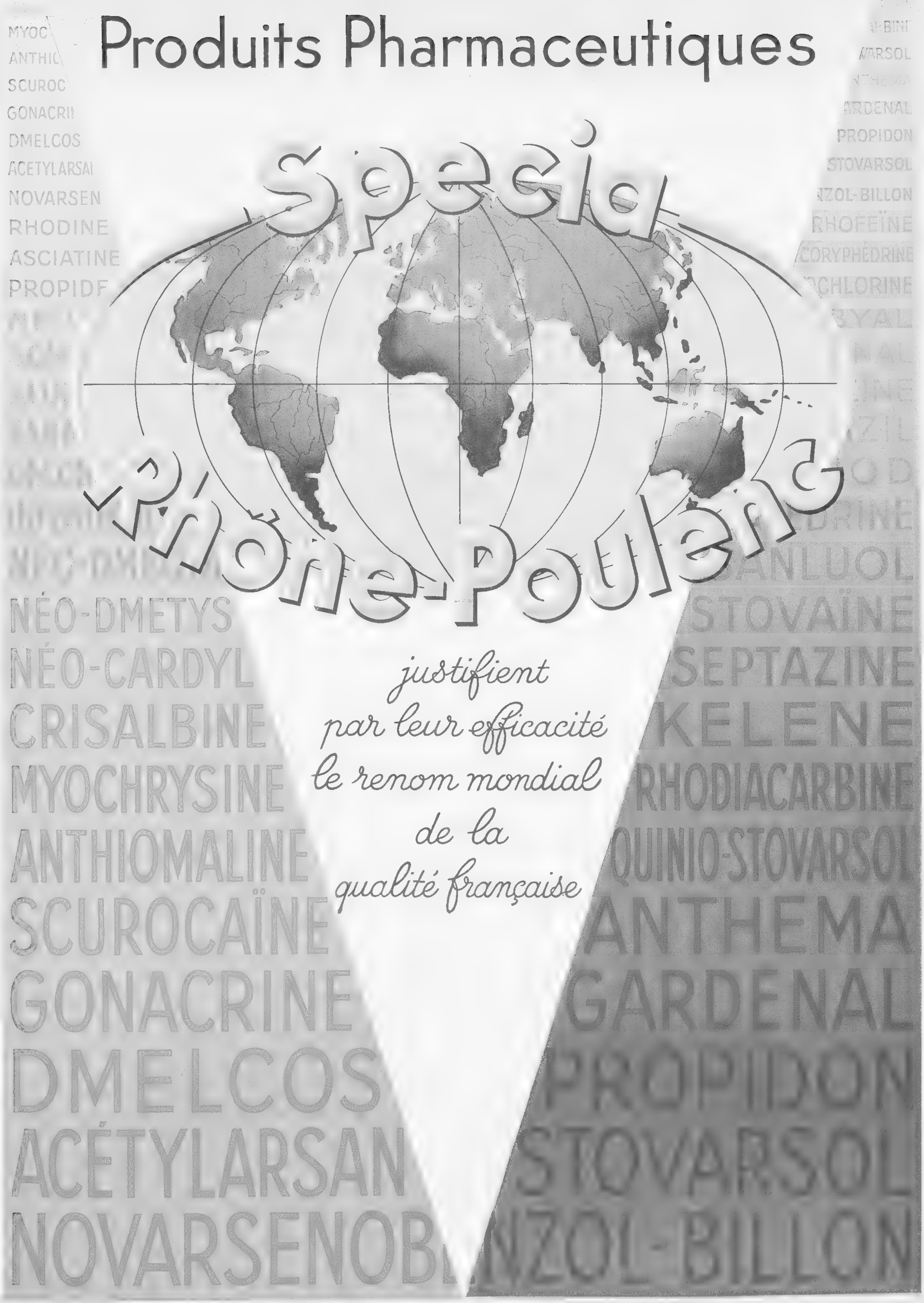
La cotisation est fixée à 100 francs belges (50 francs pour les dames). Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur R. Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Fédération nationale des médecins du Front. — « Le bal de Bienfaisance de la Fédération, aura lieu le samedi 24 avril, à 21 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle.

La loterie annuelle sera tirée au cours de cette soirée.

IL Y A CENT ANS

La loi sur les aliénés. — *Le projet de loi sur les aliénés est l'ojjet de l'attention la plus sérieuse au sein de la commission de la chambre des pairs. Le duc de Bassano, président de cette commission, a convoqué hier au palais du Luxembourg les hommes spéciaux. La commission a entendu les observations qui lui ont été faites successivement par M. Esquirol, M. Ferrus, M. Benjamin Desportes, M. Falret, M. Scipion Pinel, M. Paluy, directeur de Charenton et par M. Bouchet, médecin de Nantes qui se trouve en ce moment à Paris. La discussion doit commencer incessamment.* (JOURN. DES CONNAIS. MÉD., avril 1837.)



CRÉATION MAKOWSKY. IMP. PARIS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Formes aiguës, subaiguës et chroniques de l'hépatite ictérigène maligne

Par M. LOEPER,
A. LEMAIRE et A. VARAY

L'ictère grave n'est qu'un syndrome, mais un syndrome assez constant et invariable. Il est caractérisé par de l'ictère, des réactions générales, sanguines et nerveuses et évolue habituellement vers la mort. La lésion anatomique n'est certes pas univoque : elle ne se limite sans doute pas à l'atrophie jaune aiguë, elle peut être à la fois dégénérative et inflammatoire, mais la dégénérescence du centre lobulaire, l'effondrement de certaines zones sus-hépatiques en sont bien les éléments dominants, et semble au moins le substratum de l'ictère. Ces lésions ne sont d'ailleurs que l'exagération, l'extension, la généralisation à tous les lobules de cette atrophie centro-lobulaire qui caractérise certains ictères dits catarrhaux et qui est déjà une hépatite au petit pied. De la cause, nous ne savons pas grand chose : elle n'est vraisemblablement pas unique, mais elle paraît, dans beaucoup de cas, peut-être le plus grand nombre, résider dans un virus spécial, sinon spécifique, et encore inconnu.

Maladie et lésion évoluent le plus souvent à l'état aigu : elles ne sont pas toutes, mais presque toutes incurables, et les interventions chirurgicales, justifiées ou non, en ont fait apprécier les lésions destructives. Elles se peuvent prolonger et prendre une allure subaiguë ou chronique. Alors elles deviennent sclérosantes ou cicatricielles, elles s'organisent, le tissu conjonctif d'abord jeune et lâche se développe et s'épaissit, des îlots, des anneaux, des tractus plus fins, plus déliés, plus morcelants, définissent cette sclérose complexe et diffuse.

La part de l'ictère grave, ou tout au moins de son virus, à l'origine des cirrhoses les plus diverses,est donc vraisemblable. Elle a été très discutée, affirmée, mais peut-être exagérément étendue.

Si le syndrome ictère grave, en effet, est souvent primitif, en ce sens qu'il se développe sur un organisme indemne, tout au moins sur une foie vierge de toute atteinte, il peut aussi se greffer sur une lésion antérieure bien caractérisée ; la maladie nouvelle s'ajoute aux lésions anciennes et s'y superpose, mais elle est de tout autre nature qu'elle, un peu comme l'endocardite maligne est différente de la lésion mitrale initiale. L'ictère grave, le fait est bien connu cliniquement, peut compliquer une cirrhose éthylique, un foie tuberculeux, une congestion cardiaque ou même un cancer du foie.

C'est ainsi que l'ictère grave le plus caractérisé met fin à l'évolution d'une cirrhose banale. La lésion centro-lobulaire typique, qui en est le substratum, atteste cette complication, mais elle n'est pas toujours facilement décelable ou reconnaissable, et les lésions récentes ne se distinguent pas toujours aisément des anciennes.

On peut affirmer néanmoins que l'ictère grave tardif des cirrhoses n'est point l'aboutissant fatal d'une hépatite subitement accélérée non plus que le résultat de la destruction enfin réalisée et complète du parenchyme : il est plus souvent une complication de cette cirrhose, une maladie nouvelle et maligne ; ce qui ne veut pas dire, certes, que son développement n'a point été favorisé par elle.

Quelles qu'elles soient, primitives ou secondaires, nous désignerons ces hépatites sous le nom d'*hépatites ictérigènes malignes*. Le titre n'est ni très élégant ni très synthétique. Pour être exact, il devrait contenir encore les épithètes primitives ou secondaires et encore « d'origine inconnue », mais spécifiques.

Il nous paraît préférable pourtant à celui d'atrophie jaune aiguë du foie : car l'atrophie n'est pas absolument constante, la jaunisse est loin d'être toujours très marquée et l'évolution n'est pas toujours aiguë.

Nous éliminerons de notre description l'ictère produit par une fièvre typhoïde ou par une septicémie, l'ictère discutable du phosphore ou des arsénobenzènes, l'ictère spécifique de la fièvre jaune et de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Voici les observations.

***

Cas très aigus. — Prenons d'abord le cas où la lésion provoque un syndrome aigu, où la lésion dégénérative est mortelle et définitive.

Une observation toute récente nous permet de donner de ce type abrégé une description assez suggestive.

Il s'agit d'un homme extrêmement foncé et pigmenté qui présentait tout à fait l'aspect d'un sujet espagnol, ictérique, presque comateux, répondant à peine aux questions. Sans prodromes particuliers, la maladie avait débuté assez subitement. Elle s'était traduite au début par des vomissements. Foie petit, rate appréciable, ventre météorisé. Pas de prurit, peu de fièvre. L'évolution rapide, accélérée, amena la mort en quatre jours dans une profonde somnolence et un coma complet. L'autopsie justifia le diagnostic posé d'hépatite ictérigène aiguë. L'organe, effondré en de multiples endroits, présentait une nécrose centro-lobulaire typique avec des cellules assez chargées de graisses. Les zones péri-portales étaient par contre à peu près conservées.

D'autres cas ont été publiés à Paris et ailleurs, le plus grand nombre en Allemagne et en Suède.

Une malade du Prof. Umber, de Berlin, à laquelle l'un de nous a fait allusion à propos de l'ictère catarrhal et dont le cas est intermédiaire entre l'ictère bénin et l'ictère grave, une jeune fille de 18 ans, entre le 16 décembre 1918, à l'hôpital. Sa jaunisse date du 1er décembre, c'est-à-dire de quinze jours. Elle a des selles blanches presque complètement décolorées, un léger prurit, un peu de bradycardie, des gencives saignantes, quelques pertes sanglantes par l'utérus. Les globules rouges, chose extraordinaire, atteignent près de six millions au vingtième jour et Umber attache à cette polyglobulie une assez grosse importance sur laquelle nous reviendrons. La température est à 39°. Dans les urines, on trouve 9 mgr. % d'acides aminés, c'est-à-dire un chiffre élevé. Le foie est très diminué, d'abord peu douloureux, puis il semble stationnaire et les douleurs apparaissent.

Pensant à une oblitération de gros canaux, on fait une laparotomie. On trouve une foie petit, par endroits effondré. On fait un drainage et on ferme. L'examen microscopique localise les zones d'atrophie à la région centrolobulaire. Il semble que certaines régions soient en régénération et témoignent d'un processus réparateur.

Contrairement aux prévisions, et malgré la précarité de l'intervention, la malade guérit : après deux mois les hématies sont à 4.800.000. Les acides aminés tombent à 4 mgr. Le diagnostic d'atrophie jaune aiguë du foie ne peut faire de doute, il est nettement établi à l'œil nu et au microscope.

Cas subaigus. — Dans certaines observations, la durée des accidents est plus prolongée. La maladie plus lente aboutit aussi à la mort, mais le foie s'organise et la sclérose commence à se manifester.

Voici des observations de ce type.

La première déjà ancienne concerne une malade entrée à l'hôpital Saint-Antoine au cours du mois d'avril 1935. C'est une femme de 49 ans chez laquelle une jaunisse très marquée est apparue, il y a environ sept semaines, vers le début de mars, insidieusement, sans douleur et sans fièvre. Cette jaunisse s'est accentuée progressivement et des phases de décoloration des selles étaient suivies de phases de recoloration. Pas de douleurs vraies, mais une asthénie profonde ; pas de fièvre, mais un amaigrissement considérable, un prurit discret et un mauvais état général.

Au cours du séjour à l'hôpital, nous avons constaté des variations dans la coloration des téguments, des muqueuses et des selles, les urines ont toujours montré des pigments abondants et même des sels biliaires, et si la réaction de Hay était négative, celle de Petenkoffer était positive. Un peu de bradycardie ; peu de signes de grattage. Tout faisait penser à un ictère par rétention, intermittent et incomplet.

Le foie débordait de un centimètre, le rebord costal et sa matité commençait au 5e espace intercostal.

A la palpation, la consistance était régulière, ferme, normale, sans sensibilité particulière.

La rate n'était ni palpable, ni percutable ; l'ascite nulle, la circulation collatérale absente ; un léger œdème des membres inférieurs ; l'appareil cardio-vasculaire normal, mais hypotension marquée, 9,5 Mx., 5,5 Mn. La température continue de se tenir autour de 37°5. Pas de signes pleuro-pulmonaires, pas de signes neurologiques.

En résumé, état général grave et état hépatique franchement accusé. Il n'y eut pourtant ni taches purpuriques, ni signe du lacet ; le temps de saignement et de coagulation restèrent normaux. Par ailleurs, on ne relève rien de spécial dans les antécédents de la malade sinon la notion d'un traitement prolongé, il y a quelques années, par une composition arsenicale et phosphorée qui n'a probablement aucun rapport avec l'ictère actuel.

On pensa d'abord à la lithiase.

Mais la radiographie de la région sous-hépatique ne montra rien d'anormal. On pensa alors à la syphilis, mais la réaction de Bordet-Wassermann restait négative, à une septicémie, mais la culture du sang fut faite sans résultat. L'examen hématologique montre une anémie à 3.880.000 globules rouges, seulement 4.400 globules blancs et 73 % de polynucléaires.

La recherche du spirochète fut pratiquée à deux reprises différentes et sans succès dans les urines et le séro-diagnostic, fait à l'Institut Pasteur, fut négatif. En somme, pas d'infection reconnaissable spécifique ou non, pas de lithiase.

Le tubage duodénal fut alors pratiqué et la quantité de bile duodénale recueillie fut minime.

Le traitement ne pouvait être que symptomatique. Aussi ne peut-on s'étonner qu'il n'ait pas modifié la situation : l'évolution fut progressive, les signes d'insuffisance hépatique s'accentuèrent ainsi que l'asthénie, l'oligurie ; la température s'éleva à 39°, les signes nerveux apparurent : la somnolence qui est d'une fréquence extrême dans ces cas, devint complète et aboutit en deux jours au coma. On trouva alors une petite réaction méningée, et quelques signes vasculo-sanguins, des éléments purpuriques et le signe du lacet.

Le taux de l'urée ne changea point, la réserve alcaline s'abaissa à 35 volumes. Les polynucléaires et les leucocytes s'accrurent : 13.400 et 94 %. L'indice de désassimilation s'accentua et la polypeptidémie fut marquée.

Mais, le fait le plus curieux, le plus important, capital, vraiment, fut l'évidente réduction du volume du foie : le bord inférieur de la glande n'était pas au-dessous du rebord costal mais à un centimètre au-dessus, et accusait, depuis le début de la maladie, une diminution de près de trois centimètres.

La malade mourut le 3 mai, quinze jours après son entrée à l'hôpital.

Nous avons pu prélever un premier fragment du foie une heure après la mort, un second, vingt-quatre heures après. Nous ne pouvons donner le poids du foie, n'ayant pu faire une autopsie complète, pas plus que le volume ou le poids de la rate et des autres organes. Mais l'étude des deux fragments hépatiques suffit pour reconnaître une hépatite du type atrophie jaune aiguë, caractérisé par l'effondrement du parenchyme hépatique et la régression totale du volume de l'organe.

A l'œil nu le tissu hépatique est inégal et moucheté, en de rares endroits se voient des taches rouges, dans d'autres des taches jaunes.

Et à l'examen microscopique de 200 diamètres, à côté d'espaces portes intacts, ou à peine épaissis et qui servent de repère à l'examen, on constate en quelques endroits dans le centre des lobules des zones de nécrose très prononcée où les éléments cellulaires sont inégaux, tantôt petits, tantôt gros et hypertrophiques, atteints de nécrose diffuse ou de dégénérescence graisseuse ; le noyau est déchiqueté, parfois il a disparu. Même la place de la cellule est vide comme si l'élément s'était liquéfié dans son intérieur. Parfois, dans certaines régions, on trouve quelques cellules plus volumineuses qui sont peut-être en voie de régénération.

A un grossissement encore plus fort, on peut distinguer entre ces éléments cellulaires, une réaction conjonctive jeune, comme œdémateuse, pinceautée, dissociant les travées et isolant les cellules, morcelant en petits tronçons les travées hépatiques. Il s'agit d'une cirrhose jeune, à ses débuts, morcelante, dont le tissu conjonctif réalise ce qu'on appelait jadis la cirrhose monocellulaire, cirrhose pénicillée, qui est si habituelle dans la syphilis.

Les deux variétés de lésions : nécrose cellulaire et cirrhose, ne sont peut-être pas contemporaines, certaines résultent peut-être de l'inflammation, d'autres représentent peut-être des cicatrices.

L'hépatite que nous venons de décrire est, en tous cas, une hépatite subaiguë qui commence à s'organiser, où l'on trouve encore, en certains endroits, la lésion nécrosante initiale et centro-hépatique, et, en d'autres, un processus évolutif scléreux, et morcelant dont le développement a dû demander quelques mois.

La description de cette hépatite rappelle celle de Rokitansky de Lepehne, de Bergstrand et d'autres. Le processus d'atrophie jaune peut donc à la longue réaliser la cirrhose.

Il suffit d'y mettre le temps. On a depuis longtemps désigné ces états sous le nom véritablement barbare, mais expressif, de cirrhose post-atrophie jaune.

On trouve dans le très beau livre de M. Bersgtrand, des observations plus prolongées encore.

Cas chroniques

La 157e, en particulier, concerne un homme de 68 ans qui fit jadis un érysipèle et qui, pendant deux semaines se sentit fatigué, anorexique. En six jours, il devient jaune, accuse des douleurs épigastriques violentes, ces douleurs qu'on retrouve assez souvent dans l'atrophie jaune et qui font penser à la colique hépatique.

Le foie déborde de trois travers de doigt les côtes ; on trouve un peu d'albumine dans les urines, quelques cylindres dans le sang 4 millions de globules rouges ; 6.9001 leucocytes ; 3 milligr. % d'acides aminés, de la bilirubine et 0,89 de glucose. Les urines contiennent des sels biliaires ; de la bilirubine également comme le sang.

Le malade est mort après trois mois et demi. La maladie avait eu ici aussi, le temps de s'organiser. A l'autopsie, le foie pèse 1.000 grammes, il est manifestement atrophié, déformé, présente des alternances de coloration rouge et jaune et des zones absolument déprimées effondrées. Au microscope se distingue une sclérose considérable disposée en îlots ressemblant parfois à des pains à cacheter. Ces îlots occupent le centre des lobules. De rares éléments de régénération, quelques cellules isolées dans le tissu scléreux et qui se défendent mal.

En un mot, des lésions voisines de celles que nous avons constatées, peut-être plus arrondies, plus cicatricielles que celles de notre malade, moins pénicillées en tous cas.

Les deux types subaigus et prolongés s'opposent déjà l'un à l'autre, comme s'opposent une tuberculose aiguë et la sclérose tuberculeuse, une néphrite scarlatineuse et une néphrite saturnine.

Il est d'ailleurs des cirrhoses plus accusées encore où l'atteinte du foie est encore plus lente et plus prolongée et où la sclérose prend un aspect plus adulte, où les symptômes cliniques, y compris l'azote, rappellent ceux des hépatites les plus banales. D'abord, l'observation n° 135 de M. Bersgtrand.

Elle concerne un homme de 45 ans, malade pendant quatre ans et qui se plaignit presque sans interruption de troubles de l'estomac et de douleurs à l'épigastre, chaque jour, deux heures après les repas. Tout d'un coup les urines deviennent brunes, la peau se teinte, les matières fécales se décolorent en partie et le malade guérit. Le 8 octobre 1926, son ventre est volumineux et il a de l'ascite. Une première ponction permet de retirer 3.500 c. c. de liquide, une deuxième, trois jours après 2.400 c. c. Le sang est presque normal : 4.000.000 de globules rouges, 9.500 leucocytes, mais six éosinophiles.

Le diagnostic reste incertain, on pense à une lésion oblitérante et on opère le malade. L'opération donne issue à 5 litres d'ascite. Le foie apparaît dur, scléreux, effondré en certains endroits avec des travées fibreuses épaissies. Le malade meurt.

A l'autopsie, il existe encore à la sérosité dans le péritoine, un œdème étendu de la paroi intestinale et aussi un œdème rétropéritonéal. Le foie pèse 850 grammes montre des parties régénérées, mais une sclérose extrêmement marquée, de type insulaire avec quelques anneaux, plutôt déterminés d'ailleurs par la forme des îlots persistants du parenchyme que par celle du tissu scléreux lui-même. La maladie a duré *plusieurs années*.

Une autre observation clinique appartient encore au même auteur. Elle est un peu différente.

Elle concerne un homme de 68 ans, cachectique, amaigri, subictérique. Il meurt. La rate pèse 250 grammes, le foie 1.000 grammes, on trouve encore des zones effondrées et de la sclérose, mais ici cette sclérose n'est pas insulaire, ni annulaire, elle pénètre entre les éléments trabéculaires, elle est véritablmeent morcelante, pénicillée, unicellulaire, à dispositions extrêmement fines. La maladie a aussi duré plusieurs mois.

Il ne peut, après ces deux observations, faire de doute, que l'hépatite ictérigène, quand elle se prolonge, puisse réaliser des cirrhoses voisines de la cirrhose de Laënnec et de la cirrhose syphilitique, l'une annulaire, insulaire, l'autre morcelante et pénicillée.

La relation avec l'hépatite ictérigène aiguë n'en est pas moins certaine. La différence dans l'évolution vient de la différence de virulence, de la résistance du sujet. Il n'est pas certain que la nature du virus n'intervienne pas et il n'est pas prouvé que les deux formes réactionnelles dépendent du même virus.

Nous reviendrons prochainement de façon plus synthétique sur la symptomatologie et sur les causes de cette affection [1].

(1) M. Cheray a traité la même question à la *Société méd. hôpitaux* février 1937.

La fluxion de poitrine « dépassée »

Par **Jean MINET**,
H. WAREMBOURG et **DHALLUIN**

Lorsqu'on parcourt l'histoire des travaux consacrés aux congestions pulmonaires aiguës, on la trouve, pendant de longues années, faite uniquement d'un travail d'analyse qui aboutit à individualiser des types nettement tranchés, où les auteurs s'efforcent de superposer à des lésions anatomiques précises des syndromes cliniques rigoureusement distincts les uns des autres.

A la suite des travaux de Fournet qui, dès 1839, dégage les congestions pulmonaires actives des autres pneumopathies aiguës, Woillez décrit, en effet, en 1854, la congestion pulmonaire idiopathique pseudo-pneumonique, affection aiguë proprement pulmonaire, sans aucune participation pleurale. En 1860, Dupré, plus tard Grasset, puis Dieulafoy individualisent la fluxion de poitrine, phlegmasie intéressant tous les plans thoraciques, depuis les bronches et le poumon jusqu'à la plèvre et à la paroi thoracique elle-même. Potain et Leviaud, en 1877, décrivent une forme nouvelle où, à l'alvéolite catarrhale de la maladie de Woillez, s'adjoint une réaction pleurale inflammatoire avec ou sans épanchement : c'est la congestion pleuro-pulmonaire. Grancher, en 1889, isole sous le nom de spléno-pneumonie une forme de congestion pulmonaire où l'hyperhémie alvéolaire est telle qu'elle simule, cliniquement, une pleurésie avec épanchement moyen. Enfin en 1914, Bezançon et de Jong désignent par le terme de cortico-pleurite « tous les cas où, sans exsudation notable dans la cavité pleurale, il existe des lésions pleuro-corticales et des signes pleurétiques nets ou atténués ».

Sans doute, ce travail analytique était-il indispensable au défrichage d'une question qui compte parmi les plus complexes de la pathologie pulmonaire. Toutefois cette schématisation, qui est d'ailleurs l'œuvre moins des anciens auteurs que de ceux qui ont reproduit et interprété leurs premières descriptions, ne tendait-elle pas à s'écarter quelque peu de la réalité des faits ? C'est ce problème que l'un de nous, avec Dupire et Roose, s'est attaché à résoudre. Par une étude à la fois clinique et thérapeutique, Minet, Dupire et Roose ont montré que, en dehors de la pneumonie, à qui semble-t-il on doit garder intacte son individualité, les pneumopathies aiguës banales réalisent d'ordinaire, non point des types purs, mais des intrications cliniques répondant à l'atteinte lésionnelle d'un nombre plus ou moins grand des éléments anatomiques contenus dans le thorax. On peut ainsi distinguer :

a) des cas où s'intriquent deux syndromes : congestif et pleural, ou congestif et bronchique, ou alvéolaire (du type de l'alvéolite pneumonique) et pleural, ou alvéolaire et congestif, ou alvéolaire et bronchique ;

b) des cas où s'intriquent trois syndromes : bronchique, congestif et pleural ; ou bronchique, alvéolaire et pleural ; ou alvéolaire, congestif et pleural ; ou enfin, bronchique, alvéolaire et congestif ;

c) des cas où s'intriquent quatre syndromes : alvéolaire, congestif, bronchique et pleural.

Cette intrication de processus différents se fait habituellement dans le même temps ; mais les divers processus peuvent aussi se succéder en des points différents du thorax ou en un même point de celui-ci.

Ainsi se trouve réalisé un travail de synthèse qui tend à regrouper plus étroitement les congestions pulmonaires dans un même cadre nosologique, et à montrer que leurs différents types ne se trouvent séparés, en réalité, que par des nuances réelles sans doute, mais d'ordre secondaire.

C'est dans le troisième groupe de cette classification, celui où s'intriquent les quatre syndromes alvéolaire, congestif, bronchique et pleural, que se place l'observation rapportée ci-dessous.

On y voit, de plus, s'ajouter aux quatre syndromes précités une atteinte de la paroi thoracique qui fait songer à la fluxion de poitrine de Dieulafoy. Enfin et surtout, une participation importante du système lymphatique de la paroi thoracique peut y être mise en évidence : ce fait d'un caractère tout-à-fait exceptionnel assure l'originalité du cas :

Le 13 décembre 1936, entre à la clinique médicale et phtisiologique de la Faculté de Lille une femme de 51 ans, envoyée par son médecin, pour une congestion pleuro-pulmonaire gauche.

Nous sommes en présence d'une femme assez forte, semblant profondément abattue. Son facies est vultueux, surtout du côté gauche où il existe un peu d'herpès péribuccal ; la langue est sèche, rôtie. Demi-assise sur ses oreillers, la malade présente une dyspnée, à la fois inspiratoire et expiratoire, avec polypnée. Sa température est à 39°5 ; son pouls bien frappé a suivi une ascension parallèle à celle de la température, et bat à 120 pulsations par minute.

C'est avec quelque fatigue qu'elle nous raconte l'histoire de sa maladie : le 11 décembre, elle s'était couchée bien portante et avait passé une excellente nuit. Le lendemain, matin, en se levant, elle s'était sentie fiévreuse et accablée, en même temps que son épaule gauche la faisait si cruellement souffrir qu'elle était incapable d'effectuer tout mouvement. Elle s'était alors recouchée. Dans l'après-midi, elle avait présenté quelques petits frissons — un léger point de côté thoracique était apparu dans la région sous-mammaire gauche, en même temps que la toux était devenue plus pénible, plus douloureuse, et avait ramené l'expectoration de crachats muco-purulents d'abord, puis rouillés, adhérents au vase. Parallèlement à l'éclosion de ces signes, la dyspnée s'était accentuée graduellement pour être telle, au moment de l'arrivée de la malade dans le service, qu'elle rendait impossible le décubitus dorsal.

L'examen de l'appareil pulmonaire montre, lors de notre premier examen, une voussure thoracique du côté gauche, avec respiration superficielle et empâtement de la paroi ne donnant pas le signe du godet ; une sonorité normale à droite ; une matité des deux tiers inférieurs à gauche ; une abolition des vibrations dans cette même zone ; partout ailleurs, elles sont normalement transmises. L'auscultation décèle une abolition complète du murmure vésiculaire à la base gauche, avec signe du sou positif ; immédiatement au-dessus, quelques râles sous-crépitants et un souffle doux, de type congestif ; enfin des ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires.

En somme : le tableau d'une congestion pulmonaire active des deux tiers inférieurs du poumon gauche, avec réaction pleurale exsudative.

La radiographie et la radioscopie confirment ce diagnostic en montrant une disparition complète du sinus costo-diaphragmatique gauche, une limitation des mouvements de l'hémidiaphragme du même côté, une opacité homogène et discrète de toute la portion inférieure du champ phréno-claviculaire ; l'image des côtes reste nettement visible à ce niveau.

Du côté droit, le poumon est normal.

Une ponction pleurale est pratiquée et ramène quelques centimètres cubes seulement d'un liquide fibrineux, renfermant des polynucléaires non altérés, des cellules macrophages et endothéliales, sans microbes : il s'agit d'un épanchement puriforme aseptique. Celui-ci, dont l'abondance est minime, ne persiste d'ailleurs pas plus de 48 heures.

Durant tous ces examens, la malade se plaint constamment de son épaule gauche qu'elle essaye d'immobiliser, en raison des violentes douleurs qu'occasionne le moindre geste.

L'examen de la région scapulaire montre l'existence d'un œdème inflammatoire, avec circulation collatérale visible. Cet œdème est particulièrement marqué dans la région sus-claviculaire gauche, dont la dépression est effacée et comblée par une tuméfaction.

La palpation, très douloureuse, permet de sentir, sous des tissus superficiels mous et empâtés, deux petits noyaux durs, légèrement mobiles, sensibles, de nature ganglionnaire. Une adénopathie inflammatoire existe également dans le creux axillaire, à sa partie toute supérieure, contre le gril costal.

Quant à l'interligne scapulo-huméral, il n'est pas sensible à la pression, et les tentatives de mobilisation passive de l'articulation scapulo-humérale s'effectuent normalement.

L'examen des autres appareils donne les renseignements suivants :

Système nerveux normal.

Appareil urinaire : diurèse à 1 litre par vingt-quatre heures, urines hautes en couleur, ne renfermant ni sucre ni albumine.

Appareil cardio-vasculaire : pouls bien frappé, à 130. T. A. 14,5-7 avec un indice de 4,5. Bruits du cœur un peu assourdis, sans souffle pathologique.

Enfin, les examens complémentaires de laboratoire donnent les réponses suivantes :

Crachats : pas de B. K. (à quatre reprises), présence de streptocoques et de pneumocoques.

Sang : urée, 0,40.
Réactions sérologiques : B. W. et Kahn négatifs.

Par ailleurs, les antécédents héréditaires et collatéraux de cette malade sont peu instructifs. Il n'en est pas de même de ses antécédents personnels : mariée, la malade a fait trois pertes ; un de ses enfants est mort en bas âge ; elle a trois enfants bien portants. En 1909, à l'âge de 24 ans, elle a présenté une crise de rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité son hospitalisation pendant trois mois. De ce rhumatisme, la malade n'a pas gardé de séquelles vasculaires, mais nous savons par contre, de l'aveu du médecin traitant, que le myocarde n'a plus jamais eu un fonctionnement bien satisfaisant. En 1918, notre malade a fait une congestion pulmonaire du côté droit qui la tint alitée pendant trois semaines. Depuis lors elle a présenté des poussées de bronchite tous les hivers.

En résumé, nous sommes en présence d'une femme de 51 ans, au passé respiratoire chargé, chez laquelle est apparue une fluxion de poitrine avec participation ganglionnaire axillaire et sus-claviculaire.

La malade est soumise à la thérapeutique habituelle des pneumopathies aiguës : injections répétées de solucamphre, de strychnine et d'adrénaline — boissons abondantes — potions de Todd-acétate, vaccin antipneumonique.

Dans les jours qui suivent, la température reste élevée, entre 39°5 et 40°5, bien que les signes fonctionnels respiratoires, les signes cliniques d'épanchement pleural et de congestion pulmonaire aillent en diminuant.

Parallèlement à cette amélioration locale, les douleurs scapulaires disparaissent, de même que le processus de périadénite axillaire et sus-claviculaire. En trois jours, la tuméfaction du creux sus-claviculaire s'efface, permettant de sentir nettement, sous un léger empatement, deux ganglions durs, roulant sous les doigts et à peine douloureux.

Le 18 décembre, la température tombe brutalement à 37°8, mais cette chute est éphémère, et dès le soir la courbe thermique remonte à 40°. En même temps un foyer de condensation pulmonaire, avec de nombreux râles sous-crépitants, apparaît à la base droite, tandis que du côté gauche les phénomènes congestifs continuent leur résolution.

Peu après se manifestent des atteintes articulaires de type pseudo-phlegmoneux au niveau des deux poignets. Puis apparaît, au niveau du Ve espace intercostal gauche, un bruit mésosystolique râpeux diminuant légèrement d'intensité en inspiration forcée, sans doute frottement de péricardite.

Bientôt l'état général de la malade s'aggrave. Celle-ci est agitée constamment altérée. La langue est sèche, rôtie. La diurèse tombe au-dessous de un litre par vingt-quatre heures. Les urines sont albumineuses. On perçoit des sous-crépitants aux deux bases. Les bruits du cœur s'assourdissent, à la pointe on entend un bruit de galop et un souffle systolique d'insuffisance mitrale. Le pouls est à 110. La T. A. reste à 15. Des gingivorragies apparaissent, de même qu'une petite éruption purpurique aux avant-bras. Les arthrites s'aggravent.

Le diagnostic de septicémie, de nature probablement streptococcique, est alors envisagé. Une hémoculture est pratiquée. Elle révèle effectivement la présence de streptocoques dans le sang, mais la malade meurt avant que le résultat en soit connu.

Voici donc une pneumopathie aiguë dont la riche symptomatologie montre qu'elle réunit, dans le même point du poumon et dans le même temps, les quatre syndromes alvéolaire, congestif, pleural et bronchique, auxquels nous faisons allusion ci-dessus. De plus, la pleurodynie accusée par la malade, l'existence au niveau de la pneumopathie d'une paroi costale empâtée, sensible à la pression, parcourue d'un réseau veineux anormalement développé, permettent de faire entrer ce cas dans le cadre de la fluxion de poitrine.

Notre observation, toutefois, comporte un élément qui en assure l'originalité : c'est l'importance de la participation du système lymphatique à la phlegmasie de la paroi costale sus-jacente à la pneumopathie. L'adénite et la périadénite des creux axillaire et sus-claviculaire gauches étaient d'une intensité telle, en effet, qu'elles avaient, avant tout, attiré l'attention de la malade, et qu'au premier abord elles semblaient dominer le tableau clinique. Que de plus cette atteinte fût étroitement liée au processus pleuro-pulmonaire, c'est ce que prouvaient indiscutablement, d'une part, le parallélisme étroit dans l'évolution des deux ordres de manifestations, et, d'autre part, l'absence de toute cause étrangère au poumon susceptible d'expliquer les adénopathies observées.

On sait que les ganglions sus-claviculaires et axillaires peuvent être l'objet d'une atteinte inflammatoire au cours de certaines affections de la plèvre et du poumon. L'adénopathie axillaire est de règle dans les pleurésies purulentes et s'observe parfois dans les pleurésies hémorragiques. L'adénopathie sus-claviculaire fait partie intégrante du syndrome de pleurite apicale décrit par Sergent chez certains bacillaires. Enfin, il est inutile d'insister sur l'extension aux ganglions des processus néoplasiques pulmonaires ou pleuraux arrivés à une phase avancée de leur évolution.

Dans les pneumopathies aiguës, au contraire, les adénopathies accessibles ne se rencontrent pas. Nous avons vu que Dieulafoy ne les compte pas au nombre des manifestations possibles de la fluxion de poitrine où, pourtant, l'atteinte des plans superficiels du thorax revêt une si grande importance. Une bibliographie aussi complète que possible nous en a montré l'absence constante au cours des diverses pneumopathies aiguës ou des épanchements pleuraux inflammatoires de nature séro-fibrineuse. Une seule observation peut être rapprochée de la nôtre ; elle a été publiée par l'un de nous, avec Dubois, en 1931, à la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille. La voici résumée :

Mlle D..., 20 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notables, devient brusquement malade le 24 février 1931 ; tout fait penser au début d'une grippe : frissonnements, courbature, fatigue, toux sèche.

Le 27, un point de côté violent apparaît sous le mamelon gauche, et des signes de pneumonie du lobe inférieur gauche se font rapidement entendre : submatité, vibrations exagérées, bronchophonie, souffle, température à 38°8.

Du 27 février au 6 mars, évolution classique de la pneumonie, avec crachats hémoptoïques renfermant des staphylocoques, des streptocoques, des tétragènes, des pneumocoques.

Du 6 au 8 mars, ébauche de défervescence, petite crise sudorale, crise urinaire peu marquée. La température ne descend pas au-dessous de 37°5.

Le 8 mars, l'auscultation révèle, à la base gauche, des signes liquidiens : matité de la hauteur d'une paume de main, souffle éloigné, quelques frottements à la limite de la matité, égophonie, pectoriloquie aphone.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire ; l'épanchement n'augmente pas. Il n'est pas pratiqué de ponction.

Le 13 mars, grand frisson et élévation thermique à 39°8. En même temps, apparition en demi-ceinture, depuis la zone de matité jusqu'au sein gauche, d'une zone rouge, chaude, douloureuse au moindre contact, sans bourrelet. Cette bande se termine sous le sein et la partie inférieure de celui-ci est, elle aussi, rouge et douloureuse. Il y a dans l'aisselle un ganglion très sensible à la pression.

Le 14, la température atteint 40°5 ; la douleur est à son maximum ; les signes d'épanchement commencent à s'atténuer ; ils continueront à diminuer à mesure que l'érythème de la ceinture et du sein s'affirmera, au contraire.

Du 14 au 23, la température oscille irrégulièrement entre 37°5 et 39°.

Le 23, les signes liquidiens de la base ont disparu. Mais la température monte le soir à 39°8 et de la fluctuation apparaît nettement à la partie inférieure du sein. Une ponction au bistouri vide un liquide séro-sanguinolent dans lequel la culture donne du staphylocoque et du pneumocoque.

Dès le lendemain, la température tombe à 38°, puis à 37° le surlendemain. La guérison est obtenue, rapide et complète.

Ces deux observations montrent donc que certaines fluxions de poitrine peuvent compter au nombre de leurs manifestations pariétales une phlegmasie marquée du système lymphatique, extériosée soit par une lymphangite, soit par une adénite avec périadénite des groupes ganglionnaires de l'aisselle et de la région sus-claviculaire. Le processus inflammatoire atteint et peut transgresser même le plan ganglionnaire, en deça duquel il se tient habituellement. En ce sens, des faits semblables méritent sans doute le nom de « fluxion de poitrine dépassée », terme critiquable par certains points, mais exprimant bien l'extension inflammatoire au-delà des limites habituellement respectées.

Peut-être l'atteinte ganglionnaire, en de telles conditions, n'est-elle pas sans intérêt pronostique. Il est possible qu'elle exprime une tendance à l'extension du processus infectieux, et que même elle soit le prélude, comme dans l'une de nos observations, d'une septicémie prochaine. Nous ne formulons d'ailleurs cette idée qu'à titre de pure hypothèse, nous


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Une thérapeutique rajeunie

Le venin d'abeilles contre les algies rebelles et les rhumatismes chroniques

Aussi vieux que la médecine elle-même, le traitement des douleurs rhumatismales « et autres » par le venin, après avoir eu son heure de succès, surtout près des populations rurales, est tombé dans un discrédit complet. Remercions Desmartis qui, en 1858, formula les premiers enseignements relatifs à l'apicothérapie et rendons grâces aussi à tous les chercheurs qui, depuis Langer et Wolff, s'efforcèrent d'isoler dans le venin brut d'hyménoptères la substance active, efficace contre les algies et les désordres engendrés par la maladie rhumatismale chronique.

A l'heure actuelle, nous possédons des vaccins purifiés, désalbuminés, par conséquent très peu propres à déterminer un choc anaphylactique ou protéique. Depuis deux ans, nous avons traité un grand nombre de malades rhumatisants chroniques ou algiques en pratiquant les injections de venin purifié et désalbuminé, et voici les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Tout d'abord, nous avons étudié avec le Docteur Haskovec (de Prague), le venin que nous devions utiliser chez l'homme dans ses réactions chez l'animal et nous avons été frappés de son inocuité. Il est nécessaire d'employer d'énormes doses par injections intraveineuses pour obtenir des modifications fonctionnelles, chez le lapin, et pour déterminer de véritables lésions du système nerveux, il nous a fallu injecter le venin soit directement au contact d'un nerf, soit dans les ventricules cérébraux. Ces voies d'introduction du venin d'abeilles ne sont pas de mise chez l'homme. Toutefois, l'injection directe, *dans* un tronc nerveux périphérique, de venin d'abeilles, est susceptible d'applications chez l'homme si l'on se propose de provoquer par la neurolyse, la suppression des excitations douloureuses, dans le cas d'une névralgie trigéminale, par exemple.

Quelles sont les indications de l'apicothérapie ?

L'indication majeure, à notre sens, tient dans l'élément douleur, et surtout douleur rebelle aux médications usuelles antialgiques. C'est dire que les névralgies sciatiques, brachiales ou autres, de même que des algies engendrées par les arthropathies, que celles-ci répondent au type arthrite ou à celui de l'arthrose constituent les affections contre lesquelles l'injection de venin d'abeilles purifié et désalbuminé semble la mieux indiquée. Nous ne connaissons, jusqu'ici, aucune contre-indication à l'apicothérapie, car nous n'avons jamais observé le moindre retentissement fâcheux sur aucun viscère : reins, foie, poumon, cœur en particulier. Ce qu'il importe de savoir, c'est que l'injection de venin peut entraîner, sans que nous soyons en mesure de le prévoir, des réactions locales et parfois générales dont il faut être averti.

La réaction locale est banale et se borne à l'apparition, 7 à 8 heures après l'injection, d'une rougeur diffuse de la peau accompagnée d'un sentiment de chaleur mordicante et de démangeaisons. La température locale est augmentée réellement. L'importance de cette réaction est très variable : dans l'immense majorité des cas, elle se montre discrète et même peu gênante. Mais, chez d'autres sujets, sans que nous ayons pu en saisir la raison, la réaction se montre assez vive et, fait particulier, à la rougeur et à l'hyperthermie locale s'ajoute l'œdème.

Pour ce qui est du retentissement général, nous n'avons jamais observé, de même que nos confrères nombreux qui pratiquent l'apicothérapie, qu'une légère élévation thermique avec, chez certains patients, un sentiment de fatigue générale. Ce très faible et très exceptionnel malaise se dissipe en quelques heures.

Il est curieux de constater que, pour ce qui est de la réaction locale, celle-ci obéit à une loi de rythme personnelle. Débutant 7 à 8 heures après l'injection, la réaction locale s'efface pendant quelques douze heures, puis reparaît atténuée, et ainsi de suite pendant trois à quatre jours parfois.

Si la douleur demeure, à notre avis, l'indication majeure de l'apicothérapie, il importe essentiellement que la douleur soit réelle, nous voulons dire organique, et non pas telle ou telle psychose de la douleur : cénestopathie, hypocondrie, nosophobie, algophobie, etc... Nous avons fait l'expérience de l'apicothérapie chez quelques sujets qui, répandant, de consultation en consultation, leurs plaintes plus ou moins fondées, nous suppliaient de calmer leurs douleurs. Nos échecs ont été constants et absolus.

Quant aux véritables algiques auxquels, nous le redisons, l'apicothérapie doit être réservée, ceux qui nous ont paru le plus vite et le plus profondément soulagés sont ceux qui se montraient atteints de névralgies rebelles et de rhumatismes chroniques, quelles qu'en soient les localisations. On peut imaginer sans peine (et ceci est conforme à la réalité) que nous avons eu surtout à traiter les névralgies sciatiques, les brachialgies, les lombarthries, les coxarthroses, les arthrites du genou, du coude, de l'épaule et du poignet.

L'apicothérapie agit très certainement d'une manière différente de celle des composés salicylés. En voici la démonstration. Un de nos malades atteint d'encéphalo-myélite à virus neurotrope est traité par des injections intra-veineuses de salicylate de soude, et voit survenir la disparition des troubles neurologiques qui l'inquiétaient. Or, à la fin de la deuxième série d'injections de salicylate, nous sommes appelé par le patient pour une douleur très vive siégeant dans la région de l'épaule. Quelle n'est pas notre surprise, de constater la réalité d'une arthrite très accusée et à tendance ankylosante des deux articulations scapulo-humérales. Nous conseillons l'apicothérapie puisque le malade était encore sous l'influence de la médication salicylique, et après l'injection de six ampoules de venin purifié, la guérison était complète, les épaules absolument libres. La guérison depuis dix-huit mois se maintient.

Ainsi que tous les apico-thérapeutes, nous avons eu des échecs, et nous ne nous flattons pas de pouvoir en donner la raison. Cependant, nous ferons observer que, d'après notre expérience, les malades habitués aux préparations opiacées ou chez lesquels la médication par le pantopon ou la morphine a été instituée, se montrent beaucoup plus réfractaires que les autres aux injections de venin d'abeilles.

Technique des injections. — Elle est des plus simples. L'injection du contenu d'une ampoule ou d'une fraction d'ampoule se fait avec une seringue de verre armée d'une aiguille fine, soit sous la peau dans le tissu cellulaire, soit dans les masses musculaires : en aucun cas, il ne faut injecter le venin dans le derme. Les injections intra-musculaires n'exposent pas autant que les sous-cutanées aux réactions locales, mais leur égale efficacité n'est point démontrée. Pour notre part, nous gardons une préférence pour les injections sous-cutanées.

Convient-il de pratiquer les injections de venin au siège même de l'arthropathie ou de la douleur la plus marquée ? Sur ce point, les avis divergent quelque peu. Mais, s'il semble démontré que l'injection de venin ne limite pas son action à la région réceptive de l'injection, nous sommes persuadé que la meilleure technique est d'appliquer le venin dans la région la plus prochaine du siège même de la douleur ou de l'altération articulaire.

La dose à injecter est variable. En principe, nous conseillons d'injecter une très petite dose, de manière à tâter la susceptibilité du patient, puis d'injecter une dose d'autant plus forte que les réactions premières ont été plus faibles. Dans l'ensemble des faits que nous avons observés, il nous a paru qu'une série de six injections était suffisante pour amener une amélioration nette des douleurs. Mais, il est bon de faire une seconde série pour assurer le succès.

Dans des cas, à la vérité, rarissimes, l'amélioration ou la guérison ne peuvent être obtenues qu'après trois ou quatre séries de six injections, mais nous le répétons, ce ne sont là que des faits de stricte exception.

Comment agit le venin d'hyménoptère ? De toute évidence, l'action de l'apicothérapie ne s'identifie nullement avec celle d'un choc protéique, non plus que cette action ne peut être assimilée à celle d'une révulsion, ainsi qu'on l'a pensé pendant longtemps.

Les résultats histologiques que nous avons obtenus nous inclinent à penser que le venin agit directement sur les extrémités nerveuses par la neurotoxine qu'il contient. Mais, nous sommes encore à ce point de vue dans un domaine semé d'hypothèses.

Ce qui demeure, c'est le fait sérieusement établi par Keiter, Felhow, Roch, Perrin et Cuénot, comme par nous-même et les confrères qui ont bien voulu nous faire part de leur expérience, que l'apicothérapie par le venin purifié représente une arme efficace contre les algies rebelles et le processus encore mystérieux des arthrites et des arthroses, que le venin d'hyménoptère convenablement préparé s'avérait d'un maniement facile, exempt de tout danger et que nous tenions en cette médication de source antique, mais heureusement renouvelée, une arme contre des affections que tant de praticiens considèrent, à juste titre, comme des croix de la médecine.

Jean LHERMITTE.

gardant bien de vouloir généraliser une notion inspirée par un seul cas.

Quoiqu'il en soit, notre observation permet d'intégrer au tableau clinique de la fluxion de poitrine des manifestations lymphatiques, exceptionnelles sans doute, mais d'existence indéniable, et dont l'intérêt séméiologique, peut-être aussi pronostique, justifie l'étude que nous venons d'en faire.

Contribution à l'étude du traitement de la stérilité féminine (1)

Par **Marcel BORDIER**

Parmi les causes de stérilité, il en est d'inexplicables : non seulement il n'y a pas de lésions perceptibles à un examen des organes génitaux, mais encore tout concorde à faire penser que les fonctions de l'ovaire sont normales.

Un certain nombre de ces stérilités qui apparaissent paradoxales sont dues à une inflammation de l'orifice tubo-ovarien, inflammation d'ailleurs associée toujours à une inflammation plus ou moins diffuse de la muqueuse utérine. Nous ne parlerons pas ici bien entendu, des inflammations aiguës ou subaiguës,ni de celles qui ont une origine ou un caractère infectieux manifeste ; nous n'envisagerons que les inflammations chroniques, torpides. Celles-ci se traduisent par un minimum de signes : les moins rares sont quelques écoulements utérins sans microbes pathogènes, et des douleurs cataméniales avec ou sans modification des règles. Dans quelques cas même, cette symptomatologie minime est si frustre qu'on se trouve en présence de femmes qui ne souffrent pas, ayant des règles quasi normales, et sont simplement préoccupées de rester stériles après un certain nombre d'années de mariage. Sans doute s'agit-il alors de simple altération de la période de fécondation de la femme à laquelle Séguy a consacré une étude en collaboration avec Mlle Vimeux dans le service de Devraigne (2). Ces auteurs ont mis en évidence l'importance d'une perméabilité physiologique et temporaire du col utérin : caractérisée par la présence d'une sécrétion glaireuse, claire et translucide et ne durant que quelques jours. Ils concluent que chez une femme, même bien portante, bien réglée, l'absence de glaires translucides est à coup sûr un facteur de stérilité, par carence de ce réceptacle.

Une autre catégorie de femmes intéresse celles qui sont en même temps aménorrhéiques ou simplement hypoménorrhéiques. Cette aménorrhée s'accompagnant ou non de douleurs plus ou moins vives au moment des règles.

Etant donné la complexité des causes qui contribuent à la stérilité, nous ne pensons pas présenter une thérapeutique unique répondant à toutes les indications. Nous ne nous proposons que d'apporter une collaboration aux traitements habituellement prescrits et qui jusqu'ici ont fait la preuve de leur opportunité.

Quoiqu'il en soit, le traitement que nous faisons donne les résultats suivants :

1° Drainage de la muqueuse ; ce drainage détermine habituellement une sécrétion ;

2° Consécutivement s'observe l'amendement de la douleur dès les prochaines règles en même temps que leur abondance, leur mode, leur durée s'améliorent pour redevenir normales.

Ajoutons que, lorsque cet état normal est réapparu, s'il n'est d'autres facteurs justiciables d'une thérapeutique spéciale complémentaire, la femme devient facilement enceinte, au moins dans la très grande majorité des cas.

Nous possédons un nombre déjà important d'observations où nos malades sont devenues enceintes quelques semaines ou quelques mois après la fin du traitement. La durée de celui-ci varie en moyenne de trois à neuf mois (3).

Les signes annonçant la suffisance des soins sont, indépendamment du retour à la normale de règles abondantes, faciles et indolores, l'absence de syndromes connexes et à distance observés fréquemment dans ces cas, tels que : phénomènes de cystite, signes de cholécystite, divers types dyspeptiques, gastralgies, etc... ayant pour caractère particulier d'apparaître ou de s'exagérer principalement à l'époque des règles.

L'aspect du col a pour nous de l'importance car il nous apparaît comme le témoin d'un état de l'utérus que nous pouvons difficilement apprécier par d'autres méthodes d'examen. L'expérience nous a montré que le retour à la normale de l'aspect externe du col coïncidait en règle avec le retour à la normale du reste de l'utérus.

Notre traitement consiste en une modification de la méthode de Bier. C'est en 1892 que Bier publia l'étude première du ventousage thérapeutique, mais la première application de la méthode à la gynécologie fut l'œuvre de Rudolf Heilbronn en 1905 (1).

Au cours des essais que nous avons fait nous-même de cette thérapeutique, nous avons pu vérifier son intérêt, mais nous nous sommes également rendu compte de son insuffisance : il nous est apparu nettement qu'il fallait aussi dégager l'intérieur du col comme la cavité elle-même de l'utérus. A cet effet nous avons fait construire une sonde que l'on relie par un tuyau de caoutchouc à un appareil à faire le vide.

Le point particulier de notre instrument est de permettre — grâce à une cannelure calibrée — à l'air extérieur de pénétrer constamment dans l'intérieur du col ou de la cavité utérine à mesure que l'aspiration se fait par l'intérieur de la sonde.

Il en résulte un courant d'air sous pression un peu inférieure à la pression normale. Ce courant d'air suffit à obtenir les résultats que nous cherchions ; à savoir : l'effet de ventouse = drainage des parties superficielles et des glandes depuis la cavité cervicale jusqu'au dôme utérin ; l'effet de détente = décongestion et débouchage des parties profondes.

Nous avons d'abord appliqué notre traitement à des métrites chroniques simples. Devant les bons résultats que nous avons obtenus, nous avons étendu peu à peu les indications de la méthode ; et c'est ainsi que, par expérience, nous sommes arrivés à traiter systématiquement des stériles.

Bien entendu, nous ne saurions trop le répéter, nous avons commencé par nous assurer qu'il n'existait pas de grosses lésions latentes des organes génitaux, (salpingites, fibromes, etc...) pour entreprendre patiemment de telles cures et nous avons eu la chance de constater le retour à la fécondité de femmes désespérées de leur stérilité jusqu'à ce jour tenace.

Nos résultats thérapeutiques nous portent à faire sur la pathogénie de certaines stérilités l'hypothèse suivante — il est bien entendu que cette hypothèse n'est qu'une hypothèse — et qu'elle ne s'applique qu'à une certaine catégorie de stériles :

Une femme peut être stérile pour des raisons très minimes : un simple engorgement des parois génitales utérines ou même tubaires ; engorgement qui est peut-être le reliquat d'une ancienne infection ; qui est peut-être cellulitique au sens que donnent à ce mot les physiothérapeutes comme Alquier : c'est-à-dire sans infection.

En tous cas, cet engorgement qui est relativement minime, est réductible par des moyens physiques tels que l'aspiration par ventouse.

Dans cette conception la stérilité pourrait tenir à deux facteurs : tout d'abord le gonflement de la muqueuse qui ferme les orifices — en particulier la lumière tubo-ovarienne — ensuite la modification des sécrétions de la muqueuse qui sont peut-être nocives pour le spermatozoïde peuvent, sans doute aussi, empêcher la nidation de l'œuf.

(1) Leçon faite dans le service de M. le Professeur H. Vignes, le 4 mars 1937, à la maternité des Enfants-Assistés.

(2) SÉGUY et Mlle VIMEUX, in *Gynécologie et Obstétrique*, 7 avril 1933 : « Ascension des spermatozoïdes dans les voies génitales basses de la femme ».

(3) Nous aurions pu joindre à cet article quatre observations récentes: de ces quatre malades, deux se trouvent suivies à la policlinique de M. le Professeur Vignes ; une vient d'accoucher d'un garçon bien constitué dans le service de M. le Professeur Brindeau ; la quatrième est suivie par Mlle le Docteur Labeaume.

(1) D'autres auteurs continuent l'application de cette méthode, mais Félix Turan en 1906 fut le premier à transposer la méthode de Bier jusqu'alors employée sur le col, en manœuvres endo-utérines. Il fit construire à cet effet une sorte de cathéter-sonde à parois perforées (reliée à une pompe aspirante) qu'il introduisait dans la cavité utérine afin de traiter les endométrites rebelles. Quels que soient les résultats encourageants publiés par cet auteur, sa technique semble après lui n'avoir jamais été reprise. D'ailleurs la méthode originelle de Bier par ventousage direct sur le museau de tanche par des appareils réalisant le type du speculum de Fergussen, tomba elle-même peu à peu dans l'oubli. Cependant en 1925, Suzanne Cordier, puis Douay en 1928, en firent à nouveau mention. La même année le Docteur Le Qhément dans sa thèse inspirée dans le service du Professeur Villard, de Lyon, reprend l'étude de l'aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites. Abandonnant le principe de la méthode originelle de Bier et de ses successeurs qui ne recherchaient que l'hyperthémie du col, ce dernier auteur n'aurait en vue que l'évacuation pure et simple et ne demanderait à la ventouse que de dégorger le col.

Nous tenons à faire remarquer que nous rendons des règles normales par des moyens purement physiques : par simple dégorgement de la muqueuse.

Jusqu'ici on a beaucoup insisté sur l'influence du fonctionnement ovarien sur la muqueuse utérine ; nos recherches thérapeutiques tendraient à démontrer qu'inversement un mauvais fonctionnement de la muqueuse utérine aurait un rentetissement marqué sur les fonctions de l'ovaire ; tendant à les diminuer.

Conclusion. — Quoiqu'il en soit de ces conceptions, un fait subsiste : le drainage et la décongestion utérine par un moyen purement physique qui est en somme celui de la ventouse, permet le retour de fonctions génitales normales, et surtout contribue à préparer un terrain d'imprégnation plus favorable.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

THÉRAPEUTIQUE

La méthode de Silbert dans le traitement des gangrènes par artérite

De nombreux traitements ont été appliqués aux gangrènes par artérite. Pour M. P. Fons, qui vient de consacrer à la question une thèse inspirée par le Professeur Massabuau (Montpellier 1936), il n'en est pas de plus simple et de plus efficace que celui de Silbert.

La méthode du médecin de New-York convient surtout aux thrombo-angéites oblitérantes chez les sujets adultes jusqu'à l'âge de 60 ans.

Elle est des plus simples : injections intraveineuses de solution saline hypertonique à 5 % à la dose de 30 c. c. trois fois par semaine, puis deux, puis une fois par semaine pendant assez longtemps ; interdiction formelle de l'usage du tabac et section des nerfs périphériques si la douleur est trop forte.

Les résultats rapportés par Silbert sont des plus séduisants : sur 524 cas traités et observés pendant dix ans, il a constaté, dans 83 % des cas, une amélioration qui s'est traduite par un arrêt de la douleur, une amélioration de la marche, une augmentation de l'indice oscillométrique, un accroissement de la température des extrémités, la guérison des ulcérations gangréneuses et la réouverture des vaisseaux oblitérés. Le pourcentage des amputation a été abaissé à 7,6 %, pourcentage jamais égalé par les autres modes de traitement.

Sur trente-cinq mille injections faites jusqu'ici, Silbert n'a jamais eu aucune réaction dangereuse.

Cependant ce traitement, appliqué sur une très grande échelle en Amérique, ne paraît pas aussi facilement applicable en France.

Il exige une standarisation de la thérapeutique que nous n'avons pas encore réalisée.

A New-York, ces malades viennent au dispensaire, sont aussitôt installés sur la table et l'injection est faite sans perdre de temps. Un quart d'heure après, ils peuvent partir reprendre leur travail.

En France, notre mauvaise organisation leur fait, chaque fois, perdre toute une matinée et dans ces conditions, ils préfèrent abandonner le traitement.

Il y a donc un problème social à considérer qui intervient puissamment dans le traitement et ses résultats.

Mais ceux que donne la thérapeutique médicale de Silbert étant au moins égaux à ceux procurés par la chirurgie surrénale ou sympathique, la méthode du médecin de New-York, dit M. Fons, mérite d'être conseillée et poursuivie en attendant que la chirurgie ait fait mieux encore.

STOMATOLOGIE

Pathologie générale et troubles dentaires

De plus en plus les médecins avisés se préoccupent de faire procéder par un spécialiste à un examen dentaire des malades qu'ils ont à traiter. Il en est malheureusement qui n'y songent jamais et se privent ainsi d'une méthode d'investigation précieuse qui leur assurerait souvent de grands succès thérapeutiques. Les dents ne sont pas des organes indépendants. Le nombre des maladies causées ou influencées défavorablement par une bouche septique est longue et la liste s'en allonge tous les jours par les travaux publiés. Il y a peu de temps J. Watrin, de Nancy au cours d'une conférence qui a été publiée dans la *Revue médicale de Nancy*, le 1er janvier 1937 a entretenu ses auditeurs de l'influence de l'infection dentaire sur les affections cutanées. Il a rappelé que des prurits, prurigos, eczémas prolongés, érythèmes récidivants, urticaires chroniques, étaient attribuables à des foyers septiques tels que pyorrhée alvéolaire, abcès radiculaires, pulpites aiguës ou chroniques. Ces foyers septiques sont composés de microbes appartenant à de nombreuses variétés.

Leur association les rend très pathogènes, leur migration se fait, soit par les lymphatiques, soit par les vaisseaux sanguins. Les foyers péri-apicaux (granulomes) siégeant au niveau de la deuxième ou troisième branche du trijumeau les mettent en rapport avec le système nerveux central, puis par voie de retour avec le système nerveux sympathique, agissant sur les vaisseaux de la peau et provoquant des troubles trophiques.

Les spécialistes eux-mêmes ont intérêt à diriger leurs recherches du côté dentaire, les oto-rhino-laryngologistes quand il s'agit de l'oreille moyenne, des sinus ou des amygdales, les oculistes pour certains troubles oculaires. Les travaux de Jacquet sur la pelade, l'acné polymorphe juvénile, sont actuellement connus de tous praticiens et les dermatologistes ont contribué fortement à allonger la liste des maladies en rapport avec les lésions dentaires.

Les voies respiratoires et buccales, sont également sujettes à l'infection provenant des foyers pyorrhéiques. Le Professeur Leriche a démontré les rapports existant entre les lésions dentaires septiques et l'appendicite chronique.

Dans les cas d'aérophagie la bouche est encore à examiner l'absence de dents ou celles douloureuses à la pression empêchant toute mastication convenable, le malade avale nerveusement ses aliments. Les adénopathies, certains rhumatismes chroniques, d'après les auteurs américains ont l'infection dentaire comme facteur principal.

La collaboration du médecin et de l'odonto-stomatologiste s'impose chaque jour davantage. A. Wilcken.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 Avril 1937

Etude comparée des réactions tuberculiniques chez les enfants vaccinés au B. C. G. (voie buccale) et chez les non vaccinés. (Statistique de 1.048 cas). — *MM. P.-F. Armand Delille, Mme M. Bann* et *Ch. Lestoquoy* ont etudié les réactions tuberculiniques, cuti-reactions et intra-dermoréaction, chez 1048 enfants suivis à l'Hopital des Enfants-Malades, ainsi que dans une consultation de nourrissons et une pouponnière.

Parmi ces enfants, 119 avaient reçu du B. C. G. par voie buccale à la naissance, dans les conditions habituelles.

Ils n'ont constaté, sur 134 nourrissons, vivant dans des milieux sains, qu'un seul cas de cuti-réaction positive.

Par contre, chez 278 nourrissons et jeunes enfants observés à l'hôpital, tant à la consultation que dans les salles de malades, ils ont trouvé une proportion de 12 % de cuti-réactions positives.

Chez les vaccinés, les nourrissons, vivant en milieu sain ne réagissent pas à la tuberculine dans une proportion plus forte que les non vaccinés.

Chez les vaccinés observés à l'hôpital, la cuti-réaction est positive dans 12 % des vaccinés.

Pour la grande majorité de ces derniers, il existe une cause de contagion familiale et on trouve chez eux des ombres radiographiques anormales.

Au sujet d'une innervation rythmique, respiratoire, de la petite circulation. — *M. E. de Sommer* (de Gand).



La différenciation sexuelle précoce de la grande échancrure sciatique et son retentissement sur l'évolution du bassin chez l'homme. — *M. Fernand Villemin* (de Bordeaux).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1937

Emphysème pulmonaire à grosses bulles, simulant des kystes congénitaux du poumon. — *MM. M. Brûlé, P.-H. Hillemand, J. Delarue* et *R. Gaube* rapportent l'observation d'un homme de 30 ans entré dans le service pour dyspnée intense et bronchite. Le malade était soigné depuis l'âge de 9 ans pour asthme et emphysème. L'examen radiologique du thorax, fait de profil, montra l'existence d'images hydroaériques à la base du poumon droit et fit porter le diagnostic de kystes congénitaux du poumon.

Ce diagnostic se trouva infirmé par l'examen anatomique qui montra qu'il s'agissait en réalité de formations pseudokystiques acquises, secondaires à un remaniement de bulles emphysémateuses par des lésions inflammatoires. A l'autopsie, en effet, ils trouvèrent un emphysème monstrueux en certains points, des lésions de sclérose pulmonaire systématique autour des adventices broncho-artérielles et périlobulaires de petits foyers de pneumonie ardoisée au sommet, une condensation diffuse de la base droite, parsemée de cavités à parois rigides et fibreuses, remplies de pus, dont deux plus volumineuses correspondaient aux images radiologiques observées. Par ailleurs, une des branches de la division de la bronche droite était obstruée.

L'examen histologique montrait des lésions de sclérose pulmonaire très probablement tuberculeuse et toutes les formes de transition entre la bulle d'emphysème typique et les formations pseudo-kystiques. La paroi des pseudo-kystes ne présentait aucun des caractères du kyste congénital (muqueuse bronchique, glandes, cartilage, etc.).

Pour les auteurs, les pseudo-kystes observés sont des bulles d'emphysème profondément modifiées dans leur structure par l'apparition d'un processus secondaire de sclérose.

Chez un sujet atteint de sclérose pulmonaire acquise, avec emphysème d'origine vraisemblablement tuberculeuse, l'oblitération bronchique a déterminé un processus d'atélectasie et de sclérose mutilante de la partie inférieure du lobe droit. Au bout d'un temps plus ou moins long, des infections secondaires ont déterminé en même temps que la suppuration de ces kystes et des phénomènee de thrombose artérielle, des accidents généraux graves qui ont entraîné la mort.

A propos de cette observation, les auteurs font une étude critique des collections gazeuses intrapulmonaires et se demandent si l'on n'a pas trop souvent confondu avec des kystes gazeux congénitaux du poumon, des formations kystiques secondaires d'étiologie et de pathogénie complètement différentes.

Trois observations de kystes aériens du poumon. Intérêt de la technique stratigraphique (ou tomographique) pour leur étude. — *MM. F. Meersseman. P. Buffé, P. Duran* et *L. Gallouin* apportent les observations et les radiographies de trois kystes aériens du poumon. Dans un cas, il s'agissait d'une forme complètement latente, découverte à la faveur d'un examen radiologique. Dans les deux autres, presque exactement superposables, l'infection et la suppuration des kystes se traduisaient par un syndrome de bronchite chronique avec emphysème et expectoration abondante.

Les auteurs insistent sur les avantages en pareil cas de la technique statigraphique, qui donne des kystes aériens des images remarquablement pures, débarrassées de tout effet de superposition.

Tomographie de la maladie kystique du poumon (kystes aériens). — *M. Etienne Bernard* présente des documents tomographiques concernant un cas de maladie kystique du poumon. Là où la radiographie ne révélait avec netteté que quelques images circulaires, la tomographie a permis de diagnostiquer un nombre considérable de kystes aériens et d'en préciser le siège exact en hauteur comme en profondeur. Les petits kystes du poumon, lorsqu'ils ne sont pas infectés, sont intégralement clairs et ne peuvent être mis en évidence que par leur paroi ; or celle-ci est parfois très mince et réduite sur le film à un très fin liseré qui peut n'être pas perceptible. D'autre part ces kystes sont parfois très nombreux : comme ils sont superposés, les images de leurs contours chevauchent les unes sur les autres et perdent de ce fait leur aspect circulaire révélateur. Ces inconvénients disparaissent avec la tomographie qui permet des images du thorax plan par plan, en coupes minces, libérées du squelette osseux et de la sommation des ombres pulmonaires.

Etude clinique et anatomique de différents cas de kystes congénitaux du poumon (pseudo-bronchiectasies congénitales chez l'enfant. — *MM. P. Armand-Delille, Ch. Lestoquoy* et *R. Huguenin*, à l'occasion de leur étude sur la tuberculose pulmonaire de l'enfant, ont rencontré à côté de cas de dilatations bronchiques typiques en rapport avec des processus inflammatoires antérieurs, des altérations qui se révèlent sur les radiographies par des images claires à contours plus ou moins circulaires dont le lipiodol confirme le caractère.

Ils ont pu recueillir dix pièces anatomiques qui montrent les lésions présentant l'aspect de kystes. Dans un seul cas, le diagnostic avait pu être porté grâce au lipiodol, les neuf autres ont été des découvertes d'autopsies.

Les auteurs divisent les kystes congénitaux en cinq catégories : 1° grandes cavités occupant presque tout l'hémithorax ; 2° cavités moyennes et multiples occupant en général tout un lobe ; 3° kystes multiples occupant un poumon ; 4° kystes multiples limités ; 5° formations kystiques très petites généralisées aux deux poumons.

Ils étudient leurs caractères cliniques et anatomiques ainsi que leur aspect histologique et pensent qu'au point de vue pathogénique il s'agit de manifestations dysembryoplasiques qui peuvent subir une évolution progressive mais qui donnent des manifestations graves à partir du moment où elles sont infectées. Dans certains cas, un pneumothorax artificiel a déterminé de remarquables améliorations.

Kystes congénitaux du poumon chez l'enfant. — *MM. Robert Debré, Julien Marie, Mignon* et *Bidou* présentent trois nouvelles observations de kystes congénitaux du poumon. Les auteurs insistent sur la fréquence relative de cette affection nouvelle, qui a quitté le domaine de l'anatomie pathologique pour entrer dans celui de la clinique. En effet, les sept observations suivies par les auteurs ont été toutes reconnues cliniquement.

La première observation a trait à un nourrisson de 14 mois qui présente, au cours d'une rougeole, une complication pulmonaire droite se traduisant radiologiquement par une image hydro-aérique particulière de l'hémithorax droit. Cette image, en forme de brioche, est formée de deux poches, l'une postéro supérieure, relativement petite, l'autre antéro-inférieure, très vaste, paraissant communiquer entre elles. Le contenu suppuré de ces poches se tarit rapidement en un mois environ. Mais loin de s'atténuer, les cavités gazeuses subissent une augmentation centrifuge, tout en conservant la même forme générale que lors du premier examen radiologique. Leur distension progressive aboutit à une hyperclarté de l'hémithorax droit avec élargissement des espaces intercostaux, refoulement de la coupole en bas, du cœur et de la trachée à gauche. Ce syndrome se traduit cliniquement par de l'hypersonorité et du silence respiratoire, comme dans un pneumothorax total.

La deuxième observation a trait à un kyste ballon infecté pris pour une pleurésie purulente et opérée, et considéré ultérieurement pendant des mois comme un pneumothorax chronique intarissable.

La troisième observation a trait à un kyste juxta-hilaire droit présentant sur le premier film l'aspect du kyste plein, puis ultérieurement l'aspect d'une cavité hydro-aérique remarquablement fixe dans son siège, dans sa forme, dans la hauteur du niveau liquide. L'excellente tolérance de cette malformation permet d'affirmer que le contenu gastrique n'est pas représenté par du pus, mais vraisemblablement par du liquide de sécrétion.

L'étude de ces observations paraît fort instructive, en particulier sur deux points : d'abord, le diagnostic des grands kystes pulmonaires ou « kystes ballons » doit être affirmé sur les signes cliniques et radiologiques. Il suffira de se souvenir que tout syndrome pulmonaire réalisant l'aspect d'une collection gazeuse, envahissant la presque totalité d'un hémithorax, présentant les caractères d'être chronique, intarissable et sans moignon pulmonaire visible, doit toujours faire conclure à kyste aérien congénital du poumon et non à pneumothorax.

D'autre part, si le kyste peut, en quelque sorte de lui-même et pour des raisons qui nous échappent encore, présenter spon-

tanément un potentiel évolutif rapide, comme dans l'observation rapportée avec M. Mignon et Mme Odier-Dolfus, on connait aujourd'hui une cause favorisant cette augmentation rapide du volume des cavités kystiques, à savoir l'infection des poches gazeuses.

A propos des kystes du poumon. — *M. Sayet* (de Barcelone) fait la synthèse des faits connus sur la synthèse des kystes pulmonaires.

Il insiste particulièrement sur trois grandes formes cliniques : la forme latente, la forme géante, la forme polykystique lobaire. Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 mars 1937

Résultat éloigné d'une luxation traumatique de la hanche, datant de deux mois et réduite par voie sanglante chez un enfant. — *M. Raphaël Massart* fait un rapport sur une observation de *M. Valentin Charry* (de Perpignan) illustrée d'un film où l'auteur montre le bon résultat obtenu deux ans après une opération qui lui a permis de remettre la tête en place.

Un cas de parotidite avec paralysie faciale. — *M. Pierre Le Gac.* — Il est classique que les parotidites peuvent se compliquer de paralysie faciale. Dans le cas observé, la paralysie fut complète. Elle régressa en trois mois après incision sous-angulo-maxillaire et contre-incisions mastoïdienne et cervicale, nécessitées par les fusées purulentes. La paralysie faciale ne s'observe qu'en cas de parotidite grave.

Un cas de diverticule sous-cardiaque de l'estomac. — *M. Pierre Le Gac.* — Cette affection congénitale (?) le plus souvent latente et méconnue, peut être, comme dans le cas observé, la cause de douleurs et de régurgitations dues à la stase diverticulaire et à la diverticulite. C'est une découverte radiographique : sur la radio de profil, l'image diverticulaire, de volume variable, a comme caractères essentiels son siège sous et rétro-cardiaque, sa poche à air, sa netteté, sa régularité. En cas de troubles fonctionnels, douleur et stase avec diverticulite, l'ablation paraît le seul traitement efficace.

A propos des fractures obstétricales. — *M. Roederer* présente trois cas de dysplasie periostale : deux de forme pré-natale, un de forme post-natale. Il n'a pu suivre que le premier enfant qui présentait une double fracture au tiers supérieur des fémurs, avec crosse très importante. Ces fractures se consolidèrent normalement et la crosse s'atténua légèrement, mais l'enfant, débile, mourut à la fin de la première année. Dans un autre cas pré-natal, il y avait de nombreuses fractures et anomalies des diaphyses et, nettement, des troubles surajoutés de l'ossification enchondrale. Dans le troisième cas, post-natal, on retrouve, d'ailleurs, cette participation enchondrale au niveau des épiphyses humérales supérieures ainsi que tibiales et péronières supérieures et inférieures. Dans ce cas, d'ailleurs, il y avait fracture à la partie moyenne des diaphyses de tous les os longs, à l'exception du tibia, mais cette diaphyse était le centre d'un fuseau périosté important. L'auteur se demande si, pour les autres os également, il n'y a pas eu d'apport périphérique préalable suivi de lyse centrale.

Cancer d'un rein posé en situation lombo-iliaque. — *M. Delivet* communique l'observation d'une malade atteinte d'un cancer du rein droit ptosé qui s'est manifesté par : hématuries, puis douleurs, enfin, grosseur dans le flanc droit ; amaigrissement rapide L'auteur a examiné la malade plus d'un an après ce début apparent ; grosse masse indolore, occupant la fosse iliaque droite et la région lombaire où elle présente le phénomène du ballottement rénal. Vessie normale à la cystoscopie. Urine : claires ; concentration uréique plus forte à droite, pas de microbes, phosphates dicalciques et urates amorphes en abondance. Radiographie : pas de calculs. Néphrectomie par incision lombaire, sans incident. Suites opératoires bonnes. Examen histologique : épithélioma rénal à cellules claires, à structure trobéculaire. L'auteur, dans les quinze dernières années, n'a pu retrouver que quatre observations publiées de cancer évoluant sur des reins en position anormale, dont trois sur des reins en ectopie pelvienne.

Résultats d'une néphrectomie pour cancer pratiquée il y a six ans par Victor Pauchet. — *M. G. Luquet* rapporte le cas d'une jeune fille opérée à 16 ans par Victor-Pauchet d'un cancer du rein à cellules claires, et qui, actuellement, soit six ans après l'opération, se trouve dans un état général parfait et ne présente aucun signe de récidive.

NOTES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Pelade grave et hyperthyroïdie

MM. Sézary et Delzant (*S. Fr. de Derm. et de Syph.*, 14 janvier 1937) ont rapporté l'observation d'un homme qui présenta à la fois une dépilation diffuse du cuir chevelu, de la face et du corps et une pelade en aires multiples.

Un traitement spécifique fut institué, mais échoua. Constatant chez leur malade une tachycardie marquée, du tremblement et de l'amaigrissement, les auteurs estimèrent qu'il y avait lieu de mettre en cause l'hyperthyroïdie. Le métabolisme basal était en effet augmenté de 44 pour 100. Un traitement iodé fut institué et amena en quelques mois une repousse presque totale.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'action favorable du traitement iodé. A signaler que dans un cas analogue, les auteurs ont obtenu une guérison complète par la radiothérapie du corps thyroïde.

Filaire du testicule dépistée par la radiographie

Il faut toujours penser à la filariose chez les sujets de race noire présentant des tuméfactions douloureuses des parties molles et recourir à la radiographie.

Celle-ci révélera la filaire à condition toutefois que sa cuticule soit suffisamment chargée de sels calcaires : dans le cas contraire, elle sera invisible.

M. Castay (*S. de Méd., Ch. et ph. de Toulouse*, janvier 1937) rapporte le fait suivant : Un tirailleur sénégalais est hospitalisé pour tuméfaction douloureuse du testicule. Le sujet est radiographié. Le cliché révéla la présence dans les bourses d'une longue filaire pelotonnée. L'intervention chirurgicale a permis d'enlever une filaire de Bancroft typique située dans le tissu cellulaire des bourses.

Un cas d'aphasie à la suite d'une injection intra-musculaire de bismuth

MM. F.-G. Marill et R. Raynaud ont rapporté à la Société de médecine d'Alger (22 janvier 1937) l'observation d'un malade qui, quelques minutes après une injection intra-fessière de bismuth, présenta un ictus suivi d'une aphasie, avec hémiplégie droite. Cet ictus s'est accompagné d'hémorragies diverses : hémoptysie, hématurie, hémorragie du vitré. Depuis deux ans, l'aphasie n'a que partiellement régressé. Au point de vue pathogénique, les auteurs s'arrêtent à la possibilité d'embolies médicamenteuses multiples qui, ayant franchi le filtre pulmonaire, ont provoqué entre autres, une oblitération de l'artère sylvienne.

Le test à la pilocarpine pour contrôler la guérison de la blennorragie

Voici la technique que préconise M. F. Champreneaud (*Ann. des maladies vénériennes*, novembre 1936) :

Le malade ne présentant plus de gonocoques dans sa sécrétion, continuer le traitement pendant au moins trois semaines, puis si l'on n'a pas retrouvé de gonocoques pendant ce laps de temps, associer la pilocarpine au traitement habituel de la façon suivante, et cela pendant huit jours :

Une fois par jour, une injection urétrale de 12 c. c. d'une solution de pilocarpine à 0,10 p. 200, ou 0,20 pour 200, que le malade garde pendant dix minutes : puis deux heures après, l'injection habituelle (nitrate, gonsulfon, etc.). Si au bout de ces huit jours, aucun gonocoque n'est apparu, on peut alors faire la provocation proprement dite :

Trois fois par jour, pendant quatre jours, une injection de 12 c. c. d'une même solution de pilocarpine que ci-dessus, gardée dix minutes.

Enfin, cesser toute intervention, et contrôler la sécrétion urétrale (s'il y en a une) chaque jour, durant au moins huit jours.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Tube digestif

Après injection à un malade de son propre suc gastrique stérilisé et neutralisé, il a été constaté :

1° Une diminution de la douleur chez les hypersécréteurs, que cette hypersécrétion s'accompagne ou non d'une lésion ulcéreuse apparente ;

2° Cette sédation de la douleur paraît marcher de pair avec une diminution de l'acidité évaluée en *acidité constante* par le procédé de double dilution ;

3° Ces phénomènes peuvent s'expliquer, comme l'a dit le Professeur Loeper, par une désensibilisation du sujet qui entraîne une diminution chlorhydrique et consécutivement une modification de l'élément douloureux ;

4° Néanmoins toutes les rémissions douloureuses et tous les abaissements de la teneur chlorhydrique constatés ne permettent pas d'en déduire la guérison anatomique d'une ulcération gastro-duodénale.

(Léon Meunier. De l'action du suc gastrique sur la sécrétion gastrique. *La Presse Médicale*, 20 février 1937.)

Diabète

L'insuline doit être administrée avec ménagement chez le vieillard. — Si le régime suffit à réaliser l'équilibre, la question ne se discute même pas. Si une poussée d'acidose rend le régime seul inopérant, on ne prescrira l'insuline qu'avec prudence, à doses fractionnées : on guettera les moindres signes d'hypoglycémie (en particulier chez le vieillard agitation, délire, insomnie) et à la moindre alerte, si l'état du malade le permet, on suspendra l'administration de l'hormone.

(M. Labbé et R. Boulin. Les accidents hémiplégiques au cours de l'insulinothérapie. *La Presse Médicale*, 13 février 1937.)

Syphilis

1° Une femme, soupçonnée d'avoir contaminé un homme, est mise en observation. — Elle ne présente, au début de l'observation, aucun signe clinique ni sérologique de syphilis.

Sous les yeux des observateurs apparaissent un ganglion inguinal dans lequel on trouve des tréponèmes, puis, 23 à 25 jours après, une roséole, sans qu'aucun chancre ait pu être décelé. Les réactions sérologiques apparaissent progressivement et atteignent la positivité forte, pour le Hecht 10 jours et, pour le Wassermann, 24 jours après l'apparition de l'adénite.

Il s'agit donc d'une syphilis sans chancre, d'une syphilis dite « décapitée ».

Peut-être doit-on invoquer, pour expliquer le mécanisme de cette évolution, les expériences de Gastinel, qui obtient des syphilis sans chancre en déposant, sans faire d'érosions, du matériel syphilitique convenablement dilué dans le vagin de la lapine.

Quoi qu'il en soit, les dates soigneusement étudiées permettent d'affirmer que la femme soupçonnée ne pouvait être contagieuse à la date désignée par le plaignant.

Cette observation montre une fois de plus avec quelle prudence il faut accueillir les plaintes en contamination, même quand elles sont faites de bonne foi. Dans une maladie dont l'incubation est si longue, il serait extrêmement difficile d'établir le délit de contamination.

(Clément Simon et J. Bralez. Adénopathie « primaire » avec présence de tréponèmes sans chancre d'inoculation. Accusation mal fondée de contamination. Problème nouveau pour les médecins du dispensaire de salubrité. Le *Bulletin Médical*, 20 février 1937.)

Clinique thérapeutique

Dans l'asthme le gardénal se montre efficace dans près de la moitié des cas. — Il constitue un traitement symptomatique fort utile, et dans certains cas bien supérieur à l'éphédrine. Il mérite d'être tenté non seulement dans l'asthme, mais dans certains équivalents tels que la trachéite spasmodique. Il semble particulièrement indiqué dans les crises d'asthmes nocturnes, la dose pouvant être plus facilement augmentée le soir.

Lorsque le malade le supporte, on doit lui faire prendre trois fois dans la journée 0,05 de gardénal. Mais cette dose n'est pas toujours bien tolérée, et elle est parfois insuffisante.

Enfin ce traitement doit toujours être tenté dans les asthmes graves, subintrants et rebelles aux autres thérapeutiques, à condition d'être administré à dose suffisante, au besoin par injection intramusculaire ou intraveineuse.

A cette condition, il peut donner des résultats aussi brillants et à beaucoup moins de frais que l'abcès de fixation.

(André Jacquelin, François Joly et Yves Bouvrain. Le gardénal dans le traitement de l'asthme. *Paris Médical*, 20 février 1937.)

Varia

La déclaration obligatoire de la tuberculose nous paraît aussi inefficace du point de vue de la prohpylaxie que du point de vue de la statistique. Le Sénat fort heureusement n'a pas ratifié le projet de loi voté par la Chambre et l'Académie par un vote récent, sur la proposition de M. Tanon, n'a pas classé la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire. « Il ne faut pas faire par les lois, a dit Montesquieu, ce que l'on peut faire par les mœurs. »

(G. Poix. Contre la déclaration obligatoire de la tuberculose. *La Presse Médicale*, 17 février 1937.)

* * *

Un système qui consiste à reprendre des pensions sous le prétexte qu'on en a trop donné, à en rendre sous le prétexte qu'on en a trop retiré, trouve sa condamnation dans la considération suivante : bien peu des pensions supprimées l'auraient été si l'on avait revu les infirmes plutôt que les dossiers parce que, face à face avec la misère des gens, on aurait eu peur de l'injustice.

Or l'expertise médico-légale doit se faire sur les hommes et non sur des papiers.

(Ch. Valentino. La question médico-légale des pensions abusives. *Paris Médical*, 20 février 1937.)

* * *

Avec les conceptions nouvelles sur les vitamines et les hormones, toute la question de l'alimentation demande à être revisée et nous devons considérer, avec scepticisme, les régimes sévères surtout s'ils sont longtemps continués et s'ils s'éloignent considérablement des habitudes alimentaires consacrées par l'expérience millénaire des peuples.

(P. Desfosses. Courte note sur les régimes et l'alimentation naturelle. *La Presse Médicale*, 2 septembre 1936.)

Echos et Glanures

Le traitement thermal de la goutte de la Renaissance au XVII[e] siècle. — *Dans un livre* (Doctrines thermales, Masson, édit.), *d'une lecture pleine d'attrait, en raison de l'élégance du style et de l'étendue de l'érudition de son auteur, M. Chabrol expose les doctrines thermales formulées au cours des siècles. Et voici ce qu'il dit de la goutte au temps de Montaigne, de Henri IV et du Roi-Soleil :*

La renaissance du thermalisme coïncida avec celle de la goutte durant la longue période de vie facile et de sensualité qui succéda aux guerres d'Italie. Loin de se heurter dans leur essor, la podagre et la thérapeutique hydrologique eurent beau jeu pour s'offrir sans contrôle un appui réciproque, en cette phase de décadence des doctrines médicales d'autant plus pénible pour la pensée d'Hippocrate que les lettres et les arts atteignaient alors leur apogée. Les alchimistes et les chimiâtres ne mirent d'ailleurs aucune entrave au développement des pratiques thermales. La goutte ayant pris place dans le domaine des « maladies tartaréennes », il fallait consumer le tartre par l'estomac, comme le feu consume le bois. L'eau de Saint-Moritz dans l'Engadine était souveraine à cet effet. Seul Paracelse fit quelques réserves concernant l'usage des bains au cours de la podagre : « Bien qu'ils conviennent logiquement aux maladies du tartre, ils sont nuisibles, écrivait-il, en raison des autres causes concomitantes et de circonstances particulières ». Cette vague restriction resta sans écho et, comme les grands cliniciens du XVI[e] siècle, Fernel, Mercado, Baillou songeaient bien plus à individualiser le rhumatisme, la goutte et l'arthritisme qu'à orienter leur traitement, la crénothérapie ne rencontra aucun obstacle de doctrine dans les premières années de la Renaissance.

Plus tard, Sennert fit quelques réserves. La dernière des douze questions que renferme l'annexe de son traité est intitulée : Les eaux thermales sont-elles utiles aux goutteux ? — « Beaucoup de médecins, y est-il dit, recommandent les eaux thermales aux goutteux, et beaucoup de malades s'y réfugient comme vers une arche sacrée dont ils espèrent le soulagement de toutes leurs douleurs et la fin de leur supplice. Pourtant l'expérience a souvent montré que quelques malades sont retombés, aux thermes mêmes, dans leurs accès et leurs souffrances, et que quelques-uns aussi se sont mal trouvés de l'usage des eaux. Les deux choses sont vraies ; les eaux thermales sont tantôt utiles, tantôt nuisibles aux goutteux ; aussi faut-il savoir que personne ne peut espérer retrouver une santé parfaite grâce à ces seules eaux. Ce qui est surtout utile, conclut Sennert, ce sont certaines boues thermales qui absorbent la matière adhérente aux parties et fortifient ces dernières... Quelques-uns condamnent les bains sous prétexte que leur humidité et leur chaleur attirent les humeurs vers les pieds ; il est facile d'éviter cet inconvénient, en faisant cuire dans l'eau du bain des plantes réchauffantes et desséchantes... Mais, par-dessus tout, la plupart des auteurs recommandent les eaux thermales, dont quelques-uns pourtant désapprouvent l'emploi. »

Quant à Sydenham, qui nous a légué en l'an 1685 la plus belle description de l'accès de goutte que l'on ait donnée, il laisse complètement dans l'ombre, sans la moindre allusion, l'intérêt du colchique et celui de la médication hydrologique.

Ce rapide aperçu des doctrines médicales de la goutte, durant la Renaissance et dans le cours du XVII[e] siècle, nous permet de comprendre la liberté d'action et les initiatives souvent contradictoires dont firent preuve les goutteux célèbres dans leurs pérégrinations thermales.

Le plus indépendant fut sans conteste Michel de Montaigne. Ce moraliste devait à son père la double qualité de goutteux et de graveleux, si bien qu'après avoir fréquenté sans résultat favorable la plupart des stations sulfureuses des Pyrénées, il n'hésita pas à quitter son logis pendant dix-sept mois, pour chercher la guérison à Plombières, à Bade, à Padoue, à Lucque, aux beings della Villa et dans bien d'autres stations italiennes.

Tout en se hâtant d'utiliser le remède si précieux des eaux, Montaigne s'est bien gardé de demander à des médecins la manière de l'administrer, et le secrétaire de son « journalier » est fier de nous apprendre que pendant la cure de Plombières « aucuns trouvaient estrange la façon de M. de Montaigne qui, sans médecine précédente, beuvait neuf verres qui revenaient

à un pot et les jours qu'il se beignoit n'arrestait au being qu'environ une heure. ».

Il nous a paru intéressant de rechercher dans le « journalier » du moraliste comment la goutte et la gravelle avaient accepté cette vie thermale aventureuse, qui se prolongea pendant un an et demi sans autres interruptions que de longues randonnées à cheval, de Bordeaux à Plombières et de Plombières à Rome.

La réponse est instructive. Montaigne a presque quotidiennement jalonné son itinéraire par une expulsion abondante de pierres, que pourraient lui envier les contes de Perrault. « Des coliques très grièves », des hématuries l'ont accompagné sur sa route ; les étourdissements, les migraines ne lui ont pas manqué au sortir de ses bains ; mais c'est en vain que l'on recherche dans le *Journal* du voyage en Italie le moindre signe permettant de diagnostiquer une attaque de goutte. Bien qu'Hippocrate ait fait de la podagre l'apanage des Scythes, « parce que ce sont des cavaliers », nous dit-il, il n'est question que de la gravelle dans les tribulations équestres du moraliste. L'élimination urinaire de ses calculs retarda, semble-t-il, l'éclosion de sa goutte articulaire.

Nous pourrions consacrer tout un chapitre aux V. E. M. de de l'histoire, en accompagnant dans les villes d'eaux de leur époque les Médicis et les Bourbons podagres. Sans rechercher avec Cabanès si leur généalogie goutteuse remonte à Laurent le Magnifique, reconnaissons que le bon roi Henri IV fut fort avisé le jour où il conduisit aux eaux sa seconde épouse, Marie de Médicis, « dont le naturel lui avait semblé terriblement robuste et fort ». Malheureusement, si la fréquentation de Pouges contribua à perpétuer la dynastie des Bourbons, elle ne parvint nullement à ébranler leur dynastie goutteuse. Ce ne fut pas exclusivement la faute de Marie de Médicis. Henri IV aimait la table et la bonne chère, « pour s'égayer l'esprit » disait-il, si bien qu'en 1602 et 1603, la podagre lui rendit par deux fois visite. C'est à cette époque que « le grand Henri, de glorieuse mémoire, prit plaisir et contentement » à se plonger dans le bain vraiment royal d'Aix-en-Savoie. Ces eaux chaudes, chantées en 1623 par de Cabias, avaient des vertus merveilleuses « pour remettre en modération la goutte et la sciatique, le plus grand tiran et bourreau qui ait oncques eté... Par leur douce tépédité », elles devaient « esteindre fureur et malice ».

Hélas, la cure d'Henri IV, à Aix, avait été trop tardive pour que la destinée de son fils Louis XII s'en trouvât modifiée. En 1629, le nouveau roi eut son premier accès de goutte et trois ans plus tard, une seconde crise accompagnée d'hémorroïdes. On l'envoie sans retard aux eaux de Forges et pendant son traitement, il sacrifie à la gravelle en rendant un calcul. La podagre n'en continue pas moins ses tourments, en 1634 et 1638, l'année même de la naissance du Dauphin.

« Doué d'un robuste appétit et jouissant de tous les attributs d'une santé magnifique », le Roi-Soleil ne fit aucun effort thermal pour écarter l'héritage de son père. S'il envoya Mme de Montespan aux eaux, il négligea de fréquenter les deux Bourbons, Vichy et Forges qui se partageaient les faveurs de ses courtisans podagres. Lorsque le premier accès de goutte le réveilla dans la nuit du 3 mars 1682, il avait alors 44 ans, le roi se contenta sur le conseil de d'Aquin » de bassiner deux fois seulement la région douloureuse avec de l'eau marinée tiède, marcha peu et se donna du repos durant quelques jours, et le vingtième du mois, la rougeur et la tumeur étant entièrement dissipées, il se trouva guéri et se porta très bien. »

A partir de 1692, Fagon eut fort à faire pour calmer et prévenir les crises douloureuses qui se multipliaient : le régime draconien, les saignées répétées, les emmaillottements nocturnes destinés à provoquer des sudations abondantes, toutes ces prescriptions firent négliger la thérapeutique hydrologique, jusqu'au jour où ému par la persistance de sa fistule anale, bien plus que par les manifestations de son tempérament graveleux, Louis XIV finit par céder aux instances de Mme de Maintenon et se laissa conduire en grande pompe à Barèges.

Les misères physiques du Grand Roi avaient une origine trop manifeste pour que Fénelon ne cherchât pas à redresser dès le jeune âge, l'hérédité des ducs de Bourgogne. Il leur imposa une hygiène nouvelle, hardie pour son époque, puisque suivant le mot d'un contemporain : « les petits-fils du roi furent élevés comme s'ils devaient un jour devenir des athlètes ». Malheureusement, ce retour aux mœurs antiques, inspiré des meilleurs enseignements de Platon et d'Hippocrate, ne peut avoir son retentissement jusqu'au règne de Louis XV et de ses descendants goutteux. Les cures de Plombières et de Vichy ne parvinrent qu'à grand peine à sauvegarder la trop belle santé des filles de France et leur frère le duc de Provence ne monta sur le trône que pour s'immobiliser, perclus sous les coups de la bi-lithiase et de la podagre, malgré les eaux d'Enghien du baron Alibert.

Nombre d'anecdotes thermales pourraient encore illustrer le mal aristocratique de la goutte dont les dynasties des Bourbons et des Médicis ont fourni maints exemples. Nous ne chercherons pas à le suivre avec les Condé, les Turenne, les Rohan, les La Rochefoucauld, toutes familles de goutteux, dans les stations du centre ou des Pyrénées qui connurent leurs faveurs ; ce serait pour assister une fois de plus à la déchéance complète des doctrines médicales durant toute la durée des temps modernes.

« Mon oncle à qui on avait ordonné quinze pilules est mort à la troisième ; eh ! mon Dieu, qu'eût-ce été s'il eût pris les quinze ? » VOLTAIRE (*Le Sottisier*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 17 — 24 AVRIL 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — 26 avril. RIOU : Contribution de l'étude de la dissociation gastro-colique. — M. MANDEL : Etude sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux par les injections de la pepsine.

27 avril. M. COULOMBEIX : Diagnostic et traitement des polypes intracavitaires de l'utérus. — M. LAMY : Les beurres de crèmes maturées au point de vue hygiène.

28 avril. M. SAULAY : Contribution à l'étude des accidents dystosiques secondaires à des applications caustiques au niveau du col utérin. — M. ASSADOLA ZAHET : Traitement de la paralysie du deltoïde par l'arthrodèse de l'épaule. — M. TARDIVEAU : Etat actuel de la question de la protection contre les rayons X et l'électricité en radio-diagnostic.

1er mai. M. JACOB : Sur cent cas de troubles digestifs du nourrisson traités par la transfusion sanguine. — M. SOMMER-HOUDEVILLE : A propos d'un cas d'agranulocytose infantile. — M. WILLOT : Les résultats éloignés de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce. — M. RADULESCO : Lésions osseuses au cours du mal perforant d'origine diabétique.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Edouard PEYRE, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 16 leçons, commencera le lundi 10 mai 1937, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties ;

1° Un exposé théorique et technique ;
2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES. — 1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologique, les états anémiques simples. — 3. Le sang sec ; globules blancs et formule leucocytaire. — 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. 9. Hémo-agglutinations(groupes sanguins). Les méthodes de transfusion. Les états hémorragiques, par M. BENDA, médecin des hôpitaux. — 10. Réactions de fixation (Bordet-Wassermann). Le principe. — 11. Réactions de fixation (Bordet-Wassermann). Les dosages. — 12 et 13. Réactions de fixation (Bordet-Wassermann). Les méthodes. — 14. Les méthodes de floculation, par M. le Docteur TARGOWLA, ancien chef de clinique. — 15. Cytologie des épanchements des séreuses, du liquide céphalo-rachidien. (Réactions biologiques), par M. le Docteur TARGOWLA. — 16. Quelques mesures physiques du sang (pH. Cryoscopie, viscosité, etc.), par M. SANNIE, agrégé.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Cours de médecine scolaire et d'éducation physique. Enseignement spécial en vue de la préparation aux fonctions de médecin-inspecteur des Ecoles sous la direction de MM. L. TANON, et P. CHAILLEY-BERT.

Ce cours comprend :

1° Des leçons théoriques à la Faculté de médecine ;
2° Des séances d'instruction avec démonstrations, à l'Institut d'éducation physique ;
3° Des stages hospitaliers dans divers hôpitaux ;
4° Des visites dans des établissements scolaires.

Le cours commencera le 22 avril à 18 heures au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et continuera tous les jours, sauf le samedi, au laboratoire d'hygiène.

Il sera terminé fin juin par un examen qui portera sur les matières traitées et qui donnera droit à un certificat universitaire.

Hygiène générale : La protection de la santé de l'enfant et l'Inspection médicale des écoles. — Epidémiologie et prophylaxie des maladies scolaires, vaccinations, évictions scolaires. — Hygiène de l'habitation de l'enfant. Hygiène des grandes villes, hkgiène rurale.

Hygiène sociale : L'enfant dans le milieu familial. Hérédité et les facteurs éducatifs. Notions générales de service social. Législation et déontologie.

Pédagogie psychologique : L'éducation traditionnelle et les méthodes nouvelles d'éducation.

Education physique : Bases scientifiques de l'Education physique. Les grandes méthodes d'éducation physique. Education physique des déficients et des anormaux.

Enseignement pratique de l'éducation physique : Leçons d'éducation physique. Examens d'enfants, contrôle de l'éducation physique.

L'école et l'écolier : Bâtiments scolaires. Ecoles de plein air, colonies de vacances. Examen physique de l'écolier. Biotypologie. Orientation psychique et professionnelle. Alimentation et repos de l'écolier.

STAGES HOSPITALIERS : Propédeutique. Maladies de l'enfant d'âge scolaire. Maladies contagieuses. Tuberculose infantile. Scolioses. Cyphoses. Boîteries. Affections des voies respiratoires supérieures. Maladies de la peau. Maladies des yeux.

Le cours sera ouvert aux docteurs en médecine et aux étudiants pourvus de 18 inscriptions.

Droit à verser : 25 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

S'adresser, pour renseignements, au Laboratoire d'hygiène de la Faculté, et Institut d'éducation physique, 1, rue Lacretelle.

Enseignement dans les Facultés de pharmacie.— L'examen d'agrégation des Facultés de pharmacie est supprimé.

Pour être pourvu d'un enseignement régulier dans les Facultés de pharmacie, il faut justifier de l'une des conditions suivantes :

Etre titulaire du grade de pharmacien supérieur.
Etre titulaire du grade de pharmacien et du grade de docteur ès-sciences physiques ou naturelles.

Avoir été institué agrégé dans la section de pharmacie d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Quelques cas de dérogations sont prévus (*Journal officiel* du 6 avril 1937.)

Afin de pourvoir dans les Facultés de pharmacie aux emplois réguliers d'enseignements, à l'exception des nominations de professeurs titulaires, il est établi une liste d'aptitude.

Les agrégés et agrégés libres des sections de pharmacie des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie y sont inscrits d'office.

Maîtres de conférences de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris. — L'enseignement magistral est donné à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris par des professeurs titulaires et par des maîtres de conférences.

Les maîtres de conférences de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ont le même statut que les maîtres de conférences des Facultés des sciences et des lettres de l'Université de Paris.

Ils peuvent être nommés professeurs sans chaire dans les mêmes conditions que ces derniers.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. les professeurs C. Sigalas (physique médicale et pharmaceutique), Sabrazès (anatomie pathologique et microscopie clinique) et Bégouin (clinique chirurgicale) sont admis à la retraite (décret du 21 mars 1937). Cessation des fonctions le 30 septembre 1937.

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Conférences pratiques.* — Le lundi 3 mai et les lundis suivants, à 11 heures, au service central d'électro-radiologie, une conférence pratique, avec présentation de malades, sera faite, sur les sujets suivants :

Lundi 3 mai, M. Aubourg : Colibacillose : Formes cliniques, améliorations notables par un traitement d'ozone. — Lundi 10 mai, M. Surmont : Technique et résultats pratiques de l'examen radiologique du duodénum. — Lundi 17 mai, M. Le Go : Troubles trophiques, en particulier l'œdème et l'atrophie musculaire au cours de l'immobilisation des fractures, traitement préventif par applications de courants exponentiels de basse fréquence, dès la mise en place de l'appareillage. — Lundi 24 mai, M. Aubourg : Parasitose intestinale : résultats cliniques des traitements d'ozone. — Lundi 31 mai : M. Surmont : Technique et résultats de l'examen radiologique de l'aorte. — Lundi 7 juin, M. Le Go : Les brûlures par l'électricité : traitement immédiat par les courants exponentiels de basse fréquence. — Lundi 14 juin, M. May : Technique de l'établissement d'un endocrinagramme à l'aide du spectro-réductomètre. Résultats pratiques dans le diagnostic des troubles des glandes endocrines. — Lundi 21 juin, M. Deille : Nouvelle méthode de radiodiagnostic : la sériescopie dans l'étude topographique et la localisation précise des lésions en profondeur.

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants et médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants Touranjon, du 405e de défense contre aéronefs, à l'hosp. mixte d'Angoulême ; Streissel, de l'hosp. mixte du Mans, à l'hosp. mixte de Verdun ; Sarrelabout, de l'hosp. mixte d'Angoulême, à l'hosp. mixte du Mans ; Manhes, du 109e d'art., au centre de réf. de Tours.

Les médecins capitaines : Sayer, du centre de réf. de Marseille, au 59e d'art. ; Billiet, du centre de réf. de Lyon, au centre de réf. de Rouen ; Vadella, du centre de réf. de Tours, au centre de réf. de Marseille ; Guilleman, du rég. de sapeurs-pompiers, au 405e de défense contre aéronefs ; Thoulon, du 29e dragons, au 3e génie ; Long, du 72e bat. alpin de fort, au rég. de sapeurs-pompiers.

Les médecins-lieutenants : Simon, du 6e d'art., au 72e bat. alpin de fort. ; Fromaget, de l'hôp. Desgenettes, Lyon, au 6e d'art.

Concours de médecin sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines. — L'article 3 du décret du 19 août relatif à ce concours est modifié ainsi qu'il suit :

Les épreuves du concours comprendront :

1° Une composition sur un sujet de pathologie générale (coefficient 2) ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale (coefficient 3) ;

3° Une interrogation sur une question de chirurgie d'urgence (coefficient 1) ;

4° Une interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales (coefficient 1) ;

5° Examen par le jury des titres et travaux scientifiques, ainsi que du dossier militaire du candidat (coefficient 1).

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté du 6 avril 1937, un concours pour vingt emplois, au minimum, de médecins du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser à la direction de l'hygiène et de l'assistance (1er bureau) une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au mercredi 5 mai 1937 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

En l'honneur de Desgenettes. — La Société historique de l'Orne commémorera, le 27 juin, à Alençon, le centième anniversaire de la mort de Desgenettes. A cette occasion, une plaque sera apposée sur le pavillon militaire de l'Hôtel-Dieu.

Premières journées internationales de pathologie et d'organisation du travail. — Ces journées se tiendront à Paris du 1er au 6 juin 1937 sous la présidence du Professeur V. Balthazard.

Le Comité réunit les noms de MM. les Professeurs : Etienne Martin, Duvoir, Brindeau, Heim de Balzac, Falzac, Fabre, Kohn-Abrest, Laugier, Leclerq, Piedelièvre, Tanon, etc.

Les Commissaires pour l'étranger déjà connus sont : MM. les Professeurs Baader (Berlin), Bronner (Moscou), Carrozzi (B. I. T.), Berka (Brno), etc...

La cotisation des membres titulaires est de 100 francs français donnant droit aux publications, manifestations artistiques, fêtes, visites d'usine et excursion.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juin.

Les grands réseaux de chemin de fer français accordent aux congressistes des réductions.

Le programme définitif sera édité vers le 10 mai et sera envoyé gratuitement à toute personne qui en fera la demande au Docteur G. Hausser, secrétaire général, Institut médico-légal, place Mazas, Paris (12e).

Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne. — Le nouveau bureau est composé de la façon suivante : président, Docteur Buizard ; vice-président, Docteur Planson ; secrétaire général, Docteur Masmonteil ; secrétaire général adjoint, Docteur Dore ; trésorier, Docteur Dufourmentel.

Les autres membres du Conseil d'administration sont : MM. les Docteurs Briault, Burty, Hautefort, Luquet, Sejournet, Sénéchal, Trèves.

Pour les adhésions et les renseignements, s'adresser : Docteur Masmonteil, maison de Santé du Landy, 21 *bis*, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine).

150e Anniversaire de la naissance de J.-E. Purkyne. — Le ministère de l'Instruction publique et de la culture nationale a confié à la Société Purkyné l'organisation de la célébration nationale et internationale du 150e anniversaire de la naissance de J. E. Purkyné. Avec la Société collaborent, invitées par elle, toutes les corporations scientifiques.

Les solennités seront inaugurées par la proclamation de l'année de Purkyné et par un cycle jubilaire de conférences sur J. E. Purkyné dans le cadre de l'extension universitaire à Prague, Brno et Bratislava. Les cérémonies principales auront lieu du 24 au 28 septembre 1937.

Le programme consiste en conférences, expositions de souvenirs de J. E. Purkyné au Palais Municipal de Prague et au Musée national ; une excursion à Libochovice et Roudnice sera organisée dans le cadre des fêtes.

Le Comité organisera des représentations théâtrales, des concerts, des réceptions, etc...

Une réduction sur les prix des chemins de fer est prévue ; pour les participants qui en feront la demande, on retiendra des chambres dans les hôtels.

Le Comité prie tous ceux qui voudraient prendre part à la

célébration, de s'inscrire avant le premier mai 1937, auprès du Docteur Jarmila Psotnickova, Praha-Prague II., 32, Katerinska. Tchécoslovaquie CSR.

Vacances de Pentecote sur la Côte d'Azur. — Le XIe Voyage médical international de printemps, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, se déroulera de Hyères à Menton pendant les fêtes de Pentecôte.

Prière de demander, dès à présent, le programme détaillé et les conditions du voyage, au Secrétariat de la Société médicale du Littoral méditerranéen, 24, rue Verdi à Nice.

Hommage au Docteur Abadie (d'Oran). — Un Comité, sous la présidence du Docteur Achard (d'A-Temouchent), s'est constitué pour offrir au Docteur Abadie (d'Oran), membre correspondant de l'Académie de médecine, une médaille à l'occasion de la mise à la retraite de chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Oran.

La médaille a été confiée au sculpteur De Herain.

Le montant de la souscription est de 100 francs.

Chaque souscripteur recevra une réduction en bronze de son œuvre.

Prière d'envoyer les souscriptions à M. le Docteur Pallarès, 32, rue d'Alsace-Lorraine à Oran (compte chèque postal Alger 38-31). La souscription sera close le 15 juin 1937.

NÉCROLOGIE

Le Médecin Général Saint-Paul. — Nous apprenons avec une infinie tristesse, que ressentiront aussi les lecteurs de ce journal, la mort de notre collaborateur et ami, le médecin général Saint-Paul. Il était parti, comme à l'accoutumée aux périodes de vacances, pour sa propriété de Rassay. C'est là qu'il a succombé.

Né le 17 avril 1870, à Montigny-les-Metz, dans ce pays lorrain dont il voulut marquer toujours l'empreinte qu'il en avait reçue, en adoptant pour ses écrits littéraires le pseudonyme d'Espé de Metz, G. Saint-Paul avait été un des premiers élèves de l'École de Santé de Lyon. Admis dans le laboratoire du Professeur Lacassagne, il y prit le goût des études psychologiques et sa thèse sur le *Langage intérieur et les paraphasies* — rééditée depuis — fut le premier de ces nombreux ouvrages philosophiques, sociologiques qui assurent à G. Espé de Metz une place dans l'histoire de la pensée.

En 1914, G. Saint-Paul, qui était alors attaché à la Section technique et aurait pu être affecté à quelque grand Etat-Major, partit dès le début aux armées. Il y resta jusqu'à la fin des hostilités, fut blessé trois fois, ne consentant jamais à être évacué. Et ceux qui l'ont connu à cette époque conservent le souvenir du chef toujours insoucieux du danger, aussi bienveillant pour ses inférieurs qu'indépendant vis-à-vis ses supérieurs.

Directeur du Service de santé du 30e Corps pendant l'occupation rhénane, le médecin général Saint-Paul passa ensuite à la direction du 20e Corps à Nancy. Quand sonna pour lui l'heure de la retraite, il l'accepta avec la résignation des sages. Son activité trouvait d'ailleurs à s'exercer dans de multiples domaines de l'esprit. Mais elle fut surtout consacrée à défendre son idée du *Lieu de Genève*. Articles, livres, conférences, aussi bien à l'étranger qu'en France, tout fut mis en œuvre par G. Saint-Paul pour faire triompher une œuvre humanitaire qui est maintenant en voie de réalisation et fera, dans les siècles à venir, le nom de son promoteur aussi glorieux que celui de Dunant.

Sans souci des honneurs qui étaient venus à lui sans qu'il les eût recherchés, ignorant tout ce qui n'était pas droiture et simplicité, heureux des seules joies de l'étude et de la famille, fidèle à un idéal, G. Saint-Paul fut un grand esprit et un noble cœur.

Ceux que l'émotion étreint en pensant à sa disparition si rapide et qui l'aimaient pour ses exquises qualités, garderont son souvenir. — G.

TRAVAUX ORIGINAUX

La symptomatologie de l'hépatite ictérigène maligne primitive[1]

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et A. VARAY

Dans nos observations, l'hépatite ictérigène **primitive** a rarement pour premier signe l'*ictère*. Elle demande quelques jours d'incubation. Elle débute dans 84 % des cas par toute une série de signes avant-coureurs dont l'allure est assez banale.

D'abord des nausées, des coliques, quelquefois un état d'asthénie impressionnant. Dans la moitié des cas environ des douleurs hépatiques tellement violentes qu'elles font penser aux coliques hépatiques et justifient l'intervention. Le volume du foie est d'abord accru, mais il semble qu'il diminue rapidement ensuite, au moins dans la majorité des cas.

Tel le cas de M. Umber, de M. Bergstrand et le nôtre même.

A l'asthénie se joignent souvent la somnolence et quelques réactions nerveuses quand apparaît l'ictère. Cet ictère n'est pas très prononcé, mais il s'accentue au cours de l'affection, puis il diminue et même peut disparaître complètement à la période terminale.

Les selles sont décolorées, parfois de façon intermittente et passagère, rarement totalement et continuellement.

L'urobiline est très fréquente dans l'urine, surtout quand les selles sont encore un peu colorées.

Dans le liquide duodénal, on trouve souvent des leucocytes et de la bile, comme s'il y avait une inflammation assez accentuée du parenchyme hépatique.

Les sels biliaires existent dans les urines et dans le sang, mais en général en faible proportion ; à la fin de la maladie, ils disparaissent.

Le prurit est rare ; le ralentissement du pouls est peu prononcé et inconstant. Il existe entre le pouls et la température, surtout à la période terminale, une certaine dissociation. Certains auteurs lui attribuent une grande importance pronostique. Il n'y a, à notre sens, rien là de très spécifique puisqu'on le peut constater dans beaucoup d'autres maladies.

Les signes d'insuffisance hépatique sont moins accentués qu'on ne le suppose : la lévulosurie alimentaire — que M. Bergstrand pratique plus volontiers que la galactosurie — n'est positive que dans deux tiers des cas. L'épreuve de la galactosurie est inconstante bien que souvent assez marquée.

L'aminoacidémie est assez élevée ; l'aminoacidurie peut atteindre 20 milligrammes. Le coefficient azoturique est, en général, diminué et le coefficient de Maillard accru. Dans bien des cas on a cherché (Umber, Bersgtrand) — et nous avons cherché nous-mêmes — à caractériser la leucine, la tyrosine dans les urines et en vain. Nous avons trouvé pourtant quelques milligrammes d'*histamine* et de *tyramine* dans le sérum et d'assez fortes proportions dans les urines.

Et ces deux bases aminées ont peut-être leur part dans la production de certains accidents œdémateux ou vasculaires. Le taux de l'urée du sang est abaissé, le cholestérol également, et aussi le sucre. Ce sont choses assez banales.

Quelques observations signalent l'augmentation du volume de la rate. Dans bien des cas, non dans tous, la rate est très grosse. La splénomégalie existe six fois sur dix environ. Parfois, on a pu dire qu'elle était « colossale ». Le poids de la rate à l'autopsie a pu atteindre en effet 250, 300, quelquefois 5, 600, même 800 grammes.

Dans les cas aigus, les autopsies ne révèlent guère d'*ascite*. Dans les cas subaigus, elles la signalent, au contraire 7 fois sur 31 cas. Cette ascite n'est pas due seulement à la lésion intrahépatique, mais parfois à la thrombose de la veine porte (3 cas). Chez un malade étudié par M. Bergstrand, l'ascite est abondante, le foie moucheté de taches jaunes pesait 900 grammes et était effondré en plusieurs places : le tronc de la veine-porte était complètement oblitéré ainsi que la branche interne gauche par un gros caillot qui se prolongeait jusqu'à la veine splénique qui, elle, pourtant n'était pas thrombosée. La rate pesait ici 400 grammes.

L'ascite est parfois accompagnée d'œdème rétropéritonéal. L'*œdème* d'ailleurs n'est pas exceptionnel et son intéret est grand dans cette variété d'affection hépatique. Dans trois observations de Bergstrand l'œdème de la peau, des muscles a été constaté. Il est localisé souvent aux membres inférieurs, mais peut se présenter aussi aux paupières, à la face. Il faudrait rechercher l'œdème systématiquement chez ces malades et même doser à l'autopsie l'eau contenue dans les tissus pour voir s'il n'y a pas une hydratation anormale, histologique, sinon visible.

Cet œdème est signalé par les auteurs dans trois cas sur trente et il ne paraît pas autonome ; il survient ici avec une certain degré de néphrite ; là avec une très grosse ascite ; là encore avec un souffle cardiaque dont la responsabilité peut être discutée. On peut se demander si l'œdème ne dépend pas de la maladie surajoutée plus que de la lésion hépatique. Mais on le constate aussi chez des malades indemnes de toute autre lésion que leur lésion hépatique et nous avons la conviction que nous avons affirmée ailleurs : qu'il *dépend bien des lésions cellulaires du foie et des produits qu'elles laissent en liberté* (1).

L'état hémorragique est signalé dans presque toutes les observations, mais pas à la période initiale. Il vient tard et seulement à la période terminale.

Le temps de saignement est alors accru, le temps de coagulation ralenti. La rétractilité du caillot est généralement diminuée. La quantité de fibrinogène faible. Les auteurs classiques d'ailleurs considèrent la diminution du fibrinogène comme un signe d'insuffisance hépatique et M. Lian est revenu dernièrement sur ce point à la Société médicale des hôpitaux.

La réaction de Wassermann est fréquemment positive même quand on ne constate pas de syphilis et certaines statistiques donnent 17 cas positifs sur 57.

Le sang présente quelquefois une anémie vraiment très grande, et nous relevons les chiffres suivants : 2.500.000, 3.000.000. Mais il peut y avoir polyglobulie : et 6 et même 6.400.000 globules rouges. L'anémie représente 4, 5 des cas, la polyglobulie seulement 1, 5. Nous ne savons quelle est la signification de la polyglobulie sur laquelle Umber a insisté. Quant à l'anémie, elle est hypochrome ; les hématies y sont pauvres en hémoglobine et la valeur globulaire est, en général, diminuée. La leucocytose est inconstante : dans certains cas, elle atteint 10-15.000; dans d'autres elle est abaissée et il y a leucopénie. La faible leucocytose représente peut-être un élément de diagnostic avec les infections aiguës du foie, angiocholitiques ou suppurées qui pourraient être confondues avec l'hépatite ictérigène maligne autonome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous en arrivons à l'anatomie pathologique. Nous nous bornerons aux quelques points essentiels et caractéristiques :

Dans la grande majorité des cas, le foie apparaît de petit volume : il ne dépasse pas.

5 à 600 gr.	dans	5 cas	sur 50.
6 à 800 gr.	»	22 cas	» »
800 à 1.000 gr.	»	19 cas	» »

Les poids de 1.100, 1.300, 1.500, 1.800 grammes sont rares.

Il faut tenir compte évidemment ici de l'existence de lésions antérieures. L'hépatite primitive fait une atrophie à peu près constante. L'hépatite secondaire sera soumise à la lésion cirrhotique antérieure. Certains foies résistent à l'atrophie parce qu'ils sont cirrhotiques, durs, et déjà volumineux. Nous y reviendrons.

L'aspect est, en général le suivant : alternance de coloration jaune et rouge ; rouge parce qu'il y a des zones congestives ; jaune parce qu'il y a de la graisse : mais surtout inégal, bosselé, plus ou moins plissé, présentant des dépressions en cratère, de véritables *effondrements*. Parfois, un lobe prend l'apparence d'une languette alors que l'autre est démesurément développé. Le foie est plus effondré dans l'hépatite aiguë ou subaiguë. Il est plus plissé, ridé, dans les hépatites plus durables.

Quelle que soit l'altération du foie, on reconnaît au moins en certains points l'orifice de la veine sus-hépatique et l'espace porte.

Mais la reconnaissance n'est pas toujours facile.

La partie la plus touchée du lobule est la partie centrale qui, assez lésée, fait souvent une tache claire sur le parenchyme

(1) Voir : M. LOEPER, A. LEMAIRE et A. VARAY : Quelques observations d'hépatite ictérigène maligne, *Progrès médical*, 17 avril 1937.

(1) M. LOEPER. — Soc. méd. des Hôpitaux, juillet 1936, et M. LOEPER et SIGUIER, *Paris Médical*, novembre 1936.

hépatique. Elle tranche avec les zones foncées normales : c'est aussi là que se fait l'effondrement lobulaire, que les cellules disparaissent, les unes isolées, les autres confondues dans un processus très étendu de désintégration. Par endroits, on voit quelques protoplasmas flous sans noyau ou des noyaux en karyolyse. Il y a des cellules résistantes qui s'hypertrophient et seront, si la maladie s'arrête, des éléments de régénération. Dans certains lobules effondrés, on ne voit plus que la trame conjonctive avec lacunes semées de débris protoplasmiques et de grains de chromatine à peine reconnaissables.

La graisse est, en général, peu abondante en ces zones de mortification, mais elle s'accumule vers la zone portale ou dans la zone intermédiaire à la partie centrale et à la partie périphérique.

Telle est la description synthétique de la forme aiguë, celle qui dure de dix à quinze jours.

Dans les formes plus prolongées, moins fréquentes certes, et qui peuvent atteindre trois mois, six mois et plus, et même 240 et 300 jours, le tissu fibreux apparaît d'abord jeune, un peu œdémateux et tendre, comme disent les Américains. Les cellules de Kupfer réagissent. Les fibrilles conjonctives s'amassent au centre du lobule pour former un îlot arrondi ; les îlots peuvent être réunis par des tractus en forme d'anneaux comme dans la cirrhose de Laënnec. Ils peuvent être plus rares, les trabécules sont alors sectionnés, dissociés comme dans les cirrhoses morcelantes.

Il faut se méfier de confondre dans une même maladie homogène tous les cas d'hépatite ictérigène où l'autopsie révèle une cirrhose de Laënnec ou une cirrhose pénicillée. Certains de ces cas appartiennent à des cirrhoses authentiques qu'un processus aigu ictérigène est venu terminer brutalement.

Nous reviendrons plus loin sur la nécessité de séparer les hépatites ictérigènes primitives des hépatites chroniques compliquées de processus aigu, et de ne pas considérer des cirrhoses de Laënnec absolument typiques compliquées d'atrophie jaune aiguë comme des hépatites ictérigènes à évolution cirrhotique conséquence de celle-ci. Il est difficile parfois d'établir une distinction, très difficile d'affirmer ou de nier l'autonomie. Mais à ne pas étudier, surveiller ces cas très attentivement, on risque d'élargir outre mesure le domaine de l'atrophie jaune et des hépatites fibreuses qui en sont la conséquence, et cela aux dépens d'hépatites chroniques incontestables et dont l'origine n'est pas autre que celle depuis longtemps connue.

Évolution

Nous résumerons l'*évolution* de la maladie, qui se fait en trois phases bien délimitées.

La première est la *période d'incubation*. Elle peut être longue et marquée par les troubles les plus variés : gastro-intestinaux, diarrhée, coliques, vomissements, anorexie et, avec une fréquence vraiment très grande, douleurs articulaires aiguës ou un état fébrile discret que l'on étiquette grippe, faute de mieux.

L'incubation dure dix à quinze jours, quelquefois plus. Les auteurs allemands prétendent même qu'elle se peut prolonger des années : certains sujets seraient fatigués, déprimés, dyspeptiques, diarrhéiques, légèrement pyrétiques de bien longs mois avant d'entrer franchement dans la maladie. Il apparaît un peu excessif de considérer des symptômes si banaux, si lointains, si aisément supportés comme partie intégrante de la maladie. Ils nous paraissent jouer plutôt le rôle de cause favorisante ou prédisposante. Ils peuvent faciliter la pénétration du virus. Ils ne sont peut-être pas dus au virus lui-même.

La deuxième phase est la *période d'invasion*. Le sujet n'est pas encore ictérique : il accuse encore de la diarrhée des coliques, mais aussi de l'amaigrissement. Cette phase dure cinq ou quinze jours, mais rarement plus, et l'ictère apparaît enfin, s'installe d'emblée ou progressivement, avec recrudescence d'ailleurs, non pas des signes digestifs, mais de la fatigue et de l'asthénie. L'ictère dure trente à quarante jours, parfois plus.

Du jour où elle est ictérique, la maladie évolue en une seule tenue, l'ictère persiste tel quel ou s'accentue, souvent il s'atténue à la fin de la maladie et peut même disparaître complètement aux approches de la mort.

Dans certaines formes, l'évolution est interrompue par des accalmies durables, extrêmement curieuses et décevantes qui ont été signalées par la plupart des auteurs. La maladie est en quelque sorte morcelée. Il est difficile de savoir si l'on doit qualifier ces reprises, de recrudescence, car la guérison est apparente, de reviviscences, car le silence est prolongé, ou de rechutes, ce dernier terme impliquant une guérison complète qui est assez improbable.

Voici le schéma de certaines observations : période d'invasion de 110 à 120 jours, période d'ictère de 60 jours ; guérison de 20 jours ; reprise de l'ictère pendant 50 jours ; guérison 20 jours encore, puis de nouveau ictère pendant trois semaines et mort.

Cette forme intermittente, morcelée, à rechutes, n'est pas moins dangereuse que les autres. Les périodes de silence sont trompeuses et ménagent de tristes lendemains.

La durée de la maladie classique est de 30 à 70 jours. Elle peut être prolongée. Dans les statistiques que nous avons relevées depuis l'ictère jusqu'à la mort, les détails sont d'une assez grande variabilité : parfois de 19, 25, 30 jours seulement, parfois de 4 mois et même de 10 et 12 mois.

Quelle que soit sa forme, brève, prolongée, à rechutes, cette maladie est fort grave et ne donne guère que 7 à 8 % de guérisons. Dans les différents livres publiés à ce sujet par les auteurs allemands et suédois, nous ne comptons que 9 cas de guérisons : 2 appartiennent à M. Bergstrand, 3 à M. Lepehne, 1 à M. Herxheimer, 1 à M. Umber, 2 à MM. Huber et Kausch.

Les guérisons sont rarement spontanées, plus souvent secondaires à l'intervention chirurgicale. Des erreurs de diagnostic, calcul de la vésicule biliaire ou du canal cholédoque, néoplasme du pancréas, ont armé le chirurgien. L'opération est blanche puisqu'on constate une atrophie jaune ; quelquefois on draine et on referme. Il est difficile d'affirmer que le malade n'eût pas guéri sans intervention ni qu'il ait guéri par l'intervention. On peut admettre néanmoins que l'opération exerce parfois une action favorable.

Nous rappellerons le cas de Huber et Kausch qui est bien significatif :

« Une femme de 44 ans se plaint depuis à six semaines de douleurs abdominales, de troubles digestifs ; elle n'a pas de fièvre ; un fort ictère apparaît ; la vésicule paraît grosse et résistante. Comme on relève dans son passé quelques vagues douleurs, on pense à une colique hépatique, on espère qu'il s'agit d'un calcul inclus dans la vésicule et on fait une laparotomie. On trouve une vésicule absolument normale, un peu grosse, mais libre de toute adhérence et perméable. Le foie déformé est un foie typique, d'atrophie jaune aiguë, on y voit des zones effondrées. On fait une biopsie : au microscope, on y reconnaît la nécrose centrolobulaire contrastant avec l'intégrité des espaces portes : mais un épaississement de la capsule ; des éléments leucocytaires, de la graisse dans la région intermédiaire. En un mot, tous les signes d'atrophie jaune. Après l'opération, la température monte au point de faire craindre pour la vie de la malade, puis redescend et, cette malade sort guérie au bout d'un mois. »

Il est impossible d'établir entre la gravité de la maladie et sa durée un rapport quelconque ; il est des cas mortels qui ont duré peu, d'autres longtemps : il est des cas de guérison dans les formes lentes comme dans les formes rapides.

Le pronostic ne semble pas non plus en rapport avec le caractère continu ou intermittent de la maladie.

Quelques observations d'hépatite à courbe interrompue certes, ont guéri, mais la plupart se sont terminées par la mort. La même proportion existe pour les formes continues.

Certaines hépatites se prolongent pendant des mois et prennent d'elles-mêmes une allure chronique.

Sans doute la durée de la maladie et sa forme même dépendent de la nature du virus ou de son activité. Les destructions rapides comme les organisations fibreuses doivent tenir à l'activité du virus et à la résistance du sujet.

Peut-être, ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut la diversité des aspects cliniques et anatomiques tient-elle à une différence de virus ? les formes brèves ou prolongées aussi bien que les lésions insulaires ou pénicillées ne reconnaissent-elles point le même virus ou le même microbe ? Ce sont choses que l'avenir pourra démontrer.

Étiologie

Certains points de cette étiologie méritent d'être fixés. Ils ne manquent point d'intérêt et nous donnent quelques aperçus sur les voies de pénétration, sur les causes favorisantes, le climat et l'époque à laquelle apparaît la maladie, mais ils nous laissent malheureusement tout à fait ignorants de la cause véritable.

L'hépatite ictérigène grave se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme : 72 cas féminins, contre 28 masculins sur les 110 observations que nous avons pu relever. Notre petite statistique personnelle donne moitié des cas à la femme, moitié à l'homme.

C'est de 35 à 50 ans qu'elle se montre le plus fréquemment. On cite cependant un cas à 50 ans, deux cas à 70 ans. Avant 15 ans, elle est exceptionnelle.

Le climat et le pays ont leur importance : la Suède, les Etats de la Baltique et l'Allemagne sont beaucoup plus touchés que la France.

Les villes fournissent un plus grand nombre de cas que les campagnes, 66 cas pour 31.

Les époques les plus favorables sont principalement les mois de juin et de juillet. La courbe donnée par les auteurs est d'une netteté frappante. Elle s'élève durant deux mois, s'abaisse en septembre et remonte en octobre ; elle reste basse pendant la période d'hiver jusqu'au milieu du printemps.

Un fait curieux, dont les travaux publiés montrent bien l'importance, est la *coexistence des ictères catarrhaux avec l'ictère grave.* Presque toujours les courbes des deux épidémies sont exactement superposables. Une statistique donne 14 cas d'ictère catarrhal pour 4 cas d'ictère grave, une autre, 82 cas d'ictère catarrhal pour 22, une troisième 10 pour 15 cas. En un mot, c'est au même moment, à la même période, dans le même milieu, dans une même ville, que l'une et l'autre maladie s'accroissent parallèlement.

Cette constatation prouve qu'il existe très probablement entre les deux maladies un rapport très intime : peut-être l'une n'est-elle même que l'exagération de l'autre.

Autre fait intéressant, les ictères du salvarsan que nous ne considérons plus comme toxiques, ni comme syphilitiques, mais comme des ictères greffés sur une intoxication, s'élèvent parallèlement à l'ictère grave et à l'ictère catarrhal. Les auteurs qui ont fait ces statistiques, à Stockholm et en Amérique, aussi bien dans l'armée que dans la marine, ont vu la courbe des ictères du salvarsan s'élever avec celle des ictères graves et des ictères catarrhaux. La preuve est donc faite que le salvarsan peut favoriser l'apparition de l'ictère, mais ne peut guère le créer à lui seul.

Beaucoup de maladies prédisposent à l'hépatite ictérigène : la syphilis d'abord et la paratyphoïde, puis le catarrhe gastrique, les troubles intestinaux, l'entérocolite, les coliques hépatiques, l'appendicite, toute une série d'intoxications par l'or et le bismuth, enfin des polyarthrites sur lesquelles on a beaucoup insisté et qui sont bien voisines du rhumatisme articulaire aigu. Y a-t-il parenté des deux virus ? Il faut signaler aussi que des ictères antérieurs ont parfois précédé de 3 à 6 ans, l'atrophie jaune. Première phase du processus ou prédisposition ? La question se pose toujours, mais la réponse est difficile.

Voici ce que donne une statistique de Bergstrand, 22 fois antécédents dyspeptiques, 9 fois rhumatismes, 8 fois infections banales.

A ces causes prédisposantes ou favorisantes, on voudrait pouvoir ajouter la cause vraie de l'affection. Nous l'ignorons encore absolument.

L'origine toxique a été défendue. Elle a paru pendant longtemps la plus vraisemblable puisque certaines atrophies jaunes sont survenues à la suite d'absorption d'or, d'arsenobenzol d'atophan. Mais étant donnés le caractère permanent de la réaction hépatique et la variabilité des produits médicamenteux, on peut se demander si le toxique ne joue pas un rôle seulement prédisposant ; l'atophan comme le thiosulfate d'or, l'arsenobenzol comme d'autres médicaments, feraient le lit de la maladie ; mais cette maladie garde sa personnalité et son autonomie. Nous *dirons même sa spécificité.* D'ailleurs n'administre-t-on pas l'arsénobenzol à tout moment, à toute époque, et ne constate-t-on pas de l'ictère grave ou catarrhal seulement à certaines périodes. Nous avons vu nous-même bien souvent des épidémies d'ictère entre les mois d'avril et juillet chez des syphilitiques traités ou non traités aussi bien que chez des gens sains. La notion d'épidémie est capitale. Elle signe la maladie.

Les recherches microbiennes n'ont pas été très poussées. Les observations où la bactériologie fut soigneusement étudiée sont peu nombreuses, celles où la culture fut positive, peu probantes. Peut-être le streptocoque viridans, voire l'hémolytique, mais cet hémolytique et ce viridans ont été retrouvés une fois dans la bile et dans l'intestin, mais pas dans le sang. C'est insuffisant.

Les auteurs allemands, à la suite d'Eppinger, ne s'arrêtent d'ailleurs pas au microbe, mais au toxique et au toxique né dans l'organisme même. Les recherches d'Eppinger tendraient à incriminer l'histamine ou une amine voisine. Umber accuse une sorte de ferment qui, devenu « sauvage », détruirait les cellules hépatiques. Il voit la preuve de son existence dans l'amélioration quasi spécifique que peuvent produire le sucre et l'insuline. Cette hypothèse ne nous convainct pas d'autant qu'une intervention chirurgicale a été pratiquée en même temps que le sucre et l'insuline ont été administrés. Et l'on ne peut attribuer la guérison à l'un plus qu'à l'autre.

Nous en sommes donc réduits à des hypothèses. Mais, comme pour l'ictère catarrhal, l'existence d'un virus spécifique est bien probable, d'un virus qui apparaît à certaines périodes, plus qu'à d'autres, dans certains états pathologiques et chez certains prédisposés. Ce virus est parent de celui de l'ictère catarrhal et les lésions de l'un et de l'autre accusent l'analogie de la cause qui les détermine. Pourtant certaines réactions scléreuses, insulaires ou pénicillées sont peut-être l'indice de virus distincts dont l'avenir démontrera peut-être l'existence.

***

Le traitement consiste dans l'administration du sucre : sérum glucosé par voie rectale, sucre par voie buccale, injections sous-cutanées et même intraveineuses de solution isotonique de glucose.

L'insuline à la dose de 20 unités deux fois par jour est un moyen thérapeutique puissant. Elle n'a que peu d'action dans les cirrhoses constituées ; elle mérite quelques éloges dans les hépatites en évolution. Certaines améliorations superficielles et passagères, il est vrai, se sont produites sous l'influence de ce médicament.

Les extraits de foie doivent être donnés à haute dose et avec moins de parcimonie qu'on ne les donne habituellement, 20, 50, 100 grammes de poudre de foie, et non 1 à 2 grammes. La voie sous-cutanée est préférable à la voie buccale.

Quant à l'intervention chirurgicale qui fut souvent la conséquence d'une erreur de diagnostic, elle paraît avoir joué quelquefois un role utile. Il est certain que le drainage des canaux hépatiques peut réussir ailleurs que dans les oblitérations des canaux, on ne compte plus les hépatites qui ont pu en tirer profit. Le résultat est ici certes moins évident. Mais, comme la maladie est mortelle dans 94 à 95 % des cas, il suffit que l'intervention ait pu sauver un malade pour qu'elle apparaisse absolument légitime, sinon nécessaire.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les troubles visuels d'origine hypophysaire

Par M. le Professeur **F. TERRIEN** (1)

Avant de commencer la leçon d'aujourd'hui je désire vous montrer ce malade, très instructif, qui vient nous consulter parce qu'il voit double. D'ordinaire, la diplopie est un symptôme à rechercher ; assez rarement elle est accusée par le sujet, témoignant alors d'une paralysie accentuée d'un muscle moteur de l'œil. En regardant les yeux de notre malade on constate que l'œil gauche est un peu dévié en dedans. Si nous lui demandons de suivre le doigt déplacé latéralement devant lui on voit que l'œil gauche demeure immobile et le malade voit double quand le doigt se trouve dans la moitié gauche du champ visuel. Demandons lui de chercher à toucher avec les mains les deux images en le priant de désigner l'image vue par l'œil correspondant avec la main du même côté. Dans ce mouvement ses deux bras sont sensiblement parallèles, il s'agit donc d'une *diplopie homonyme*, l'image fausse se trouve du côté de l'œil paralysé. La diplopie apparaît lorsque l'objet fixé se trouve dans la moitié gauche du champ visuel : l'œil gauche ne dépasse pas la ligne médiane et l'image vient se faire sur cet œil en dedans de la fovea, sur la moitié droite de la rétine ; dans ce cas, c'est le *muscle droit externe* gauche qui est paralysé.

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 15 janvier 1937 et résumée par Madame le Docteur Rodzevitch.

Lors de *diplopie croisée*, l'image vue par l'œil paralysé est reportée du côté sain. Aussi pour nous montrer les deux images les deux bras vont se croiser. Dans ce cas il s'agit de la paralysie d'un *muscle droit interne*.

En ne tenant compte, en effet que des mouvements d'abduction et d'adduction, les muscles de l'œil peuvent être divisés en deux groupes : le droit externe, le petit oblique et le grand oblique sont abducteurs ; le droit interne, le droit supérieur et le droit inférieur sont adducteurs. Toute diplopie homonyme résulte de la paralysie d'un abducteur ; toute diplopie croisée dépend de la paralysie d'un adducteur. En règle, l'image fausse, c'est-à-dire vue par l'œil paralysé, est toujours déviée du côté où agit le muscle paralysé, à droite si le muscle porte l'œil à droite, à gauche si le muscle porte l'œil à gauche. Comment reconnaître le muscle paralysé ? Chez ce malade il s'agit d'une diplopie homonyme, l'image fausse est située dans la moitié gauche du champ visuel, elle se trouve sur la même ligne que l'image vraie, vue par l'œil sain. Il s'agit donc d'une paralysie du droit externe gauche. Le petit oblique est abducteur et élévateur : lors de la paralysie de ce muscle la diplopie est homonyme mais l'image fausse apparaît plus haute que l'image vraie.

Le grand oblique gauche, étant à la fois abducteur et abaisseur, sa paralysie donne une diplopie homonyme avec image fausse plus basse. Ayant déterminé le muscle paralysé nous saurons en même temps quel est le nerf atteint. Nous pourrons alors, nous basant sur les signes associés définir parfois le siège de la lésion qui se trouve soit sur le trajet du nerf, soit sur les noyaux d'origine. Dans notre cas nous nous trouvons en présence d'une paralysie du nerf moteur oculaire externe et le siège de la lésion est probablement périphérique.

Si en effet nous recherchons les causes de cette paralysie nous voyons qu'il s'agit d'un sujet ayant dépassé la cinquantaine, dont le pouls est dur, bondissant, la tension artérielle est de 20-13 millimètres. L'interrogatoire nous a appris que le malade urine abondamment, toutes les deux ou trois heures le jour et la nuit, qu'il a continuellement soif. Il vient d'arriver à l'instant et nous n'avons pu encore faire un examen complet. Mais d'après tous ces signes nous avons le droit de penser que cette paralysie oculaire reconnaît une origine diabétique, d'autant plus qu'elle a été précédée de douleurs névralgiques très vives et mon maître Dieulafoy insistait sur la fréquence des phénomènes névralgiques dans le diabète, se manifestant avant l'apparition de la diplopie.

Les troubles visuels, vous le savez, sont très fréquents au cours du diabète : parfois même, dans les formes légères de l'affection ils sont les premiers en date et c'est l'ophtalmologiste qui pose le diagnostic. C'est le cas de notre malade qui vient nous consulter pour sa diplopie. En l'examinant nous constatons une paralysie du muscle droit externe gauche et les signes généraux associés nous permettent de dépister l'origine de cette paralysie.

Je vais vous présenter maintenant ces deux malades qui illustrent le sujet de ma leçon d'aujourd'hui : leurs troubles visuels et leur histoire clinique sont complètement superposables.

Observation I. — Le premier malade, âgé de 69 ans, est venu nous consulter la première fois en novembre 1936 pour des troubles visuels progressifs apparus depuis quatre ou cinq ans. L'examen a montré que toute la moitié temporale du champ visuel gauche avait disparu, l'acuité visuelle étant réduite à un dixième tandis que celle de l'œil droit était encore de cinq dixièmes. Mais le champ temporal est ainsi très diminué.

L'aspect était particulier : la tête était augmentée de volume, il y avait hypertrophie des extrémités, le thorax était développé exagérement. Ce dernier signe a attiré l'attention en premier lieu car le malade avait été reformé pour insuffisance thoracique. Actuellement vous pouvez constater une acromégalie typique : la face est élargie, le menton est proéminent, les lèvres sont épaisses, la langue est énorme, le crâne est volumineux dans son ensemble, et la saillie de l'occiput surplombe très anormalement les parties sous-jacentes. Les extrémités des membres sont hypertrophiées : les doigts sont très élargis, les mains paraissent énormes ; on note les mêmes déformations du côté des orteils.

La radiographie de la tête nous montre un élargissement considérable de la selle turcique, avec disparition des clinoïdes, augmentation en hauteur et en profondeur des sinus frontaux qui font saillie en avant sous la forme d'un espace clair sus-orbitaire. L'examen ophtalmologique montre une hemianopsie temporale totale de l'œil gauche et un rétrecissement en secteur du champ visuel temporal droit avec conservation d'une acuité visuelle presque normale. Ce malade présente des céphalées et une asthénie considérable, signes associés typiques de l'acromégalie. On n'a pas trouvé de glycosurie, ni de glycémie ; l'urée sanguine est de 30 centigrammes ; par conséquent elle n'est pas augmentée. Le malade a été soumis durant six semaines à un traitement par la radiothérapie profonde : il affirme que depuis il se sent mieux quant à la fatigue générale.

Observation II. — Notre second malade est âgé de 58 ans : il est venu consulter dans un service de médecine générale parce qu'il s'est aperçu de changement de volume de ses extrémités : il était obligé de porter des chaussures de plus en plus grandes. A l'inspection on constate des signes d'acromégalie, moins accusés cependant que chez le premier malade. Il a une cataracte complète de l'œil gauche et l'acuité visuelle n'est que de 3/10 à droite avec champ visuel irrégulièrement rétréci concentriquement. Peut-être le développement de cette cataracte a-t-il été favorisée par des troubles endocriniens. En outre, on trouve 40 grammes de sucre par litre d'urine et une glycémie de 2 gr. 27. L'épreuve radiographique nous montre des altérations sensiblement identiques à celles du premier malade : la selle turcique est très étendue et les sinus frontaux sont augmentés de volume.

Nos deux malades présentent donc tous les deux, avec quelques différences de détail, une acromégalie tout-à-fait caractéristique.

Aspect clinique. — L'acromégalie a été décrite, vous le savez, par Pierre Marie en 1886 et il en donnait la définition suivante : « l'acromégalie est une hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique, hypertrophie des os des extrémités, des os du crâne et du maxillaire inférieur. » L'affection débute d'une façon insidieuse, il serait difficile d'en préciser l'apparition et la durée exacte. L'accroissement des os de la face, du crâne et des extrémités se fait progressivement ; souvent le malade le remarque lui-même, contraint de changer le numéro de chapeau, de chaussures et de gants. A un stade avancé, comme vous avez pu le voir sur nos deux malades, le développement exagéré des extrémités des membres et de la tête est évident : les mains et les pieds sont énormes et le facies est très caractérisque : volumineux et épaté, menton proéminent, lèvres épaisses, surtout l'inférieure, macroglossie. Le prognatisme du maxillaire inférieur peut géner considérablement la mastication, les dents sont très écartées. Chez certains acromégaliques il y a une augmentation considérable du volume des vertèbres, accompagnée de déformations de la colonne vertébrale. Il est assez rare d'observer l'hypertrophie du thorax, fait rencontré chez notre premier malade. Lorsqu'on examine le dos des acromégaliques on peut constater de lacyphose et de la scoliose. Souvent il existe aussi du diabète et des troubles psychiques.

Les troubles visuels dans l'acromégalie sont constants et précoces et souvent ce sont eux qui attirent l'attention et obligent le malade à consulter. Aussi, bien souvent c'est l'ophtalmologiste qui le premier pose le diagnostic.

Car l'acromégalie, comme l'a montré Pierre Marie, est due à des troubles hypophysaires et l'apparition des troubles visuels est expliquée par le voisinage du chiasma et des bandelettes. L'hypophyse se trouve à la base du crâne et est logée dans la selle turcique, celle-ci située dans l'os sphénoïdal et limitée en avant et en arrière par les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. La glande pituitaire pèse 50 centigrammes à l'état normal : hypertrophiée elle peut atteindre 3, 4 grammes et jusqu'à 30. Son volume, normalement de la dimension d'une petite noisette, peut atteindre la dimension d'un œuf de pigeon. Cette hypophyse, glande maitresse, la plus importante des glandes endocriniennes, comprend deux lobes, très différents quant à leur volume, leur structure et leur développement embryonnaire. L'antérieur, de beaucoup le plus volumineux, est glandulaire, provenant embryologiquement du canal cranio-pharyngien, diverticule connu sous le nom de poche de Rathke. Le lobe postérieur, plus petit,

constitué par du tissu nerveux, dérive du cerveau et s'unit à ce dernier par la tige pituitaire se continuant avec le plancher du troisième ventricule.

L'acromégalie est presque toujours la conséquence d'une tumeur bénigne du lobe antérieur de l'hypophyse, d'un adénome. Son développement détermine des troubles de la sécrétion hypophysaire d'une part, et d'autre part, une usure de la selle turcique qui s'élargit ; l'hypophyse hypertrophiée peut provoquer une compression plus ou moins marquée du chiasma. Cliniquement nous aurons donc des troubles mécaniques et des troubles secrétoires, ces derniers se traduisant par l'apparition de l'acromégalie et les premiers par des troubles visuels. Tandis que Pierre Marie rapportait l'acromégalie à une absence de sécrétion hypophysaire, les expériences sur les animaux ont montré qu'il s'agissait d'une exagération de la sécrétion glandulaire, d'un hyperfonctionnement : la croissance s'arrête après ablation de l'hypophyse.

Aussi lorsque le trouble apparaît chez l'enfant, dont le développement n'est pas terminé et les cartilages de conjugaison non encore soudés, on constate un acroissement considérable de la taille qui peut atteindre 2 mètres et davantage. Il y a *gigantisme*. Si au contraire l'altération hypophysaire survient après la puberté et la soudure des cartilages de conjugaison, il y a seulement hypertrophie partielle des extrémités et du crâne ; c'est l'acromégalie. Gigantisme et acromégalie ne seraient donc que deux aspects cliniques de la même maladie, suivant qu'elle se manifeste chez des sujets très jeunes ou chez des adultes. Ces deux variétés cliniques sont la conséquence d'un adénome hypophysaire déterminant l'hyperfonctionnement de la partie glandulaire de l'hypophyse.

La lésion du lobe postérieur se révèle cliniquement par le *syndrome adiposo-génital*, décrit par Babinski et Fröhlich. Il se rencontre chez les enfants et chez les sujets jeunes, caractérisé, son nom l'indique, par deux symptômes principaux : l'obésité et les troubles génitaux. Il y a une hypertrophie considérable du tissu graisseux, à la surface et à la profondeur de l'organisme, et le poids est très augmenté. L'appareil génital est peu développé et il y a des signes évidents d'infantilisme.

A côté de ces deux symptômes capitaux, il n'est pas rare de noter dans le syndrome de Babinski-Fröhlich de la glycosurie et de la polyurie, conséquence d'une lésion de l'infundibulum et du plancher du quatrième ventricule. Car il existe là un certain nombre de noyaux agissant sur le mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme et leur lésion, même superficielle, provoque non seulement de la polyurie, temporaire ou permanente, mais aussi de la glycosurie.

D'ordinaire, on ne trouve pas d'altérations osseuses chez des sujets atteints du syndrome adiposo-génital. Mais lorsqu'il se manifeste chez de très jeunes enfants, la croissance est compromise, ces malades ne se développent pas et seront des nains. Ceux qui l'année dernière ont eu l'occasion de voir l'exposition de Bruxelles ont pu constater, au pavillon des nains certains d'entre eux, âgés de 50 ans ne dépasser pas la taille d'un enfant de cinq à six ans. Cet arrêt de croissance était vraisemblablement dû à une insuffisance hypophysaire apparue de très bonne heure.

Lorsque l'insuffisance survient après la puberté et chez le sujet adulte, il y a développement de l'obésité et atrophie des organes génitaux : chez l'homme l'impuissance apparaît, chez la femme les règles deviennent irrégulières et finalement cessent complètement.

Ainsi, vous le voyez, les troubles hypophysaires donnent lieu à des manifestations cliniques différentes suivant qu'il s'agit d'une lésion du lobe glandulaire ou du lobe nerveux : dans le premier cas, nous observons l'acromégalie ou le gigantisme, dans le second, le syndrome adiposo-génital ou le nanisme. Dans les deux les malades présentent des troubles visuels souvent très précoces permettant le diagnostic de leur origine.

Troubles visuels du syndrome hypophysaire. — Ils sont caractérisés par un rétrécissement du champ visuel s'observant toujours au cours d'une hypertrophie de l'hypophyse. Les rapports anatomiques entre l'hypophyse et la région environnante d'une part, le chiasma et les bandelettes de l'autre part en donnent la raison. Ces troubles sont dus à la compression des voies optiques par l'hypophyse hypertrophiée. Le chiasma repose sur la gouttière du sphénoïde ; il est en rapport en arrière avec l'hypophyse, en bas avec le sinus sphénoïdal et des deux côtés avec les sinus caverneux et les organes qui les traversent. Les hypertrophies même légères de l'hypophyse retentissent immédiatement sur le chiasma en le comprimant. L'adénome du lobe antérieur, type le plus fréquent des tumeurs de cette région, en se développant refoule le chiasma vers la base de l'infundibulum. Cette compression pourrait à la rigueur n'entraîner aucun trouble, car le cerveau, couché sur le chiasma et éminemment plastique n'exercerait aucune compression. Mais le refoulement est empêché par l'artère communicante antérieure qui repose sur le chiasma et constitue une barrière rigide sur laquelle il vient s'écraser, comme en témoigne le sillon observé parfois à sa surface.

Les troubles visuels résultant de cette compression du chiasma par l'hypophyse hypertrophiée intéressent en premier lieu le champ visuel, on le comprend. On constate un rétrécissement de forme hémianopsique.

L'hémianopsie désigne, vous le savez, la suppression simultanée de toute une moitié du champ visuel des deux côtés et on en distingue deux grands types : homonyme et hétéronyme. Dans la première, il y a absence de perception dans les deux moitiés latérales correspondantes, nasale d'un côté, temporale de l'autre. L'hémianopsie homonyme est due à une lésion ou à une compression siégeant en un point quelconque des voies optiques *en arrière du chiasma*, depuis la bandelette jusqu'à l'écorce du côté opposé de l'hémianopsie. La bandelette optique est constituée par le faisceau direct ou temporal, par le faisceau croisé ou nasal, celui-ci s'entre-croisant complètement dans le chiasma avec le faisceau nasal opposé, et par le faisceau maculaire, dont les fibres viennent de la macula. Une lésion siégeant en arrière du chiasma entraînera donc une hémianopsie homonyme.

L'hémianopsie hétéronyme est caractérisée par la disparition des deux moitiés asymétriques des champs visuels, c'est-à-dire des champs visuels du même nom. Bitemporale ou binasale, elle est due toujours à une compression ou à une lésion chiasmatique. Une lésion en ce point, où s'entre-croisent les fibres nasales des deux rétines, entraînant une suppression fonctionnelle de celles-ci se traduira cliniquement par une hémianopsie hétéronyme bitemporale. L'hémianopsie binasale est due à une lésion des angles externes du chiasma : on ne l'observe qu'exceptionnellement. Dans l'hémianopsie bitemporale il s'agit d'une lésion ou d'une compression de l'angle antérieur ou postérieur du chiasma et cette variété, on le comprend est toujours assez irrégulière, contrairement à l'hémianopsie homonyme.

A vrai dire on ne peut guère parler d'hémianopsie car les rétrécissements des champs visuels ne sont pas symétriques : la compression peut n'intéresser qu'une partie des fibres optiques et la délimitation entre les parties voyante et aveugle du champ visuel est moins nette. Il est rare que la ligne de démarcation suive exactement le méridien vertical. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'une hémianopsie véritable. Le terme mérite cependant d'être conservé car il suggère l'idée d'une lésion intéressant simultanément un faisceau de chacun des nerfs optiques.

Concluons qu'une tumeur de l'hypophyse déterminera presque toujours un rétrécissement hémianopsique, total ou partiel, du champ visuel . au début, les troubles portent souvent sur la vision des couleurs. Quant à la nature de la tumeur hypophysaire il s'agit le plus souvent d'un adénome.

On peut se demander comment s'effectue la compression du chiasma par l'hypophyse hypertrophiée, car le cerveau est très plastique ? Je vous ai déjà indiqué le rôle de l'artère communicante antérieure qui empêche le refoulement du chiasma et détermine sa compression.

Les tumeurs cérébrales se traduisent presque toujours par

◆◆

la présence de l'hypertension intracranienne et du côté oculaire par de la stase papillaire ; par contre celle-ci est rare avec les tumeurs de l'hypophyse, car c'est une tumeur intracranienne d'après sa localisation mais non point cérébrale. La tumeur hypophysaire se trouve hors du cerveau et ne peut provoquer une dilatation ventriculaire : d'où la rareté de l'hypertension intracranienne, et de la stase papillaire.

Ainsi une tumeur hypophysaire comporte trois modalités de troubles visuels : modifications du champ visuel sous forme d'hémianopsie, pas toujours très nette ; diminution de l'acuité visuelle et altérations de la papille.

Les troubles hémianopsiques sont les plus fréquents et les plus précoces. A ce stade le fond de l'œil est normal. Si le sujet présente une diminution de l'acuité, on constate parfois une légère décoloration de la papille.

Tous ces troubles visuels sont accompagnés des symptômes généraux typiques relatés au début de cette leçon. Enfin la tumeur étant intra-sellaire, occasionne, en se développant, un élargissement de la selle turcique, révélée par l'examen radiologique.

A côté des adénomes hypophysaires, avec leurs symptômes acromégaliques, certaines productions de cette région peuvent déterminer des troubles visuels semblables mais sans altération de la selle turcique en raison de leur localisation suprasellaire. Ce sont les méningiomes supra-sellaires et les tumeurs congénitales, parfois aussi les cranio-pharyngiomes ou tumeurs de la poche de Rathke.

Le méningiome supra-sellaire se développe aux dépens du tubercule de la selle turcique : en augmentant de volume, il refoule et comprime le chaisma, d'où rétrécissement hémianopsique du champ visuel.

Une tumeur congénitale de la poche de Rathke due au trouble du développement du lobe antérieur de l'hypophyse, donne lieu aux mêmes troubles visuels.

Ces tumeurs s'observent de préférence chez l'enfant et chez les sujets jeunes. Elles sont caractérisées radiologiquement par la présence de taches de calcification au-dessus d'une selle turcique peu altérée ou normale. Le volume de ces calcifications est très variable ; parfois, ce sont de petites taches disséminées, dans d'autres cas, on voit une énorme masse pouvant atteindre les dimensions d'une balle de tennis. Leur siège supra-sellaire peut toujours être défini par la radiographie stéréoscopique. Ces taches de calcification sont présentes dans la grande majorité des cas. Dans une observation personnelle, rapportée avec M. J. Charamis, chez une femme d'ailleurs d'un certain âge, elles étaient des plus nettes (1).

L'anévrysme de la carotide interne, qui traverse le sinus caverneux et se trouve en rapport avec le côté latéral du chiasma, peut aussi le comprimer et provoquer l'apparition de symptômes visuels.

Il est très important de diagnostiquer autant qu'on le peut, la nature de la tumeur qui a déterminé la compression du chiasma et l'apparition des troubles visuels car le traitement varie beaucoup avec sa nature.

TRAITEMENT. — En son absence les troubles évolueront nécessairement vers la cécité, du fait de l'atrophie optique, quelle que soit la nature de la tumeur qui a comprimé les voies optiques. Mais le traitement sera très différent suivant qu'il s'agit d'un adénome hypophysaire, de tumeurs de la poche de Rathke ou de méningiomes.

Ces deux dernières variétés ressortent uniquement au traitement chirurgical car elles ne sont pas radiosensibles.

L'opération comporte de grandes difficultés techniques et aura d'autant plus de chances de réussite qu'elle aura été pratiquée de bonne heure. MM. de Martel et Clovis Vincent ont considérablement amélioré les procédés opératoires et obtenu des résultats remarquables ; mais l'intervention demeure néanmoins extrêmement dangereuse.

Le diagnostic de ces deux variétés comporte bien souvent de très grandes difficultés : lors de méningiome les signes hypophysaires sont souvent absents, la glande étant à peine touchée. En principe, en cas de doute il faut toujours faire un traitement d'épreuve par la radiothérapie, qui donne de très bons résultats dans l'adénome hypophysaire.

Celui-ci, en effet, contrairement au cranio-pharyngiome et au méningiome, est très radio-sensible et la radiothérapie appliquée *de bonne heure* amène une amélioration très manifeste : le champ visuel augmente, l'acuité remonte et les céphalées disparaissent. M. Béclère qui, un des premiers a préconisé son emploi dans ces adénomes en a bien précisé la technique : on doit appliquer des rayons très pénétrants en utilisant les portes d'entrée multiples des régions temporale et frontale. Déjà en 1916 nous avions rapporté dans les Archives d'ophtalmologie onze observations de troubles visuels d'origine hypophysaire nettement améliorés par cette technique (1).

Aussi, en présence d'un adénome hypophysaire on ne peut recourir au traitement chirurgical qu'en cas d'insuccès de la radiothérapie. Les résultats en sont surtout excellents au début. On lui a reproché de gêner plus tard l'intervention. Mais en présence de la gravité de cette dernière et des résultats parfois excellents obtenus avec les rayons, on doit tout d'abord y recourir, à condition de se montrer très prudent et d'en suspendre l'application au moindre signe d'aggravation. Dans ces conditions, le pronostic de l'adénome tout en demeurant cependant très grave, se montre plus favorable que celui du cranio-pharyngiome et du méningiome.

En cas d'insuccès de la radiothérapie, ou pour ces deux dernières variétés, il faut recourir au traitement chirurgical. La voie d'accès sur l'hypophyse la meilleure est la voie frontale. Après incision cutanée on taille un large volet dans l'os frontal ; celui-ci est sectionné et la dure-mère, prudemment incisée sur le rebord de la petite aile du sphénoïde, laisse écouler le liquide céphalo-rachidien, permettant la réclinaison du lobe frontal et donnant accès sur la tumeur. Son ablation est pratiquée au moyen du bistouri électrique qui permet d'éviter les hémorragies, le grand danger de l'intervention. Dans les cas favorables on arrive à enlever la tumeur et à conserver à la fois la vision, si le nerf optique n'est pas encore trop atrophié, et la vie.

Chez notre premier malade six séances de radiothérapie, ont amené la disparition des céphalées mais n'ont aucunement influencé les troubles visuels. L'adénome remontant chez lui à plus de 20 ans et le sujet étant très âgé, nous ne pouvons songer à une intervention ; aussi le pronostic demeure-t-il très réservé.

(1) F. TERRIEN et J. CHARAMIS. — Les tumeurs de la poche de Rathke. (*Arch. d'ophtalm.* 1390 p. 337).

(1) F. TERRIEN. Le traitement par les rayons X des troubles visuels d'origine hypophysaire. *Arch. d'Ophtalm.* 1916 p. 286.

« Dans la lutte contre la pléthore, on a proposé une limitation, un numerus clausus, un concours d'entrée. On a peint suffisamment compris, nous semble-t-il, qu'avec de telles mesures à l'entrée, ces mesures analogues doivent être prises à la sortie des facultés. Il faut réglementer les postes, les limiter, adapter, les médecins admis au nombre des places disponibles. La médecine devient une administration sous la sujétion de l'Etat, organisé dans sa forme actuelle. On oriente davantage notre profession vers l'étatisation et la fonctionnarisation. En considérant que les mêmes qui réclament la limitation sont les mêmes qui luttent contre l'étatisation de la médecine, on es bien obligé de conclure qu'ils n'ont pas suffisamment analysé leurs propositions sous leurs incidences locales. Il faut conclure qu'on ne saurait trop étudier une réforme de la médecine et qu'il importe de réserver un examen approfondi de la question. »

(Dr Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation, son rôle dans la société moderne. 1 vol. Editions Dalmas.)

« C'est au début de la vie professionnelle que se prennent les bonnes ou mauvaises habitudes. Seuls, quelques-uns, particulièrement solides, peuvent remonter le courant par la suite. » (Jean BERGER. — Gestes et procédés techniques de la chirurgie générale. Un vol. Masson, édit.)

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Traitement des plaies atones des membres inférieurs et des ulcères de jambe en particulier

Il n'y a pas lieu de séparer les ulcères de jambe des autres plaies atones des membres inférieurs au point de vue de la pathogénie ou de la thérapeutique. C'est la stase sanguine due à la station verticale qui commande l'évolution des plaies dans les deux cas. Il faut donc agir *localement* sur le terrain où évoluent les plaies. On peut y arriver de deux façons : en faisant cesser la station verticale, c'est-à-dire en mettant le malade au lit, ou bien en appliquant sur le membre inférieur un « appareil » (dans le vieux sens du mot) qui empêche la stase sanguine et facilite la circulation veineuse.

Autrefois, on employait la première méthode et on hospitalisait les indigents atteints d'ulcères des membres inférieurs. Aujourd'hui, il est possible de les traiter dans les consultations externes et de leur permettre de vaquer à leurs occupations, ceci grâce aux différentes méthodes de traitement ambulatoire. Il est regrettable de constater qu'une technique, socialement si intéressante, soit si souvent ignorée ou dédaignée dans la clientèle de cabinet.

La méthode ambulatoire de traitement des ulcères de jambe n'est pas une découverte récente. Elle a déjà été employée au XVIIIe siècle. Plus tard, le pansement de Baynton (avec des bandelettes de diachylon), la botte de Unna (avec une colle à base de gélatine et d'oxyde de zinc), la méthode d'Henry Martin (avec une bande de caoutchouc dit feuille anglaise) et bien d'autres méthodes furent proposées. C'est au Docteur Bourggraff que revient le mérite d'avoir mis au point la technique actuellement la plus pratique. Aussi, c'est celle que nous décrirons en nous contentant de signaler que la botte de Unna conserve encore quelques partisans.

La méthode ambulatoire du Docteur Bourggraff comporte essentiellement l'emploi d'une bande élastique et de pâtes épaisses. Elle peut s'appliquer aussi bien au traitement des ulcères de jambe qu'à celui de toutes les autres plaies atones du membre inférieur.

La *bande élastique* qu'il convient d'employer est l'essentiel du traitement, aussi il est important de la bien choisir. On la trouve actuellement couramment dans le commerce. Il faut prescrire une bande de tissu élastique formé d'une armure de gommes sur lesquelles on a tissé du fil de coton ou de soie. Les bandes que nous employons personnellement comportent 34 à 36 gommes. Nous préférons les bandes tissées avec du coton, qui glissent moins, plutôt que les bandes tissées avec de la soie. La longueur de la bande variera suivant la taille du malade : elle sera de 2 m. 50 au moins pour les petits individus ; 3 mètres est la bonne longueur courante. Le prix de ces bandes oscille entre 25 et 30 francs suivant leur qualité. Il existe également plusieurs très bonnes bandes spécialisées qui sont plus chères.

Les pâtes seront toujours des pâtes épaisses. La vieille pâte de Lassar modifiée par l'adjonction de talc suivant la formule :

Oxyde de zinc	ââ
Talc	
Amidon	
Vaseline	
Lanoline	

peut suffire dans bien des cas. Elle n'irrite jamais les lésions, ce qui est un grand avantage.

Pour les ulcères de jambe, on peut employer *sur la plaie* une formule un peu différente :

Oxyde de zinc	ââ
Peroxyde de zinc	
Amidon	
Vaseline	
Lanoline	

tandis qu'*autour de la plaie*, sur la zone de dermite jaune d'ocre, on se trouvera bien très souvent de l'emploi d'une pâte de formule plus complexe :

Bioxyde de manganèse en poudre impalpable	ââ	1 gr.
Carbonate de fer		
Borate de soude		3 gr.
Airol Roche	ââ	5 gr.
Extrait mou d'hamamélis		
Ichtyol		10 gr.
Pâte de Lassar		175 gr.

(rappelons pour mémoire que la pâte de Lassar se compose d'oxyde de zinc, d'amidon, de vaseline et de lanoline à parties égales).

La technique des pansements est des plus simples, mais il y a avantage à ne confier ceux-ci ni au malade, ni à son entourage, car de leur parfaite exécution dépend le succès.

Il faut tout d'abord, dans un premier temps, déterger la plaie si elle est très infectée. Quarante-huit heures de pansements humides, sans imperméable, avec une solution de permanganate de potasse à 1/300e ou même 1/100e, ou d'eau d'Alibour forte diluée au dixième suffiront généralement pour atteindre ce but.

Ensuite, ou même immédiatement si la plaie n'est pas infectée, on commence les pansements avec les pâtes. Le point essentiel est de toujours les appliquer en couches épaisses (1 cent. au moins) en débordant largement la plaie ou la zone de dermite jaune d'ocre. Si l'on emploie la pâte épaisse du type Lassar modifié (première des formules ci-dessus) on l'étalera sur toute la zone malade en la dépassant de deux ou trois travers de doigt. Si l'on emploie les deux pâtes : la blanche (deuxième des formules) et la brune (troisième formule) on mettra la première sur la plaie et la seconde autour.

Dans tous les cas, on recouvrira la couche de pâte d'une compresse de gaze hydrophile que l'on fixera par une bande de gaze de 0 m. 10 de large *sans interposition de coton*. Le malade ne devra pas toucher à ce pansement. Il se contentera de le recouvrir dès son lever de la bande élastique. Il faudra lui apprendre à la mettre correctement : on commencera par le pied sur lequel on jettera un étrier et on imbriquera ensuite les tours de bande comme les tuiles d'un toit, jusqu'au genou (pointe de la rotule), on fixera la bande par une épingle de sûreté (jamais de lacet). Il faut serrer suffisamment pour que la bande ne glisse jamais et que le malade accuse une sensation de compression. Il gardera la bande toute la journée. Il faudra lui recommander de marcher le plus possible et d'éviter la station debout prolongée. C'est seulement pour se mettre au lit qu'il quittera sa bande sans toucher au pansement. Il la remettra avant de se lever

Les pâtes et les sécrétions de l'ulcère traversant la gaze, la bande élastique sera salie surtout au niveau de la malléole, si le malade voulait la nettoyer, il le ferait en la lavant à l'eau de son tiède.

Au bout de trois jours, le patient devra revoir son médecin qui lui fera un nouveau pansement. Il faudra enlever soigneusement tous les débris de pâte qui restent adhérents. On les grattera avec une spatule et on lavera à l'éther l'ulcère et les téguments qui l'entourent, puis, lorsque la région sera nette, on appliquera de nouveau les pâtes comme précédemment. On renouvellera ainsi les pansements tous les trois jours et chaque fois on sera frappé des progrès de la cicatrisation. L'abondance des sécrétions ne devra pas surprendre. En cas d'irritation des téguments, on appliquerait seulement de la pâte de Lassar épaisse (formule I) et on remplacerait les lavages à l'éther par des lavages à l'huile d'amandes douces ou de noyaux.

La guérison complète exige, en général, de quatre semaines à deux mois (suivant l'âge et l'étendue de l'ulcère) pendant lesquels le malade vaque à ses occupations évitant seulement la station debout prolongée.

Il est inutile d'insister sur les avantages que présente cette méthode, qui permet de transformer complètement

la vie de malades qui étaient, jusqu'à maintenant, des infirmes. Elle s'applique à toutes les ulcérations atones des membres inférieurs : l'ulcère de jambe, les pyodermites ulcéreuses, l'érythème induré de Bazin ulcéré, les plaies traumatiques, les gommes ulcérées, etc...

Bien entendu, on pourra la combiner avec d'autres thérapeutiques locales ou générales. Dans le cas des ulcères de jambe, on ne commencera les injections phlébo-sclérosantes qu'un mois au moins après la cicatrisation de la plaie et seulement lorsque toute trace d'infection cutanée aura disparu. Il conviendra de faire cesser le port de la bande pendant une dizaine de jours après l'injection.

Après la cicatrisation des plaies, on imposera le port continu de la même bande élastique pendant un à deux ans dans les cas d'ulcères de jambe ou d'érythème induré de Bazin.

Notons enfin l'action remarquable de la méthode sur l'*état verruqueux des téguments des membres inférieurs* au voisinage d'un vieil ulcère ou sur une cicatrice d'ulcère et sur la *dermite jaune d'ocre* qui précède l'ulcère. Le port de la bande élastique a même un *rôle prophylactique* dans ce cas : il amène une régression nette des lésions de pigmentation (diminution de l'étendue de la zone pigmentée atténuation de sa coloration, disparition de l'infiltration dermique). Mais il importe, pour obtenir ces résultats, d'employer la bande élastique que nous avons décrite et des pâtes épaisses. Les formules ci-dessus que nous avions publiées dès 1932, pourront être modifiées probablement, mais il faudra toujours viser à obtenir des pâtes très épaisses exemptes de tout corps irritant.

J. ROUSSET.

FAITS CLINIQUES

Deux documents sur l'évolution cyclique de la psychasténie

Un jeune psychasténique a écrit à son médecin pendant les vacances, à quinze jours d'intervalle, deux lettres de tonalités affectives opposées pouvant faire croire à la succession d'un accès hypomaniaque à un accès dépressif. Ces documents sont publiés ici. Le malade est le dernier enfant d'une famille nombreuse. Ses neuf frères et sœurs sont relativement peu tarés, malgré la cyclothymie certaine du père. Quelques-uns ont brillamment réussi dans la vie.

Jacques B... est âgé de 23 ans et exerce la profession d'avocat. Sa bonne santé physique contraste avec son état psychique. Il souffre de doutes et d'obsessions interrogatives pénibles, sources de ruminations sur des problèmes métaphysiques et surtout sur le déterminisme. Il est très troublé par cette dernière question, d'autant plus qu'il est catholique pratiquant. Obsessions et doutes ne disparaissent jamais : ils deviennent seulement plus angoissants pendant les accès dépressifs. L'angoisse fait place à une certaine indifférence (?) pendant l'excitation, indifférence que Jacques se reproche ensuite.

La première lettre écrite d'une station balnéaire montre le malade pendant une période de dépression.

24 août 1936

Monsieur,

C'est toujours la même chose. Au lieu de m'occuper, je fais exprès de ne rien faire et de me plonger dans des problèmes insolubles, de m'arrêter à des questions, à des soucis que ne connaît pas l'heureux commun des mortels.

Exemple : depuis *la première fois* où je me suis rasé, je me suis toujours demandé quel était le meilleur système : savon ou crème, quel genre de rasoir ? j'ai toujours l'impression d'être mal rasé. Je m'examine dans les glaces. Et me raser est un souci tous les matins.

Avant d'arriver ici, du 15 au 23 août, un de mes frères m'avait offert un voyage en Autriche avec lui pour 765 francs belges, tout compris. Comme dans mes précédents voyages, je l'ai suivi comme un poids mort, ne répondant pas à ses questions, m'asseyant obstinément dans mon compartiment en fermant les yeux des heures entières en plein jour, notamment samedi 22 août pendant la traversée de l'Arlberg. Jamais je ne trouve beau un paysage. Jamais d'enthousiasme.

Et volontairement dans ces périodes, je fuis tout le monde. Je ne veux plus me lever. Je me lave le moins possible. Exprès je fais le contraire de ce que je devrais faire.

Je résiste des jours entiers aux besoins les plus naturels (W. C.)

Je quittais samedi 22 août mon frère à Zurich pour me rendre directement à C... Exprès de L... à G... je suis resté en train au lieu de prendre le bateau qui coûte le même prix. Et c'était pourtant la première fois que je passais en Suisse.

Je bois gloutonnement, verre sur verre, l'eau que vous me limitez. De même pour le pain.

Hier dimanche, je n'ai fait ni petit déjeuner, ni déjeuner, ni dîner.

De même chez moi, dans de pareilles périodes, il m'est arrivé plusieurs fois de ne pas aller à la messe le dimanche, nullement parce que cela m'aurait dérangé, mais exprès pour faire le contraire des gens normaux. D'autant qu'il me fallait parfois m'arranger pour que les personnes de ma famille ne s'en doutent pas. Je me cachais alors au grenier, ou je sortais en traînant en ville pendant la durée de la messe.

Quand je dois faire quelque chose, je le recule indéfiniment avec mille hésitations et mille horreurs.

Ainsi j'entretiens la voiture de ma famille. Et c'est une obsession très pénible pour moi de me glisser sous la voiture pour son entretien. Impression d'étouffement... quand je me décide enfin, je regarde des minutes entières l'écrou (à resserrer ou à enlever pour une vidange) avant d'agir. Et toute ma vie, quand je suis dans l'état actuel, toutes mes journées, je crains que quelque chose soit mal en place, qu'un écrou soit mal resserré...

Il en est ainsi de tout.

La photographie dont je rêve et que je n'ose aborder de peur de difficultés, de soucis nouveaux.

Ma thèse qui devrait être déjà finie et que je recule, ne sachant quel sujet prendre ni comment le faire. Quelle méthode prendre ?

Ici pour mon traitement, j'ai ces mêmes impressions désagréables, ces mêmes obsessions folles en prenant des pulvérisations. Et je me demande sans cesse si je le fais bien, si ce traitement sert à quelque chose...

Voilà toute ma vie depuis des années. Comment en finir. Dans le temps j'espérais encore, mais maintenant ?

Voilà des années que les cadeaux en nature ou en argent que l'on a pu me faire ne m'ont causé aucun agrément. Et pareillement je n'ai jamais envie de rien, voilà des années que je ne me suis jamais rien acheté pour mon agrément.

Mon bon sens me dit toujours que je devrais mépriser toutes ces craintes, mais par folie je me demande toujours si on me l'a conseillé. Que dois-je faire de tous ces soucis, de toutes ces questions où je me plonge sans fin. *Comment traiter ces problèmes, ces questions qui reviennent et que les gens normaux ignorent* ? Comment faire pour agir ?

Il me faut une fin qui est impossible par la voie normale de la réaction puisque depuis des *années*, si je me suis souvent plongé dans un monde fou, il y a eu pourtant bien des efforts, bien des périodes où j'ai méprisé tous mes dégoûts par devoir et sans joie aucune puisque je ne puis jamais m'appuyer sur quelques mois de vie normale, sur un voyage heureux.

Et mes parents qui ont tout fait pour moi et leurs dix enfants. Mon père qui a 67 ans et n'a continué à travailler que pour moi. Ma mère qui serait si triste si elle savait encore où j'en suis ?

Cette première lettre frappe le lecteur qui remarque que la dépression n'empêche nullement ce malade intelligent de s'analyser avec justesse. Les obsessions interrogatives sont ici associées à des obsessions par contraste, prenant presque l'allure d'impulsions négativistes : résistance aux besoins naturels, aux devoirs normaux, religieux et conduite opposée aux principes. Néanmoins ces impulsions restent dans le cadre obsessionnel du fait de la conscience que le malade en conserve toujours et qu'il explique dans ses auto-analyses.

Jacques B... a été élevé par des parents catholiques qui lui ont appris la toute puissance de la volonté. Quand il est déprimé, il se reproche de ne pas exercer sa volonté ou de l'exercer à contre-temps, de faire le contraire de ce qu'il devrait faire. L'examen a montré que cette auto-accusation n'était pas sans fondement. Jacques a développé cette phrase de sa lettre : je me plonge volontairement dans un monde fou. Il se réfugie dans la maladie quand il est déprimé, allant au devant de toutes les circonstances qui peuvent le diminuer, le rendre inférieur à ses propres yeux. La dépression de l'humeur, loin d'entraîner une diminution de l'activité psychique oriente et pousse celle ci, créant de nombreuses et riches associations d'idées autour du complexe d'infériorité. La tristesse s'accompagne ainsi d'excitation psychique jusqu'à ce que le médecin apporte au malade

la formule qu'il attend et qui lui permettra de mépriser pour un temps ses obsessions. Cette formule, en ramenant une euphorie momentanée, réussit parfois à changer la forme de l'humeur. L'activité psychique qui s'exerçait malgré la tristesse continue à développer ses thèmes dans les périodes où celle-ci a disparu. Cette activité est telle que Jacques peut exposer ses obsessions ou ses projets pendant deux heures de suite sans fatigue, même quand il est triste.

La deuxième lettre montre comment ce malade conçoit et expose l'euphorie avec laquelle il confond l'indifférence qu'il se reproche. Les deux lettres ont été écrites à quinze jours d'intervalle.

Le 7 septembre 1936

Monsieur,

Quelques jours après mon arrivée et avant réception de votre lettre, après m'être demandé de multiples fois si je devais « vivre raisonnablement » à nouveau et en avoir retardé l'heure de jour en jour, et d'instant en instant, je me suis redressé.

Et dans un rêve de ces jours de laisser-aller, je m'étais dit combien j'aurais joui de connaître les personnes de l'hôtel (une soixantaine), de jouer au tennis avec elles, au bridge, de faire des excursions en groupe, de faire mon traitement à l'établissement thermal en parlant aux uns et aux autres.

Mais la chose me paraissait irréalisable et combien lointaine. D'autant plus que dans ces journées de laisser-aller, je suis porté aux rêves les plus grandioses et que je regrette d'autant plus de ne pas dominer ma vie et mon entourage que je me sens plus faible !

Par un coup de baguette magique, pourtant, tout cela s'est réalisé !

J'ai tout d'abord demandé, après bien des hésitations à un joueur de tennis de bien vouloir faire une partie avec moi. Tout de suite, je me suis imposé et je suis toujours champion de tennis. Les joueurs sont pourtant nombreux. J'ai été très surpris moi-même de la sûreté de mes coups, de mes services assez durs et j'ai eu l'impression d'être plus en forme que jamais. Il est vrai qu'à V.. j'ai joué en avril, mai, juin, juillet presque tous les jours avec d'excellents partenaires.

De nombreux « confrères » de l'hôtel m'ont aussitôt présenté aux uns et aux autres. L'un d'eux, ancien député, est propriétaire d'un quotidien important.

Et chaque jour, au hasard des rencontres aux thermes, je faisais de nouvelles connaissances.

Je suis même très lié avec un confrère d'A..., en pleine vigueur et brillant criminaliste. Ancien président de l'Association des Etudiants, c'est un jeune avocat, d'une trentaine d'années, très lancé, également fils et petit-fils d'avocats. Il a une jeune femme charmante. Et l'on m'a invité pour Pâques 1937.

C'est vous dire que mes journées sont très remplies et que je suis pour une fois heureux !

Mon traitement se termine dimanche 13 septembre et je serai à Paris le lundi 14, dès 8 heures du matin. Si vous jugez nécessaire de me voir, et si vous êtes rentré, veuillez me donner rendez-vous à l'heure qui vous plaira, de préférence dans la matinée, ou si la chose est impossible, au début de l'après midi.

P.-S. — Veuillez m'adresser ma correspondance à la *poste restante*.

Cette seconde lettre rappelle des pages de Marcel Proust, qui retrouvait lui aussi l'euphorie au cours de la vie d'hôtel. Les rêveries de domination, de grandeur, remplacent les reproches et les idées d'humilité, mais sans les supprimer complètement, si bien que le sujet vit pendant l'excitation comme pendant la dépression dans des contradictions qui engendrent des doutes continuels. Il est devenu euphorique après avoir retrouvé la formule libératrice et il se demande si le médecin qui la lui a donnée autrefois lui a bien conseillé de mépriser ses craintes, il fait des projets brillants et, en même temps s'étonne qu'un avocat connu veuille bien l'accepter comme ami.

La coexistence de ces idées opposées, origine du doute, colore tout le psychisme de Jacques d'une tonalité discordante, comparable à celle des schizoïdes, dont il partage l'hypersensibilité et les rêveries. Mais ce n'est qu'une coloration légère et non une imprégnation complète des profondeurs de la personnalité. Son activité sauve Jacques. Dès qu'il peut se ressaisir, il redevient immédiatement sociable, ramène les obsessions métaphysiques au rang de simples spéculations, rejette les impulsions à agir par contraste. Ce qui était tendance maladive devient une disposition utile ; avocat, il sait utiliser professionnellement son aptitude à considérer les choses sous tous les aspects, même contradictoires.

Le pronostic est donc relativement favorable, malgré le refuge dans l'obsession et la recherche des raisons d'infériorité. L'activité compense ces deux tendances et la réussite rend au malade une confiance relative en soi. Une certaine expérience de son mal l'aide d'ailleurs souvent à se ressaisir.

L'évolution de la cyclothymie dans ce cas, comme chaque fois qu'elle s'associe à des syndromes psychasthéniques, paraît dépendre d'abord de causes psychiques, et non comme la cyclothymie pure, de facteurs organiques ou humoraux. Les périodes d'euphorie correspondent dans ce cas avec la libération momentanée des préoccupations obsédantes.

Jean VINCHON.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

OBSTÉTRIQUE

A propos des jumeaux

On sait les ressemblances étonnantes que, parfois, présentent les jumeaux et, surtout, les jumeaux univitellins. C'est dire l'importance de leur étude, aux yeux du médecin et de l'anthropologiste, en ce qui concerne les problèmes somatiques et psychologiques de l'hérédité. Dans un livre du plus haut intérêt, récemment paru, (1) KRANZ étudie, tout particulièrement, les rapports entre les tendances criminelles que présentent deux jumeaux et il précise un certain nombre de facteurs, parmi lesquels il place au premier plan le fait que les sujets examinés étaient uni - ou bi-vitellins. Il considère comme crime toute infraction aux lois, de quelque ordre qu'elle soit et n'exclut même pas les crimes politiques. Il trouve dans les documents ainsi recueillis une précieuse contribution aux rapports que présentent entre eux, du point de vue psychopathologique, deux jumeaux.

L'hérédité des jumeaux ou, plutôt, la plus ou moins grande influence des tares héréditaires est dominée par les questions d'uni ou bivitellinité. Il y a lieu de réserver une place spéciale aux jumeaux de sexes différents. Le cœfficient dû à l'hérédité est plus constant chez deux individus univitellins que chez les bivitellins. Une règle découle de ses observations : plus une tendance ou une tare est accentuée d'une façon égale chez chacun des deux jumeaux, plus il y a de chances pour qu'elle soit un phénomène héréditaire, compte tenu des influences extérieures. Car il faut ajouter au cœfficient héréditaire, un autre facteur dû au milieu si souvent semblable, dans lequel vivent les jumeaux. Ce facteur de similitude a une grande importance au point de vue de l'évolution criminelle des deux invividus et il est, en général, égal en ce qui concerne uni et bivitellins.

Il ne faut pas trop tenir compte des ressemblances morphologiques et les mensurations n'ont qu'une importance secondaire ; ce qu'il faut surtout rechercher, ce sont les réactions superposables des deux sujets, dans le cours de leur existence.

(1) HEINRICH KRANZ. — *Lebenschicksale Krimineller Zwillinge*, Julius Springer, édit. à Berlin, 1936.

Cependant Kranz a étudié les similitudes physiques de ses sujets d'une façon complète.

Dans toute cette étude, deux termes sont employés dans un sens spécial par l'auteur, les jumeaux « concordants » sont ceux où la criminalité s'est retrouvée chez les deux sujets, les « discordants », au contraire sont ceux où un seul des deux a eu maille à partir avec la justice. Les statistiques viennent des cours de justice allemandes en ne tenant compte que des individus ayant encouru une peine si minime soit-elle.

Le facteur le plus intéressant de similitude est, avant tout, l'uni et la bivitellinité. Cependant d'autres facteurs sont à étudier.

K. analyse dans son ouvrage 75 observations de jumeaux criminels qu'il subdivise en : 16 cas personnels où les jumeaux sont « concordants » ; 33 où ils sont « discordants » : pour le reste il s'agit d'observations qui ne lui sont pas personnelles et où il n'a pu examiner les sujets. Il cite de plus quelques cas de jumeaux de sexes différents.

En résumé il base ses recherches sur : 32 univitellins dont 21, soit 66 % sont « concordants » et 11, soit 34 % sont « discordants » ; 43 bivitellins, dont 23 soit 54 % sont « concordants » et 20 soit 46 % sont « discordants » ; 30 sexes différents dont 7, soit 14 % sont « concordants » et 43, soit 86 % sont « discordants ».

En général, on peut dire qu'en ce qui concerne la ressemblance dans le crime : que 2/3 des univitellins sont « concordants » et que 1/2 des bivitellins et 1/7 des jumeaux de sexes différents, seulement, le sont aussi.

Les ressemblances physiques. Une série de facteurs est intéressante à ce point de vue :

tels que le type général du corps, la forme des yeux, la couleur des yeux et des cheveux, la forme du visage, du nez, les sillons de la langue, le degré de décollement des oreilles, et enfin deux faits très importants : Les groupes sanguins et les empreintes digitales des sujets.

En ce qui concerne les groupes sanguins, d'après Kranz, les univitellins ne peuvent avoir de groupes sanguins différents et il va poser en principe général que deux jumeaux de groupes différents ne peuvent être univitellins. Chez les bivitellins 10 % seulement sont du meme groupe.

Pour les empreintes digitales 89 % des univitellins ont des empreintes digitales se classant dans la même série, alors que 13 % seulement des bivitellins présentent cette similitude.

Ressemblance entre les différents délits des jumeaux. — Kranz a eu la curiosité d'étudier les différents délits reprochés aux jumeaux : évidemment cette étude n'est possible que chez les jumeaux « concordants », et il recherche cette similitude, en ce qui concerne le nombre et les formes de délits.

En ce qui concerne le nombre, ce sont les univitellins qui sont les plus proches, les bivitellins ne venant qu'en second plan, mais c'est encore plus net en ce qui concerne la forme.

Sur 21 « concordants » univitellins, on trouve une grande ressemblance chez 9 soit 43 % ; une ressemblance moyenne chez 8 soit 38 % et une ressemblance nulle chez 4 soit 19 %.

Sur 23 « concordants » bivitellins, on trouve les chiffres de 9, soit 39 %, 4 soit 17 %, 10 soit 44 % pour les différentes ressemblances précitées.

En ce qui concerne la durée des peines encourues, les jumeaux univitellins sont encore extrêmement rapprochés : 33 % des univitellins sont très semblables et 17 % des bivitellins.

Pour le genre de peines encourues on retrouve encore les mêmes similitudes : 43 % des univitellins sont très rapprochés, tandis que 27 % seulement des bivitellins le sont.

Les dates des premiers délits et les écarts entre le début dans le crime de chacun des deux individus, sont assez intéressants à étudier, les univitellins y sont encore extrêmement proches.

L'écart des débuts étant fixé à trois ans, il y a 71 % des univitellins dans cette catégorie et 52 % seulement des bivitellins.

Kranz de toutes ces études conclut que la criminalité est deux fois plus ressemblante chez les univitellins que chez les bivitellins.

En ce qui concerne les jumeaux « discordants » l'étude de la vie de l'individu criminel comparée à celle de son jumeau est très intéressante mais présente de grosses difficultés; cependant il semble que, là encore, le facteur univitellinité soit un gros cœfficient de ressemblance.

Après avoir cité les observations qui accompagnent cette étude, Kranz étudie rapidement les différents facteurs qui ont pu influer sur les jumeaux et qui peuvent ainsi expliquer les tendances criminelles des sujets.

En premier lieu il place le traumatisme obstétrical.

Il est possible que l'accouchement gémellaire ait une influence secondaire, par ses difficultés, sur la destinée des jumeaux. A ce sujet, certains auteurs ont noté une tendance qu'aurait le premier jumeau, a être plus volontiers criminel que le second. Kranz nie ce fait et il lui semble qu'il y ait plutôt égalité.

En effet chez les univitellins, 14 fois il s'agissait du premier et 12 fois du second, chez les bivitellins 18 fois du premier et 17 fois du second

Les maladies exogènes. — L'influence de celles-ci n'est que très peu différente, en ce qui concerne les jumeaux, de celle exercée sur des individus ordinaires, sauf toutefois en ce qui concerne les maladies héréditaires telle que la syphilis ou de contage familial tel que la tuberculose.

Débilité mentale. — C'est un gros coefficient en faveur de la criminalité et bien souvent elle atteint chacun des deux sujets et explique beaucoup de concordances.

L'aptitude ou l'inaptitude aux études des jumeaux « concordants » est assez souvent semblable.

Les névropathies ou psychopathies sont plus fréquentes chez les univitellins et ceux ci sont alors très souvent « concordants ».

L'alcoolisme.— L'alcoolisme, de meme, est souvent un coefficient de similitude qui est plus souvent rencontré chez les univitellins.

L'auteur étudie ensuite rapidement une série d'autres facteurs : le ***Milieu familial*** qui, au contraire, rapproche les deux groupes univitellins et bivitellins :

le nombre des collatéraux (les familles d'univitellins sont généralement moins grandes que chez les bivitellins) ;

l'éducation et la séparation dans le temps et dans l'espace de deux sujets (ces facteurs ont une grande influence, les différences entre deux bivitellins s'accentuent encore du fait de leur séparation, ceci a moins de valeur chez les univitellins) ;

les aptitudes professionnelles (elles sont assez semblables chez les jumeaux, mais surtout ils ont souvent une grande tendance à conserver le même rang social).

Enfin, en ce qui concerne le mariage, et les questions ***sexuellss*** les univitellins sont extrêmement prochesen général, mariages analogues, mêmes appétits sexuels, alors que les bivitellins sont à ce sujet très différents, et ceci doit être rapproché de la règle du début « plus une tendance est accentuée d'une façon égale chez chacun des deux individus, plus il y a de chances pourqu'elle soit un effet d'hérédité ». On peut, donc, penser que beaucoup de perversions sexuelles sont le fait de l'héréditédes sujets plutôt qu'une tendance personnelle.

Conclusion. — Kranz conclut en insistant sur la ressemblance très marquée des univitellins, en effet 2/3 à 3/4 des univitellins sont « concordants », la moitié seulement des bivitellins. Donc, de façon générale, il faut donner à l'hérédité une part plus grande qu'on ne le fait dans les tendances criminelles des sujets.

En ce qui concerne la personnalité meme des criminels, l'éducation et le milieu ont une grande influence : une place moins importante doit être faite au traumatisme obstétrical, mais c'est surtout les psychopathies et l'alcoolisme qui interviennent à toutes ces choses, les jumeaux y sont en général également exposés.

Kranz propose la stérilisation de ceux dont le facteur héréditaire psychopathique ou alcoolique est important.

Cependant il faut tenir compte qu'un grand nombre de criminels le sont dans un moment d'égarement et sont susceptibles d'être récupérés pour la Société.

Jean LEROUGE.

« En médecine, le professeur se soucie-t-il toujours de l'étudiant, et croit-il avoir rempli son devoir lorsqu'il a récité sa leçon sur un ton monocorde, ou lorsqu'il est demeuré sur un terrain abstrait, inintelligible, ou lorsqu'il a lui-même sacrifiant à la facilité, exposé une leçon banale, un chapitre d'un livre sans aucune préparation, sans lui donner un caractère personnel. Il ne faut point généraliser, mais la remarque est juste, et des cas particuliers, si rares fussent-ils, pourraient l'illustrer. »

(Dr Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la société moderne. 1 vol. Editions Delmas.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 Avril 1937

Carences eutrophiques. — *MM. Mouriquand, H. Tete, G. Wenger* et *P. Viennois.* — Les maladies par carence alimentaire n'évoluent pas obligatoirement vers la cachexie et la mort. Si la plupart sont des «carences dystrophiques» la clinique montre qu'il peut exister des «carences eutrophiques». Les auteurs sont parvenus à réaliser expérimentalement une carence eutrophique (par avitaminose C).

Ils ont établi que si de faibles doses de vitamine C (acide ascorbique, au-dessous de 0 mmg 5) n'empêchent pas l'évolution du scorbut vers la cachexie et la mort, des doses plus élevées (aux environs de 1 mmg) permettent l'existence de grosses lésions ostéohémorragiques coïncidant avec une eutrophie générale (courbe pondérale en plateau ou en ascension). Ils ont prolongé cette carence «eutrophique» au de-là du cent-cinquantième jour, et montré qu'elle finit (vers le centième jour) par déterminer un syndrome rhumatisme ankylosant». Ils ont mis ainsi en lumière la genèse de «terrains» chroniquement carencés, dont la pathologie humaine fournit d'autre part des exemples.

Les eaux minérales et le «Bacterium coli commune. —*M. L. Cruveilhier, et Mme B. Magnier de la Source.*

Non-transmission à l'homme du typhus murin par piqûres de puces infectées «Xenopsylla cheopis et Pulex irritans».— *MM. Georges Blanc et M. Baltazard* rapportent des expériences qui montrent que ni la puce du rat ni celle de l'homme ne peuvent transmettre le virus du typhus murin à l'homme par leur seule piqûre.

Un des modes de contamination pourrait être la souillure par déjection de puces, contamination qui se ferait avant tout par voie muqueuse (oculaire digestive).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1937

Traitement des tuberculoses chirurgicales. — *M. Roederer* présente un rapport sur un travail de *MM. Carajanopoulos* et *Condodinos,* d'Athènes, ayant trait à la méthode de Finikoff dans la thérapeutique des tuberculoses externes. L'examen des vingt-neuf cas présentés par les auteurs permet de conclure que le procédé à l'étude a donné des résultats généralement satisfaisants.

Radiumpuncture du cancer du rectum. Résultats. — *M. Oppert* constatant le peu d'efficacité des sondes radifères intra-rectales a obtenu par la radiumpuncture des lésions végétantes limitées de l'ampoule rectale et du recto-sigmoïde des résultats palliatifs et quelquefois curatifs qui méritent d'être signalés. L'aiguillage par une douzaine d'aiguilles environ de 10 microcuries heure au travers d'un gros rectoscope d'un diamètre de 3 centimètres se pratique sous le contrôle de la vue au travers du rectoscope. L'anus artificiel définitif est indispensable lorsqu'il y a rétrécissement marqué. Sur 25 cas il y a eu des survies de six à dix-huit mois pour les cas avancés ; mais dans 3 cas la survie a été de quinze, de neuf ans et de six ans. La guérison peut être considerée comme définitive chez une malade actuellement âgé de 71 ans. Lorsque le rétrécissement rectal n'est pas effectué on peut utiliser la même instrumentation et pratiquer la radiumpuncture sans anus artificiel.

Radiumpuncture du cancer du sein. — *M. Oppert* étudiant la radiumpuncture dans les tumeurs du sein, la considère comme le traitement de choix dans certains cas limités. Elle doit être complétée par la roentgenthérapie profonde ou la télécuriethérapie des creux axillaires et sus-claviculaires et dans certains cas par la diathermo-coagulation destructive. Elle se substitue à l'exérèse chirurgicale chez les femmes âgées présentant des lésions squirrheuses. Elle est indiquée dans les récidives locales. Elle détermine une guérison apparente prolongée dans de nombreux cas, mais, par contre, la méthode comporte des échecs dans les formes radio-résistantes. Les métastases sont exceptionnelles avec une technique bien conduite.

L'hémiplégie spasmodique. Considérations thérapeutiques. — *M. G. Cauvy* montre que la rééducation motrice constitue un traitement fort utile de l'hémiplégie spasmodique ; il en est de même de la balnéothérapie. Mais le procédé qui utilise *synergiquement* ces deux modes de traitement est encore plus efficace. Dans le bain, en effet, les membres perdent de leur poids, les tissus s'assouplissent, les contractures diminuent, les mouvements s'exécutent plus facilement. En multipliant les efforts d'une manière méthodique le sujet finit par établir ce que Brissaud a appelé la discipline *psycho motrice* et, par suite, à accroître la force musculaire qui reste dans chaque segment du membre. Cette pratique, utilisée par l'auteur, permet d enregistrer, comme le demontrent les observations, des résultats très intéressants.

Un cas banal de chancre syphilitique Thérapeutique et Assurances sociales. — *M. Marcel Pinard* estime qu'actuellement, au lieu de traiter le syphilitique pendant toute sa vie, on peut arrêter le traitement après deux ans de soins, à la condition que tous les contrôles les plus rigoureux soient satisfaisants. Le malade présumé guéri reste sous surveillance médicale. Ces traitements courts et efficaces doivent être envisagés avec faveur par les Assurances sociales qui devront les favoriser non pendant six mois (ce qui contribue à créer les syphilis inguérissables) mais pendant le temps nécessaire dans l'intérêt du malade, de la prophylaxie sociale et aussi dans celui bien compris des Caisses.

Aérophagie du nourrisson. — *M. Aime* expose les recherches faites avec le Docteur *Lelong* sur l'aspect radiologique de l'œsophage du nourrisson au cours de la tétée des liquides et de l'absorption des bouillies épaisses. Il montre les indications précieuses fournies par la radiologie pour l'interprétation des phénomènes d'aérophagie du nourrisson.

THERAPEUTIQUE

Le traitement de la fibrillation cardiaque par le phényléthylbarbiturate de yohimbine

Par H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC

Il y aura bientôt un siècle que la trémulation ventriculaire a été découverte par Ludwig et Hoffa (1849). Plus tard, ce trouble du fonctionnement cardiaque a donné lieu à une étude très détaillée de Kronecker et Schmey (1894) qui ont déterminé les conditions physiques et chimiques du phénomène. Depuis cette époque, les recherches se sont multipliées, mais le côté thérapeutique du problème, c'est-à-dire la prévention de cette fibrillation chez l'homme, a été seulement effleuré et on peut dire que ce problème subsiste presque tout entier. Assurément, quelques essais expérimentaux destinés à une application humaine éventuelle ont été déjà réalisés. Dans cet ordre d'idées, E. Gley a préconisé le chloral et le refroidissement des ventricules. Wenkebach (1914-1918), A. Clerc et Pezzi (1919) ont montré les effets protecteurs de la quinine et Frey (1918) ceux de la quinidine. Mais, en pratique, l'homme n'a guère bénéficié de ces recherches au point de vue de la prévention de la syncope cardiaque par trémulation fibrillaire.

Au cours d'une étude expérimentale et clinique d'un dérivé barbiturique nouveau, le phényléthylbarbiturate de yohimbine, nous avons été amenés à examiner de près le rôle que cette substance est susceptible de jouer comme préventif de la trémulation fibrillaire du cœur.

Depuis deux ans que la combinaison barbiturique de la yohimbine a été réalisée, l'expérimentation et la clinique ont établi les propriétés hypotensives et cardiotoniques de ce composé ; on sait, en outre, qu'il calme l'éréthisme cardiaque et la

sensation d'angoisse si fréquente chez les aortiques et les hypertendus. C'est la connaissance de cet effet sédatif sur le cœur qui nous a suggéré l'hypothèse d'une prévention possible sur la trémulation ventriculaire.

Nature du produit

Il fait partie des dérivés alcaloïdiques qu'on peut obtenir avec la malonylurée. On connaissait déjà le diéthylbarbiturale et le dipropylbarbiturate de quinine (Merck), le phényléthylbarbiturate du même alcaloïde (Bayer) et le phényléthylbarbiturate de spartéine (F. Mercier et L.-J. Mercier). Nous avons pensé que la yohimbine pouvait également se fixer sur la malonylurée et nous avons réussi, en effet, à réaliser le phényléthylbarbiturate de cet alcaloïde. La technique de la préparation est la suivante :

Dissoudre au bain-marie :

Acide phényléthylbarbiturique .... 11 gr. 60
Yohimbine base .... 17 gr. 70

dans 200 grammes d'alcool à 90°. Maintenir l'ébullition dans le vide, sans dépasser 50°, pendant trente minutes. Distiller ensuite l'alcool, toujours dans le vide et à la température mentionnée, de manière à éliminer la presque totalité du solvant. Par refroidissement, le produit se prend en masse cristalline. Essorer les cristaux, laver avec une petite quantité d'éther et laisser sécher sur papier-filtre pendant vingt-quatre heures.

Le produit ainsi obtenu a été essayé comme préventif des fibrillations d'origine électrique, thermique et de la fibrillation par hypertension artérielle.

Le phényléthylbarbiturate de yohimbine comme préventif de la fibrillation d'origine électrique

Quand on excite les oreillettes cardiaques par un courant faradique, celles-ci se mettent à trémuler et les ventricules présentent un rythme affolé, très rapide et très irrégulier. Toutefois, la circulation sanguine ne s'arrête pas dans ces conditions et les contractions ventriculaires, permettent le maintien d'une pression artérielle satisfaisante. On sait, d'ailleurs, que cette trémulation auriculaire existe chez les hommes atteints d'arythmie perpétuelle et que ceux-ci en l'absence de complications asystoliques, peuvent mener une existence à peu près normale.

L'action du phényléthylbarbiturale d'yohimbine sur la trémulation auriculaire a été étudiée par nous sur le cœur du chien.

Après ouverture du thorax de l'animal et établissement de la respiration artificielle, on excite les oreillettes avec un courant faradique progressivement croissant, de façon à déterminer l'excitation liminaire qui provoque une trémulation passagère. On injecte alors au chien, par voie intraveineuse, 0 gr. 0015 de phényléthylbarbiturate d'yohimbine par kilo et on détermine de nouveau le seuil de l'excitation génératrice de trémulations auriculaires. On constate que le seuil n'a pas changé. La substance est donc sans action sur le phénomène envisagé.

Nous avons examiné ensuite l'effet du produit sur la trémulation des ventricules. Cet effet ne peut pas être étudié chez le chien, car on sait que, chez cet animal, dès que la fibrillation ventriculaire s'est installée, les systoles coordonnées ne reparaissent pas et le cœur est irrémédiablement voué à la mort. Il n'en est pas de même chez les rongeurs ; les ventricules du lapin peuvent être mis en trémulation plusieurs fois de suite, sans que la reprise des contractions normales soit empêchée. En somme, chez ce dernier animal, la fibrillation est temporaire aussi bien sur les ventricules que sur les oreillettes, contrairement à ce qui se passe chez le chien.

L'essai se réalise très facilement sur le cœur isolé de lapin, entretenu en survie par une circulation coronaire pratiquée suivant la méthode de Langendorff. On fait passer tout d'abord du liquide de Ringer-Locke normal, et on détermine le seuil du courant faradique qui fait trémuler le ventricule gauche pendant quelques secondes. Quand le cœur a repris ses contractions coordonnées, on fait passer du liquide de Ringer-Locke additionné de phényléthylbarbiturate d'yohimbine, à la dose de 0 gr. 001 p. 1000. On cherche de nouveau le seuil de l'excitation électrique qui provoque la trémulation. On constate qu'il faut augmenter considérablement l'intensité du courant. Voici, d'ailleurs, le résultat de quelques expériences dans lesquelles les chiffres indiquent en centimètres l'éloignement de la bobine induite par rapport à la bobine inductrice du chariot de du Bois-Raymon ; on sait que, tout restant égal du côté de la fréquence du courant, les chiffres les plus forts correspondent aux excitations les plus faibles.

Lapins	Seuil des trémulations avec le Ringer-Locke	Dose de produit ajoutée au Ringer-Locke	Seuil de la trémulation avec le Ringer-Locke additionné de yohimbine
1	17 cm.	0 gr. 001	10 cm.
2	13 cm.	0 gr. 0025	10 cm.
3	17 cm.	0 gr. 004	8 cm.
4	17 cm.	0 gr. 004	7 cm.
5	17 cm.	0 gr. 005	5 cm.

On voit d'après ce tableau que :

1° La résistance à la trémulation augmente sous l'influence du dérivé yohimbinique.

2° Cette résistance devient de plus en plus forte à mesure que la proportion de phényléthylbarbiturate de yohimbine s'élève dans le liquide nourricier.

Le phényléthylbarbituralle de yohimbine comme préventif de la fibrillation d'origine thermique

Il existe, en dehors du procédé électrique, un autre moyen, signalé par Langendorff (1895), de produire artificiellement la trémulation fibrillaire. En élevant la température du liquide nourricier d'une dizaine de degrés au-dessus de la normale, on provoque la fibrillation thermique du cœur isolé de lapin. Si l'expérience n'a pas été prolongée trop longtemps, il est possible, en abaissant convenablement la température de la solution nutritive, de rétablir le fonctionnement régulier de l'organe. On obtient ainsi, avec le même cœur, des périodes de contractions coordonnées, alternées avec des périodes de fibrillation.

L'expérience est réalisée de la manière suivante : le cœur est irrigué avec du liquide de Ringer-Locke à la température de 38°. Après quelques minutes de fonctionnement normal de l'organe, on chauffe le thermostat de manière à porter la solution nutritive à 47°. Le cœur entre alors en trémulations, comme on peut le constater *de visu*. On laisse refroidir le thermostat jusqu'à 38° et les contractions coordonnées se rétablissent. A ce moment, on fait passer, dans le système coronaire, le liquide de Ringer-Locke chauffé à 47° et additionné préalablement de 0 gr. 001 par litre de phényléthylbarbiturale d'yohimbine. Cette dernière solution surchauffée ne provoque aucune fibrillation et se comporte en tous points comme la solution normale à 38°. L'addition du dérivé barbiturique de la yohimbine, à la dose d'un milligramme par litre, empêche donc la fibrillation de se manifester. Ce résultat n'est pas un hasard d'expérience, il se reproduit fidèlement sur les divers cœurs expérimentés.

Le phényléthylbarbiturate de yohimbine comme préventif de la fibrillation par hypertension artérielle

Fröhlich et Paschkis ont établi un rapport étroit entre la fibrillation et la distension des cavités cardiaques consécutive à une augmentation de la pression des artères. Aussi, avons-nous étudié le phényléthylbarbiturate de yohimbine au point de vue de la prévention de la trémulation fibrillaire par hypertension artérielle.

Diverses substances hypertensives jouissent de la propriété de provoquer cette réaction cardiaque. A. Clerc et C. Pezzi (1912) ont décrit la fibrillation nicotinique, M. Tiffeneau et P. Boyer (1922) celle que produit la pelletiérine ; Bardier et Stillmunkes (1922-1925), H. Busquet et Ch. Vischniac (1925) ont expliqué par la fibrillation l'incurabilité de la syncope provoquée par l'adrénaline ou par l'extrait de genêt chez le chien chloroformé.

En ce qui concerne cette syncope produites par les substances hypertensives chez l'animal chloroformé, il est facile de constater l'action préventive du phényléthylbarbiturate de yohimbine. Un chien reçoit par voie buccale, mélangé avec un peu de viande, du phényléthylbarbiturate de yohimbine, à la dose de 2 milligrammes par kilo. Trois heures après, on anesthésie l'animal au chloroforme et on lui injecte 0 mgr. 005 de chlorhydrate d'adrénaline ou la quantité équivalente du principe sympathomimétique de genêt. L'une et l'autre de ces deux dernières substances provoquent, on le sait, l'arrêt immédiat du cœur en trémulations ventriculaires, chez l'animal chloroformé. Au contraire, chez le chien traité par le dérivé barbiturique de la yohimbine, et ultérieurement chloroformé, le cœur continue à battre normalement après l'injection d'adrénaline ou de toute autre substance hypertensive.

On peut assurément se demander si cette expérience est bien

probante au point de vue qui nous intéresse. Il est, en effet, permis de soutenir que la fibrillation cardiaque, après adrénaline chez le chien chloroformé, est provoquée non par l'élévation considérable de la pression artérielle, mais par une action directe des deux substances (chloroforme et adrénaline) agissant simultanément sur les ventricules. Des expériences sur le cœur isolé de lapin, entretenu en survie par une circulation coronaire faite sous faible pression, nous permettent d'éliminer cette objection. Dans ces conditions, nous avons fait agir simultanément sur l'organe le chloroforme et l'adrénaline en solution dans le liquide nutritif et nous n'avons pas obtenu la fibrillation ventriculaire. Celle-ci paraît donc exiger, pour apparaître sous l'influence des deux substances précitées, l'intervention du facteur hypertension artérielle ou, ce qui revient au même, la distension des cavités cardiaques.

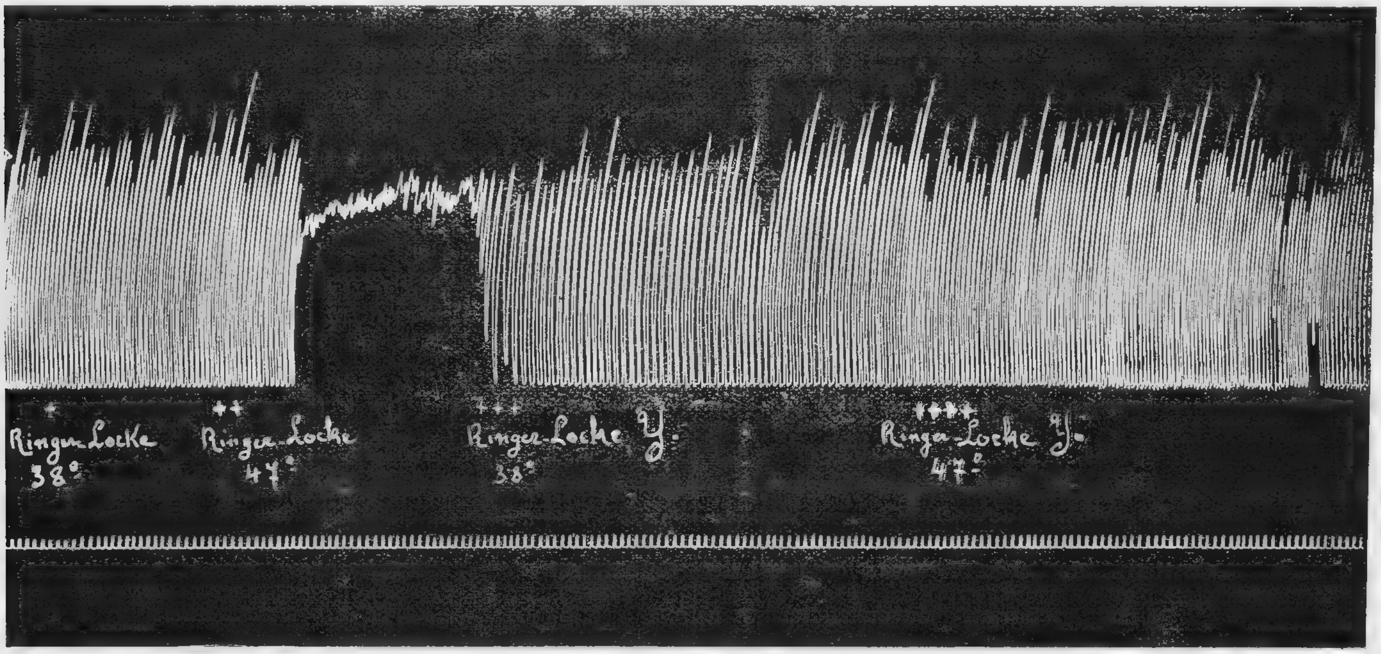
Tous les essais relatés ci-dessus ont été répétés également avec la yohimbine seule : cet alcaloïde donne qualitativement les mêmes résultats que son dérivé barbiturique. On peut l'employer sans inconvénient dans les expériences faites sur le cœur isolé; mais, quand on opère sur l'animal entier, l'alcaloïde seul provoque, aux doses employées, un état de choc violent qui gêne l'expérience et qui ne s'observe pas avec le dérivé barbiturique.

Suggestions thérapeutiques

Reste maintenant la très importante question de savoir si ces résultats peuvent être transportés en thérapeutique humaine. La trémulation fibrillaire s'observe, en effet, chez l'homme, dans les accidents de l'électrocution et dans la mort subite par coup de chaleur. On sait aussi que le trouble du rythme cardiaque, désigné sous le nom d'arythmie perpétuelle, est dû à la trémulation des oreillettes. En outre, dans les syncopes cardiaques du début de la chloroformisation, on distingue des syncopes relativement bénignes (d'origine pneumogastrique) et des syncopes fatalement mortelles, dues à la fibrillation des ventricules. Ces dernières sont identifiées avec la syncope adrénalino-chloroformique. On suppose, en effet, que dans les premières minutes de l'anesthésie, l'émotion, l'angoisse, les mouvements désordonnés du malade ou toute autre cause peuvent provoquer une décharge massive de l'adrénaline des surrénales. Celle-ci, se trouvant en présence du chloroforme utilisé comme agent anesthésique, produit une fibrillation ventriculaire fatale. Enfin, la mort subite dans le cas d'angine de poitrine est également considérée comme résultant d'une fibrillation ventriculaire.

Il est assurément impossible de vérifier, chez l'homme, dans la plupart de ces conditions, les effets préventifs d'un médicament. Toutefois, en ce qui concerne la syncope mortelle du début de l'anesthésie chloroformique, il est logique de penser qu'on pourrait l'empêcher, chez l'homme comme chez le chien, par l'ingestion préalable du dérivé barbiturique de la yohimbine.

Pour ce qui est des effets préventifs dans l'angine de poitrine, l'emploi du médicament, chez des hypertendus angineux, nous a fourni déjà quelques éléments d'appréciation. On sait que ce produit s'administre, à titre d'hypotenseur, à la dose de quinze à vingt milligrammes par jour. Or, notre expérience personnelle du médicament et notre enquête auprès des praticiens qui l'ont utilisé chez leurs malades nous a permis de faire les constatations suivantes : 1° cette substance calme l'éréthisme cardiaque, mais elle n'empêche pas les grands angineux d'avoir des crises douloureuses ; 2° sur dix-neuf sujets de cette dernière catégorie traités au cours des dix-huit derniers mois, aucun cas de mort subite, au moment d'une crise (1), n'a été observé. Cette constatation pose donc la question de savoir si, dans ce cas, la prévention ne serait pas effective.



Prévention de la fibrillation thermique par le phényléthylbarbiturate de yohimbine sur le cœur isolé de lapin.

En +, irrigation coronaire par le liquide de Ringer-Locke normal à 38° ; en ++, même liquide porté à 47° : apparition de la fibrillation ; en +++, irrigation du cœur avec du liquide de Ringer-Locke additionné de phényléthylbarbiturate de yohimbine, à 38° : réapparition de contractions coordonnées; en ++++, même liquide yohimbiné à la température de 47° : le cœur s'accélère légèrement, mais ne fibrille pas.

En résumé, le phényléthylbarbiturate d'yohimbine se révèle comme la substance qui, jusqu'à présent, paraît la plus efficace contre la fibrillation ventriculaire artificiellement provoquée, chez l'animal. Il est logique d'admettre qu'en thérapeutique humaine, elle peut rendre des services précieux dans les cas où cette fibrillation entre en jeu.

Notre étude ne fait qu'attirer l'attention sur cet important problème, en fournissant à la solution proposée une base expérimentale solide. Une longue expérience clinique du médicament permettra seule de juger si les espoirs qu'il fait naître sont fondés.

D'ailleurs, cette expérience se réalisera d'autant plus facilement que le phényléthylbarbiturate de yohimbine trouve un emploi très fréquent chez les hypertendus dont il supprime les spasmes vasculaires et l'éréthisme cardiaque. Comme ces malades comptent un pourcentage élevé de grands angineux, la notion des effets préventifs du médicament sur la syncope cardiaque par trémulation ventriculaire se dégagera tout naturellement de l'observation prolongée des hypertendus qui en feront usage.

(1) Deux de ces malades sont morts, l'un d'œdème aigu des poumons et l'autre d'urémie.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

La méningite bacillaire est banale par son tableau clinique; néanmoins certains cas présentent un intérêt particulier comme le suivant, qui se caractérise par les points suivants :

1° Début brusque comme une maladie aiguë grippale.

2° Evolution lethale rapide en douze jours après le début manifeste de la maladie.

3° Aggravation immédiate et indubitable de la maladie après la première injection de sérum de Jousset et la première séance de radiothérapie.

4° Oscillation très frappante des réponses aux excitations au cours des manœuvres pour la mise en évidence des réflexes ostéo-tendieux.

5° Carphologie génitale.

(Schachter Nancy. Remarques neurologiques autour d'un cas de méningite tuberculeuse à évolution rapide. *Revue médicale de Nancy*, 1er février 1937.)

Une série d'articles sur l'acrodynie infantile est destinée à présenter l'état actuel de cette maladie énigmatique dans la région du Sud-Est de la France. En voici les conclusions essentielles :

Leenhardt et Boucomont signalent la nécessité de pratiquer l'étude du fond de l'œil, celle de la chronaxie, l'examen du système neuro-végétatif pour apporter un peu de clarté.

Beutter reconnaît que nous n'avons que bien peu de précisions sur la question épidémiologique et que les enquêtes de cet ordre, bien que difficiles à mener, doivent être poursuivies avec persévérance.

Lamy et Proskouriakoff notent la prédilection de cette maladie pour la première enfance, sa recrudescence en 1934-1935 et sa fréquence à Grenoble et dans la région.

Barre apporte une statistique de 32 cas ; il n'a rien observé qui n'ait été décrit et il a retrouvé chez ses petits malades presque tout ce qui a été décrit.

(*Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1937).

L'amnésie post-typhique est assez mal connue des praticiens.

« L'amnésique n'est pas reconnu comme un auteur qualifié pour décrire son auto-observation. Si, doué d'une certaine culture intellectuelle, il peut exécuter ce travail, il décrit des faits inconnus, auxquels les médecins praticiens ordinaires s'intéressent peu.

« Si les médecins praticiens non spécialisés s'intéressent à quelques réalités et s'en étonnent, ils ont une trop facile tendance à considérer le malade amnésique comme un être qui se trompe.

« Si le malade décrit son état avec détails, il est jugé trop prolixe ; s'il ne donne pas de détails, il est considéré comme un malade incapable et amoindri. »

Il faut distinguer deux mémoires, celle du passé accompli et celle du futur à accomplir, c'est-à-dire des projets.

(Chevillet. Amnésie post-typhique. *Revue médicale de Nancy* 15 février 1937).

L'injection intra-cardiaque constitue une thérapeutique d'urgence et mérite d'entrer dans la pratique courante. La technique est simple :

Il faut avoir une aiguille-trocart à ponction de 8 cm. de long et de 8/10 de mm. de diamètre, une seringue en verre de 2 c. c. La voie d'abord est le 4e espace intercostal gauche ; on enfonce l'aiguille perpendiculairement au ras du bord sternal.

L'indication majeure est la syncope grave prolongée, lorsque tous les moyens habituels employés ont échoué. Il faut pratiquer l'injection intra-cardiaque avant la dixième minute de la syncope. (Bethoux. L'injection intra-cardiaque en pratique courante. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 1er mars 1937.)

Le traitement des vomissements graves de la gestation n'est efficace qu'à la condition de pratiquer l'isolement rigoureux dans une clinique ou à l'hôpital. Le traitement médical comprend :

1° Un traitement de base : diète absolue pendant 24 heures ; sérum salé sous-cutané ; sérum glucosé en goutte à goutte rectal ; médicaments sédatifs ; reprise de l'alimentation liquide après un jour plein de diète absolue ; reprise de l'alimentation solide au troisième ou quatrième jour ; retour immédiat à la diète absolue en cas de récidive réelle.

Un traitement symptomatique presque constant chez les vomisseuses : ésérine en cas de syndrome solaire et de forte tachycardie, belladone chez les hypervagotoniques, adrénaline chez les hypotendues.

L'avortement therapeutique conserve ses indications, vraiment exceptionnelles si les directives précédentes sont suivies. (Voron et Pigeaud. Traitement des vomissements graves de la gestation. *Journal de médecine de Lyon*, 5 février 1937.)

Les vins marocains ne le cèdent en rien aux vins européens au point de vue de l'action bactéricide à l'égard du bacille d'Eberth. 15 minutes suffisent pour détruire une quantité de bacille d'Eberth superieur à celle suceptible d'être réalisée par les contaminations les plus massives auxquelles l'homme est exposé.

Le pouvoir bactéricide est analogue mais moins marqué vis-à-vis des bacilles dysentériques.

(Remlinger et Bailly. Action des vins marocains sur les microbes de la fièvre typhoïde et de la dysenterie. *Maroc médical* 15 février 1937.)

Varia

La médecine n'est pas, heureusement pour elle et pour les humains, une science fixe (J. Vergely, de Bordeaux.)

Il faut toujours se méfier des sciatiques doubles et leur trouver une cause anatomique précise (Nordman, de Saint-Etienne.)

J. LAFONT

Echos et Glanures

Delacroix soigné par Chaussier. — *M. André Joubin publie dans la* REVUE DES DEUX MONDES (15 avril 1937) *des lettres inédites d'Eugène Delacroix à sa sœur, précieuses pour la connaissance de la vie de Delacroix, entre 1820 et 1825. Il est surtout question d'affaires, « de pauvres petites affaires d'argent » de celles qui préoccupent les gens affreusement ruinés et réduits à une gêne voisine de la misère ». Il y est aussi question de la santé de Delacroix qui, à cette époque, fut atteint d'une fièvre continue que les médecins ne purent guère expliquer et dont la disparition greva singulièrement le budget du jeune peintre :*

« M. Chaussier, écrit Delacroix le 16 janvier 1821, a chassé ma fièvre : mais ce n'est pas gratis. Il a commencé par m'ordonner des pilules dont j'ai pris deux par jour pendant six jours et elles coûtaient un franc la pièce, ce qui fait douze francs si je sais compter. Premier échec à la bourse. Ensuite, quand je fus trouver le docteur pour la seconde fois seulement, comme je remarquai en lui un air sombre, malgré les compliments que je lui faisais de ta part pour lui faire voir que j'étais ton frère, je résolus donc de risquer de mettre sur sa cheminée quelque argent, pensant que s'il ne jugeait pas convenable de l'accepter il me le dirait et me tirerait d'embarras. J'y hasardai donc mes dix francs. Il n'en fut pas comme j'avais pensé. N'y ayant été que deux fois, je regardais cette somme comme suffisante. Mais le bon M. Chaussier, comme tu l'appelles, se mit à regarder mes dix francs en se grattant la tête et voici quelles furent ses propres paroles : « Monsieur, nos consultations se paient d'ordinaire mieux que cela ». C'était parler français et clairement. Je tirai donc de ma poche dix autres francs en lui faisant une révérence qui exprimait ma satisfaction. Voilà l'histoire de ma maladie. Pilules de douze francs, consultation de vingt francs, ce qui en conscience est au-dessus de mes moyens... »

Et la maladie continuant encore au milieu d'avril, Delacroix va consulter A. Dubois :

« J'ai été dernièrement obligé de consulter M. Dubois pour ma fièvre. Je désirais en finir et ne pas me confier à un charlatan. J'y ai été trois ou quatre fois et il m'en a coûté 30 francs. Ajoutes-y 10 francs de potion en deux fois, avec laquelle il me coupe ma fièvre, tu jugeras s'il m'a fallu sur tout le reste user d'économie pour faire face à toutes ces dépenses ».

Soucis d'argent, santé toujours précaire, voilà deux ennemis contre lesquels Delacroix aura longtemps à lutter.

Dieulafoy chez la princesse Mathilde. (JOURNAL DES DÉBATS, 8 avril 1937). — *Notre confrère* LA VIE *a eu communication d'une page des « Carnets intimes » de Paul Margueritte. Le romancier y décrit une réception à la quelle il vient d'assister chez la princesse Mathilde :*

« Entre beaucoup de figures parisiennes dans le défilé du Tout-Paris d'élite, ma mémoire retrouve le masque rasé et souriant de Sardou, qui a l'air d'un vieil acteur de la Comédie française, la tête barbue d'Henry Houssaye, réduction gréco-hébraïque du *Moïse* de Michel-Ange ; les traits hautains du prince Louis-Bonaparte. Et je revois encore le beau visage si séduisant et si fin de Georges de Porto-Riche, qui semble un prince de la Renaissance italienne, à côté du pédagogue que paraît Emile Ollivier avec ses favoris blancs.

« Emile Ollivier parle sur Lamartine, Balzac, Thiers, Michelet, d'un ton satisfait. Singulière impression de voir se survivre l'homme d'un de ces mots malheureux qui, dans l'Histoire, restent plus accablants que des actes.

« A ces derniers, le Docteur Dieulafoy, sec, nerveux, accent du Midi, raconte le consultation qu'il a donnée, à la danseuse Grille d'égoût, pour une enflure à l'orteil, et comment, voulant lui montrer sa souplesse, elle a levé la jambe jusqu'au lustre ; puis ce mal bizarre d'un homme qui meurt et ressuscite plusieurs fois par jour, et dont la respiration tour à tour ralentie et renaissante fait passer ses héritiers de l'espoir le plus vif au découragement le plus morne.

« Histoire que la princesse écoute avec ce sourire qui lui est propre : amusé et un peu dégoûté. »

Au Collège de France. — *De M. Léon Daudet dans l'*ACTION FRANÇAISE (20 mars 1937) :

On lit dans la presse le communiqué suivant, au sujet du Collège de France :

« L'Assemblée des professeurs du Collège de France, qui s'est réunie dimanche, a décidé de proposer au ministre de l'Education nationale de rétablir la chaire de médecine. Ce cours était interrompu depuis le décès de M. Charles Nicolle, qui avait succédé au Professeur d'Arsonval, lequel succéda à Claude Bernard.

« C'est donc une grande tradition que le Collège de France vient de prendre l'initiative de renouer. Dès que cette chaire illustre aura été officiellement rétablie par le ministre de l'Education nationale, l'assemblée des professeurs se réunira pour en désigner le nouveau titulaire qui sera, sans doute, un professeur d'une grande faculté de province. »

....

Quant à l'ouverture de la succession de Charles Nicolle, elle éveille en moi un douloureux souvenir : la première leçon, dans la chaire de Claude Bernard et de d'Arsonval, de ce magnifique esprit qu'était mon vieil ami, entouré ce jour-là de son illustre prédécesseur, de Calmette, de Roux, de toute l'élite de la culture scientifique française. Ce cours inaugural fut admirable de simplicité, de logique et d'esprit. Quand il fut achevé, nous fûmes invités par Bédier à un goûter délicieux, et chacun voyait se lever, avec les leçons du nouveau maître, encore une aube de gloire pour la vieille maison. C'était, on peut le dire, une atmosphère royale, et l'on n'eût pas été étonné de voir sortir de la tapisserie le Roi François, avec ses yeux rieurs et sa joue un peu enflée, les dentistes n'étant pas fameux au XVI[e] siècle. Ces minutes excellentes passent vite, hélas !

La meilleure étude consacrée à l'extraordinaire savant qu'était Charles Nicolle fut celle de Georges Duhamel, dans la *Revue de Paris*. Elle joignait la science à l'amitié, la seconde éclairant de ses feux la première. Je n'ai rien trouvé de comparable dans la presse médicale proprement dite, alors que la découverte, par Charles, des « maladies latentes » est une des plus im-

portantes de la médecine, et que le *Destin des maladies infectieuses* dépasse, à mon avis, de beaucoup, l'*Introduction à la médecine expérimentale*, de Claude Bernard. Disons-le, la doctrine du déterminisme (quel affreux mot !) est faible, pleine de trous, *plena rimarum*. Chose curieuse, Claude Bernard avait écrit pour le théâtre, et Charles Nicolle a écrit des romans, l'un et l'autre attestant ainsi cette connexion pérenne des lettres et de la médecine dont Rabelais demeure l'illustre exemple.

La « maîtresse rousse » du Connétable et le Docteur Rocaché. — Dans le quatrième numéro des *Cahiers Aurevilliens*, le Docteur Robert Cornilleau ressuscite un savant médecin de campagne, Joseph-Benigne Rocaché (1779-1858), de qui le Connétable écrit, dans *Une histoire sans nom* : «.... Le plus fort praticien peut-être du XIXe siècle, Rocaché, vécut toute sa vie dans une obscure bourgade de l'Armagnac noir, où il fit pendant plus de cinquante ans des miracles de guérison... »

« C'est à la Bastide d'Armagnac, dans les Landes, bourgade située à la lisière de ce département et de celui du Gers, qu'exerçait le Docteur Rocaché, Barbey d'Aurevilly l'y connut quand il vint à la Bastide chez la baronne de Bouglon (l'Age blanc), qui habitait, les mois d'été, « sa belle demeure, la Bastidienne ».

Durant un séjour à la Bastide d'Armagnac, Barbey d'Aurevilly tomba gravement malade. Il s'agit probablement d'une de ces bronchites auxquelles il était sujet et qu'il appelait « le collier de force d'un affreux mal de gorge ». Sans doute sa bronchite s'accompagna-t-elle de quelques complications au cœur et au foie. Car, à cette époque, Barbey sacrifiait, beaucoup moins d'ailleurs qu'on ne l'a dit, mais tout de même un peu, à celle qu'il invoquait comme sa « maîtresse rousse ». C'était tout simplement l'eau-de-vie, et avant de délaisser cette « rude maîtresse plus fauve qu'un jaguar, plus rousse qu'un lion.... » il la chanta dans un splendide poème. Barbey fut soigné par Rocaché qui le reçut même chez lui. Et il est assez vraisemblable que ce fut sur les conseils du médecin de la Bastide que la baronne de Bouglon détourna Barbey de la funeste « maîtresse rousse ».

> Elle prit ses gants blancs et les mit dans mon verre
> Et me dit, en riant, de sa voix douce et claire :
> « Je ne veux plus que vous buviez »
> Et ce simple mot-là décida de ma vie.

« L'Ange blanc » fit le miracle dont le médecin de la Bastide aura été l'inspirateur. »

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BELOT (Dr Th.). — **Le syndrome du virilisme de la femme.** 60 p. Br. : 25 fr. (*Maloine*).

BENSAUDE (Alfred). — **L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum.** Ill. 17 fig. 136 p. Br. : 35 fr. (*Masson.*)

BESREDKA (A.). — **Les immunités locales.** 224 p. Br. : 35 fr. (*Masson.*

BINET (Léon). — **Leçons de physiologie médico-chirurgicale,** deuxième série. ill. 42 fig. 138 p. Br. : 36 fr. (*Masson*).

BROCARD (Dr Henri). — **Physio-pathologie de l'innervation hépatique,** 296 p. Br. : 60 fr. (*Vigot*).

CHAUMET (G). — **Traité de radiodiagnostic.** T. III. 208 p. 98. fig. 96 pl. Br. : 90 fr. (*Vigot*).

DECHAUME (M.) et DEROBERT (L.). — **L'expertise en stomatologie.** Ill. 70 fig. 152 p. Br. : 30 fr. (*Masson*).

JOYEUX (Ch.) et SICÉ (A.). — **Précis de médecine coloniale.** Coll. de Précis Médicaux. Ill. 240 fig. 1.250 p. Br. : 110 fr. ; Rel. : 170 fr. (*Masson.*)

LEGUEN (Félix) et PAPIN (Et.). — **Précis d'urologie.** 2e éd. 550 p. Br. : 125 fr. ; Cart. : 140 fr. (*Maloine.*)

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 18 — 1er MAI 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 4 mai. — M. ALTAR : Contribution à l'étude de la tuberculose pubienne (osseuse et ostéo-articulaire). — M. JÉGOUREL : Etiologie des arthrites à pneumocoques de cause extra-pulmonaire. — M. GEORGET : Tuberculinothérapie transcutanée de l'érythème induré de Bazin. — M. ROUHER : Un procédé opératoire de l'ectropion sénile.

5 mai. — Mme KRUMHOLZ : Remarques sur le rétrécissement cardio-œsophagien. — Mme CONGY-AUDIBERT : Contribution à l'étude de la coxite gonococcique à forme grave de l'adulte.

— AGRÉGÉS EN EXERCICE — MM. de Gennes, Bariéty, Améline et Renard, institués agrégés en 1936, sont nommés agrégés à compter du 1er février 1937.

— RÉCOMPENSES (année scolaire 1935-1936). *Médaille d'argent.* — MM. Blanquine, Bloch (L.-J.), Hécart, Hausser, Valentin, Mme Buvat née Cottin, MM. Facquet, Sallet, Cachin, Chadourne, Joly, Lehmann, Paul, Pergola, Robert, Bargeton, Cahuet, Viala, Courtial, Fiehrer, Levaditi, Livieratos, Ménétrel, Mme Bourgeois née Proche, Mme Milice-Bonnefoy, MM. Tribalet, Demaldent, Leroux, Bernard (A.-S.-J.), Friedmann, Frumusan, Hamburger, Laplane, Meillaud, Calvet (J.-E.-P.), Tran Quang De, Eeck, Hannion, Micoud, Sanjurjo y Ramirez, Beuzart, Mlle Hoon, MM. Patey, Beaufils, Lance, Mlle Wix, MM. Silva Pena, Jomain, André, Delamare, Coen, Landrieu, Laurel, Mlle Jammet M. Mahoudeau, Mme Schrameck, MM. Grégoire, Aboulker, Mialaret, Boudin, Messimy, Barraya, Boudreaux, Vaisman, Thorel, Gabriel, Guilly, Salles, Tavennec, Leblanc, Bachman, Moline, Roy, Delon, Anglade, Fourestier, Pescaralo, Reyt, Lantz, Peycelon, Villaret, Bonnardel, Halbron, Halpern, dit Gelbard, Lambling.

Médailles de bronze. — MM. Millot, Ngo Gnoc Guyen, Oudin, Relier, Vouletitch, Bare, Zimmer, Gorse, Peschard, Mlle Renie, Mlle Thierry, MM. Vogel, Barry, Mlle Barret, MM. Castello, Chorine, Etienney, Nematollahi, Bouaziz, Bons, Fabre, Tuchmann, Brizart, Braillon, Mlle Comby, MM. Hesse, Monnier, Netter, Bour, Mme Julia, MM. Salleron, Garcia de Soria, Mme Vve Limananska, M. de la Lande de Vallière, Mitoff, Vignes, Gillon, Gaquière, Fradin, Liberson, Rivero y Gastro, Benzaquen, Cabezas-Duffner, Coletsos, Mlle Houzeau, Mme Adam née Laborde, MM. Bridot, Carles, Lucquin, Mlle Rendu, MM. Royer de Véricourt, Chève, Collart, Lepetz, Feldstein, Henry, Schmid, Daskalakis, Lemasle, Rousseau, Dutheil, Galbrun, Ravelo, Daniels, François-Dainville, Creusot, Charenton, Mlle Cousin, MM. Macé de Lépinay, Kraviecki, Loiseau, Rachet, Salomon, Duguay, Lenoir, Pouget, Savignon, Sfeit, Szeker, Voignier, Cassiau, Girault, Pollet, Sarrazin, Buding, Szollosi, Pizon.

Mention honorable. — Le Seac'h, Weil, Torrel, Fleys, Thomas de Closmadeuc, Bardou, Zajtman, Maceo y Markle, Martin (J.) Fort, Doreau.

Clinique médicale propédeutique DE L'HOPITAL BROUSSAIS (96 rue Didot. Professeur Emile Sergent). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, aura lieu le lundi 7 juin et samedi 3 juillet inclus.

Une affiche donnera prochainement le programme détaillé.

Clinique des maladies du système nerveux. — *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux,* par M. Ivan BERTRAND. — M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire, commencera le lundi 14 juin 1937, à la Salpêtrière, dans la Clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices pratiques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques.

Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 heures, à la Clinique Charcot de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital), du 14 juin au 26 juin 1937.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Cerveau sénile. — 2° Syphilis nerveuse. — 3° Tuberculose des centres nerveux. — 4° Encéphalites. — 5° Poliomyélites. Maladie de Landry. Rage. — 6° Sclérose latérale amyotrophique. Sclérose en plaques. — 7° Compressions médullaires. Syringomyélie. — 8° Tumeurs cérébrales. — 9° Encéphalopathies infantiles. — 10° Maladies familiales. — 11° Affections du cervelet. — 12° Affections des nerfs et des muscles.

Techniques de Nissl, Weigert, Pal, Bielschowsky, Cajal, Lhermitte, Marchi, Alzheimer, Rio del Hortega, etc.

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 francs, sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures et à la salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi).

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Frœhlich, professeur de clinique de chirurgie infantile et orthopédeutique, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de service, à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bugnard, professeur sans chaire, est nommé professeur de pharmacodynamie (chaire nouvelle).

Faculté de Bordeaux. — M. Delaunay, professeur de chimie biologique, est transféré dans la chaire de physiologie (chaire nouvelle).

Assistance publique. — CONCOURS DES CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — *Première épreuve clinique.* — Séance du 13 avril : Ont obtenu : MM. Chabrut, 16 ; Padovani, 18 ; Sauvage, 18.

Séance du 15 avril : MM. Gosset, 16 ; Longuet, 16 ; Mouchet, 16 ;

Séance du 17 avril : MM. Couvelaire, 20 ; Gérard Marchant, 19.

Epreuve de médecine opératoire (séance du 19 avril) : ont obtenu : MM. Gérard-Marchant : 29 ; Couvelaire, 27 ; Gosset, 29 ; Longuet, 23 ; Sauvage, 24 ; Mouchet, 26 ; Padovani, 28.

Deuxième épreuve clinique. — Séance du 21 avril : Ont obtenu MM. les docteurs : Gérard Marchant, 18 ; Padovani, 17 ; Gosset, 17 ; Mouchet, 17 ; Couvelaire, 19.

Sont déclarés admissibles à l'épreuve de thérapeutique chirurgicale : MM. Gérard Marchant, 66 points ; Couvelaire 66 points ; Padovani, 63 points ; Gosset, 62 points.

Concours de Médecin des Hopitaux (premier concours de nomination) : MM. les Docteurs Apert, Milian, Nobécourt, Armand-Delille, Baudouin, Paisseau, Sezary, Chiray, Touraine, Brodin, Toupet (qui ont tous accepté).

Concours d'accoucheur des hôpitaux. Jury : MM. les Docteurs Devraigne, Rudaux, Macé, Couvelaire, Cliaz, Ombredanne Darré.

Lecteurs : MM. Lantuejoul et Ravina.

Censeur : M. Digonnet.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (admissibilité). — Notes obtenues aux épreuves écrites anonymes : MM. Peuteuil ; 42 ; Bernard, 43 ; Baude, 39 ; Brunet, 42 ; Mme Tedesco, 41 ; Humbert, 40 ; Frain, 34 ; Lebouchard, 34 ; Corbier, 29 ; Moro, 25.

Oral. Première épreuve pratique : Visitez la salle C et dites si l'installation électrique est réglementaire et s'il y a des fautes de protection électrique. Ont obtenu : Mme Tedesco, 7 ; Peuteuil, 14 ; Mme Baude, 12 ; Frain, 14 ; Humbert, 13 ; Bernard-7 ; Moro, 13 ; Brunet, 14 ; Lebouchard, 8.

Deuxième épreuve pratique : Faire au tableau noir un schéma circuit galvanique monté avec un rheostat ou réducteur de potentiel. Avantages et inconvénients pour la source d'alimentation et pour le malade. Ont obtenu : Mme Peuteuil, 14 ; Mme Baude, 13 ; Bernard, 10 ; Moro, 14 ; Frain, 13 ; Lebouchard, 12 ; Mme Tedesco, 11 ; Humbert, 13 ; Brunet, 14.

Total des points : Mme Peuteuil, 71 ; Brunet, 70 ; Humbert, 66 ; Mme Baude, 64 ; Frain, 61 ; Bernard, 60 ; Mme Tedesco, 59 ; Lebouchard, 54 ; Moro, 52.

Sont déclarés admissibles : M. Peuteuil, Brunet, Humbert Mme Baude.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le mercredi 19 mai 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscription est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Ministère des Pensions. — *La rémunération des médecins vacateurs de la Commission consultative médicale* st ainsi fixée.

Art. 1er. — Les médecins vacateurs de la commission consultative médicale sont agréés par le ministre des pensions après un stage probatoire effectué près ladite commission.

Ces médecins sont répartis, suivant les besoins du service, en médecins examinateurs de dossiers et en médecins vérificateurs. Cette répartition est fixée par arrêté du ministre des pensions, dans la limite des crédits budgétaires.

Art. 2. — Il est alloué par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 francs pour les médecins examinateurs et à 18 francs pour les médecins vérificateurs.

En aucun cas les médecins visés à l'alinéa ci-dessus ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Aucune rémunération n'est due, sauf en cas de force majeure, aux médecins qui n'effectueraient pas à la commission au moins vingt heures de présence effective par semaine.

Les vacations pourront être interrompues pour raison de congés, sous réserve que les absences ne dépasseront à aucun moment le tiers de l'effectif des médecins vacateurs de la commission consultative médicale.

Art. 3. — Il est exigé de chaque médecin examinateur de dossiers un rendement horaire minimum. Ce rendement horaire est fixé par le président de la commission, d'après la nature des dossiers étudiés,

Art. 4. — Les vacations prévues à l'article 2 ci-dessus sont liquidées mensuellement.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins commandants : Rolland, de la base aérienne de Chartres, à l'E.-M. de la 4e région aérienne ; Drelet, de la base aérienne de Dijon, à l'E.-M. de la 1re région aérienne ; Tournier-Lasserve, de la base aérienne de Pau, à l'E.-M. de la 2e région aérienne ; Cros, des troupes de Tunisie, au 71e d'art. ; Menville, du centre de réf. de Rouen, au 149e d'inf. ; Marican, de la base aérienne de Tours, à l'E.-M. de la 3e région.

Les médecins capitaines : Noaillac, du 149e d'inf., au centre de réf. de Lyon ; Peyré, du 71e d'art., au 19e C. A. ; Leboucq, du 18e génie, au 510e chars ; Ravel, du 6e tir. marocains, aux troupes de Tunisie ; Ramnoux, du 404e déf. contre aéronefs, à la base aérienne de Chartres.

Les médecins lieutenants : Peyronnel, du 141e d'inf., aux troupes du Maroc ; Prades, du 504e chars, au 162e d'inf. ; Masse, des troupes du Levant, au 404e de déf. contre aéronefs ; Dillange, du 72e d'art., au 18e génie ; Guignon, du 162e d'inf., à l'hôpital du camp de Mourmelon ; Rimbal, du 73e bat. alpin de fort., au 141e d'inf. ; Miahle, de l'hosp. mixte de Perpignan, aux troupes du Maroc ; Nadaud, de l'hosp. de Verdun, au 6e tir. marocains ; Birou, de l'hôp. du camp de Mourmelon, au 73e bat. alpin de fort.

Médecins sanitaires maritimes.— Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène) le 28 juin 1937.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au sous-secrétariat d'Etat à la Marine marchande (direction de la flotte de commerce et du travail maritime) 3, place de Fontenoy (VIIe).

Cette demande devra être établie sur papier timbré, et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

Sanatoriums publics. —M. le Docteur Weigert a été nommé médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

— Mme le Docteur Rougier-Marmet, médecin adjoint au sanatorium du département du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été mise, sur sa demande, en disponibilité, à dater du 15 mars 1937.

Voyages d'etudes aux stations thermales et climatiques. — Le Commissariat général au tourisme met à la disposition des étudiants français, 15 à 20 bourses de voyages individuelles qui, cette année (été 1937) remplacent le petit V. E. M.

Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 francs et ne dépassera pas 1.000 francs.

Conditions d'obtention des bourses de voyage. — 1° Les bourses sont réservées aux étudiants de 5e année ayant été reçus à l'examen de thérapeutique et d'hydro-climatologie thérapeutique.

Il sera tenu compte dans leur choix de leurs titres hospitaliers et des notes qu'ils ont obtenu à l'examen de thérapeutique ;

2° Les candidats aux bourses feront connaître au moment de leur inscription, leurs titres, leur note à l'examen de thérapeutique, et la région thermo-climatique, où, de préférence, ils désireraient faire leur voyage d'études. On leur demande l'obligation de visiter trois stations au minimum et de séjourner dans chacune d'elles trois jours au minimum.

3° A leur retour de mission, les bénéficiaires devront remettre au professeur d'hydrologie à l'intention du Centre national du tourisme, du thermalisme et du climatisme, un mémoire justificatif détaillé sur leurs observations relatives à chacune d'elles et éventuellement sur les travaux qu'ils auront effectués.

Inscriptions. — Les inscriptions des candidats sont reçues tous les jours au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1, de midi à 15 heures), jusqu'au 1er juin 1937.

Les candidats agréés, seront convoqués à cette date par le Professeur Maurice Villaret, au Laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutique, en vue de répartir leur destination et le montant de leur bourse.

Congrès International de la protection de l'Enfance. — Les questions portées à l'ordre du jour sont :

Section médicale. — *a*) Hygiène alimentaire de la deuxième enfance et de l'enfance d'âge scolaire ;

b) Les convulsions infantiles ; leurs causes ; l'avenir des convulsifs.

Section pédagogique. — Les sanctions en éducation ; leur légitimité, leurs modes, leurs résultats.

Section juridique. — *a*) Influence de la réglementation du cinéma eu égard à la sauvegarde des mineurs ;

b) N'y a-t-il pas lieu d'instituer un tribunal unique qui serait spécialisé pour toutes les questions concernant l'enfance ?

Section sociale. — *a*) La protection de l'enfance par les allocations familiales ;

b) Le taudis. Action sur la famille et sur l'état physique, psychique et moral de l'enfant.

Pour tous renseignements, s'adresser 67, avenue de la Toison d'Or, à Bruxelles (tél. : 12.05.69).

Journées Médicales Internationales de Paris (26-30 juin 1937.) — Les Journées médicales de l'exposition sur les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, comprennent aussi une partie de visites, de fêtes et d'excursions.

Ce programme comporte, après les séances de travail, des visites individuelles à l'exposition, la carte d'adhérent aux Journées médicales donnant droit à l'entrée permanente à l'exposition pendant les cinq journées qui coïncident précisément avec des fêtes très brillantes :

Le samedi 26 juin, il est prévu une visite nocturne de l'exposition, avec regroupement des adhérents, à 23 heures, dans un local où seront servis des rafraîchissements.

Le dimanche 27 juin, Grande soirée de gala et fête de nuit, pour les adhérents et leur famille, au théâtre des Champs-Elysées, de 20 heures à 4 heures du matin.

Le lundi 28 juin, à 17 heures, réception des congressistes à l'Hôtel de ville par le Conseil municipal de Paris. Dans la soirée, fête lumineuse de nuit sur la Seine, « les Mille et une Nuits », partition sonore d'Arthur Honegger.

Le mardi 29 juin, à 20 heures, visite commentée des congressistes et de leur famille aux salles éclairées du Musée du Louvre.

Le mercredi 30 juin, banquet de clôture, par souscription, à Magic-City.

Après les Journées médicales, les 1er et 2 juillet, des excursions à prix réduits sont prévues aux Chateaux et parcs de Versailles, de Fontainebleau, d'Anet, aux châteaux de la Loire et à La Baule, au Touquet Paris-Plage, à Vichy et aux stations du Massif Central.

La cotisation est de 100 francs pour les docteurs en Médecine, les pharmaciens, les vétérinaires, les biologistes (donnant droit au volume des rapports, de plus de 500 pages, qui sera distribué au début des Journées, pour permettre d'en suivre les travaux, et dont la valeur est très supérieure à 50 francs).

La cotisation est de 50 francs pour les internes des Hôpitaux, les étudiants, les femmes et enfants des adhérents (seules les cotisations de 100 francs donnent droit au volume des rapports).

Pour profiter des avantages matériels consentis sur les chemins de fer et dans les Hôtels, et pour pouvoir retenir, dès maintenant, son logement, il y a intérêt à s'inscrire au plus tôt au secrétariat des Journées Médicales, et pour les logements et

renseignements touristiques, aux « Voyages Modernes » 5, avenue de l'Opéra, à Paris.

Envoyer les adhésions au Docteur Louis Lamy, trésorier des Journées Médicales, 18 rue de Verneuil à Paris, accompagnées du montant des cotisations, par chèque, mandat-postal ou chèque-postal n° 1155-60 Paris.

XXIe Congrès de Médecine Légale et de Médecine sociale de langue Française (CONGRÈS INTERNATIONAL). — Le XXIe Congrès se tiendra à Paris, les lundi 24, mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 mai 1937, sous la présidence de M. Crouzon membre de l'Académie de médecine. Vice-présidents : le Prof. Diez (Rome) ; le Prof. De Laet (Bruxelles) ; le Prof. Lande (Bordeaux) ; le Prof. Desclaux (Nantes).

Secrétaires généraux : Les professeurs agrégés Piédelièvre (Paris) et Muller (Lille).

Les sujets de rapports sont les suivants :

1° *Médecine légale générale* : Prof. Palmieri (Italie) ; Les services que peuvent rendre à la médecine légale les recherches biologiques sur le cadavre. M. Melissinos (Athènes) : L'examen histologique de l'utérus après avortement. — 2° *Pathologie traumatique* : *a*) Prof. Bremer et M. Slosse (Bruxelles) : Basedow et traumatismes ; *b*) Prof. agrégé Coste (Paris) : Rhumatismes et traumatismes ; 3° *Psychiatrie* : MM. Ceillier, Schiff et Badonnel (Paris) : Prophylaxie criminelle. — 4° *Médecine sociale* : Prof. Diez (Rome) : La sélection professionnelle en matière de transports en commun.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Piédelièvre, 5, rue Cassini, Paris ; à M. Muller, 14, rue de Friedland, Lille.

Club Aéro-Médical de France. — A l'occasion des Journées internationales d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, qui auront lieu à Paris en juillet prochain, le Club aéro-médical de France organise pour le 7 juillet les PREMIÈRES ASSISES DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE.

La question proposée est : « *De l'importance comparée du sens stéréoscopique et de l'acuité visuelle pour le pilotage des aéronefs* ».

Tous les membres du Corps médical sont invités à assister à la réunion et à participer à la discussion. Les inscriptions et les communications doivent être adressées avant le 1er juin, au secrétariat du Club aéro-médical, 24, rue Pierre-Demours, Paris, 17e.

Association confraternelle des médecins français. — L'Association confraternelle des médecins français, dont le seul but est de remettre un secours immédiat de 10.000 francs au décès de chaque sociétaire, a tenu récemment son assemblée générale annuelle. 890 membres étaient présents ou représentés.

88 adhésions reçues ont porté à 1.861 le nombre actuel des membres cotisants ; 270.000 francs de secours ont été attribués à vingt-cinq familles médicales en deuil, ou à quelques anciens sociétaires âgés de 70 ans et ayant cotisé pendant 25 ans. En 28 ans, plus de 3 millions de secours ont été ainsi versés par l'Association.

Le bureau sortant a été réélu, assurant la continuité de cette œuvre mutuelle d'entr'aide médicale, exemple remarquable de ce que peut accomplir librement la solidarité professionnelle mise au service d'une cause juste et humanitaire.

Pour tous renseignements, écrire au siège social, 10, rue de Strasbourg (Xe), Docteur Barlerin, trésorier, ou au secrétaire général, Docteur Grabaud, 7, rue Lable (XVIIe).

La maison du médecin. — Le Conseil d'administration de l'Œuvre sera heureux de recevoir à Valenton, au Château des Charmilles, le jeudi 6 mai 1937, dans l'après-midi, tous les confrères et leurs familles qui s'intéressent à la Maison de retraite des vieux médecins.

Un autocar partant du 48, boul. de la Bastille, toutes les demi-heures et allant à Brévannes, s'arrête à la porte.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le traitement des intoxications alimentaires, par le Docteur Maurice LOEPER et le Docteur Marcel PERRAULT. Un volume, gr. in-8, 74 pages (collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). Prix : 14 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Les traitements proposés dans cet ouvrage ne sont pas à vrai dire nouveaux ; l'adrénaline, le carbonate de bismuth, le charbon, sont en effet employés depuis bien longtemps, mais ce qui est nouveau, c'est l'interprétation ou le mécanisme et l'indication de ces médicaments ; les auteurs montrent que ces traitements ne relèvent plus de l'empirisme comme autrefois, mais qu'ils sont déterminés spécifiquement par les considérations chimiques et physiologiques qu'ils ont développées. Ainsi se justifie leur emploi et s'explique leur efficacité.

Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de subordination, *Subordination et posture*, par Pierre MOLLARET. Préface du Professeur L. LAPICQUE, membre de l'Institut. Un volume de 442 pages, 60 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre n'est nullement une simple compilation ; l'auteur, doublement compétent en neurologie, à la fois clinicien et expérimentateur, s'est spécialisé depuis une dizaine d'années dans le sujet ; il a relevé pour sa propre édification et sérieusement lu les très nombreux travaux dont il nous parle avec son appréciation motivée. Bien plus, il apporte à la question toute une série de contributions originales, les unes cliniques, notamment l'analyse du signe de Babinski inversé par la posture ; d'autres en pathologie expérimentale sur le singe ; enfin et surtout, des expériences physiologiques très fines et très suggestives sur les variations de chronaxie en fonction de la posture chez le chien. Dans ces expériences on voit, bon gré mal gré, intervenir la pensée de l'animal. Il y a là des faits précis et bien déterminés qui, avec les expériences de Drabovitch et Chauchard sur la chronaxie dans les réflexes conditionnés, nous amènent aux confins de la psychologie.

« La théorie est encore bien incertaine ; il faudra encore beaucoup de travail avant d'y voir clair. L'ouvrage de M. Mollaret nous présente l'état actuel de la question ; il sera consulté avec profit par les chercheurs qui voudraient aller plus loin, comme par tout lecteur désireux de faire, sans plus attendre, connaissance avec ce nouveau et curieux chapitre de la physiologie nerveuse. »

La radiokymographie du cœur et des vaisseaux; par Emile BORDET et H. FISCHGOLD. Un volume de 134 pages avec 66 figures. (Collection Médecine et chirurgie recherches et applications), 30 francs. Masson éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette nouvelle méthode a fait l'objet de nombreux travaux tant à l'étranger qu'en France ; mais aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore été publié chez nous. MM. Bordet et Fischgold ont pensé qu'il était opportun d'exposer, dans un livre relativement court et aussi clair que possible, l'état actuel de la question. Ils ne se sont pas bornés à une simple mise au point ; ils ont largement cité les recherches des auteurs étrangers, mais en les soumettant à une critique raisonnée ou à leur expérimentation. Ils ont, de plus, apporté leur contribution personnelle par les travaux qu'ils poursuivent depuis plusieurs années dans les laboratoires de la Pitié et dont ils ont classé et résumé les résultats.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hépatite ictérigène maligne terminale, complication de cirrhose banale

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et A. VARAY

L'étude précédente n'a porté que sur l'hépatite ictérigène primitive, sur celle qui se développe sur un foie antérieurement normal, ou tout au moins vierge de toute affection sclérosante ou spécifique.

Il en est de **secondaires** et qui peuvent se greffer sur un état pathologique défini, cirrhotique, congestif, adénomateux, tumoral qu'elles viennent compliquer, aggraver et souvent terminer par la mort. Les ictères terminaux des cardiaques, des cirrhotiques sont bien connus. Un grand nombre et des plus classiques sont à notre sens attribuables à la brusque irruption dans le foie du virus de l'hépatite ictérigène.

Nous avons déjà dit plus haut combien, il nous paraissait probable que certaines cirrhoses annulaires ou pénicillées décrites comme secondaires à l'hépatite ictérigène, étaient, en réalité des cirrhoses alcooliques ou syphilitiques dont le processus ictérigène a seulement précipité l'évolution et provoqué la défaillance définitive.

Proportion difficile à fixer, mais certainement importante. Nous en possédons plusieurs cas dont voici le plus démonstratif.

Grâce à l'obligeance de M. Chabrol, nous avons pu l'étudier au double point de vue clinique et anatomique. La voici rédigée par Jacques Loeper :

« Le 1er mai, un malade de 52 ans entre à Saint-Antoine : c'est un éthylique ancien et avéré, mais qui supportait assez bien ses excès. Il a fait, à plusieurs reprises, un peu de subictère, les années précédentes. La crise actuelle paraît d'emblée plus grave que les autres. Elle fut d'emblée ictérique. Elle remonte à quelques jours, et elle devint rapidement comateuse. A son entrée à l'hôpital, le malade ne répond plus aux questions de son entourage.

« La température est à 40°, l'ictère est net, uniforme, mais d'intensité faible, la coloration plutôt jaune-orangé que brun. Il existe des varicosités, sur les joues.

« La respiration est bruyante, régulière et fait penser à celle de certaines acidoses, les sueurs sont abondantes et profuses ; les troubles sphinctériens marqués.

« Il n'existe pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. Le foie est assez gros, palpable ; la rate n'est pas très volumineuse.

L'examen du poumon est négatif : aucune matité, aucun foyer.

« Le coma s'accentue notablement et devient bientôt complet, la langue est rôtie, les urines rares, foncées. Différents dosages sont pratiqués qui n'apportent aucun renseignement pour le diagnostic. La mort se produit au troisième jour.

« La vérification montre un foie gros qui pèse plus de 1.000 grammes irrégulier, clouté, déprimé par place.

« Au microscope, on voit des zones d'atrophie centrale, nécrotique et graisseuse, occupant la plupart des lobules qui restent encore reconnaissables : en bien des endroits, on constate, en outre, une très belle et vieille cirrhose organisée, sèche qui est nettement une cirrhose de Laënnec et qui paraît bien antérieure au processus actuel. »

Nous avons l'impression très nette d'une complication aiguë, ictérigène sur une *cirrhose alcoolique ancienne*, processus surajouté, spécifique sur une hépatite chronique également spécifique, mais la spécificité n'est pas dans le même sens et les deux maladies gardent chacune, leur personnalité.

Cette observation se rapproche d'ailleurs d'une autre observation que nous trouvons dans le travail d'Herxheimer :

« Un homme de 62 ans souffre depuis longtemps d'une cirrhose qui ressemble terriblement à une cirrhose de Laënnec. Jusqu'ici pas de discussion. Il fait un ictère terminal et meurt en dix jours. On constate aussi un foie déprimé, plissé, effondré par place, et des lésions récentes du centre du lobule, mais il y a aussi une cirrhose de Laënnec et qui en paraît essentiellement distincte. »

Une deuxième observation, a été publiée, il y a deux ans par MM. Fiessinger et Albot. Elle éveilla déjà dans l'esprit des auteurs, les mêmes discussions et la même conclusion d'un double processus : les anneaux de sclérose étant attribuables à l'éthylisme et le processus terminal nécrotique étant, au contraire récent, processus d'atrophie jaune greffé sur cirrhose banale.

Enfin, voici encore l'observation de Jacquelin et Chêne de 1931. Elle concerne aussi une belle cirrhose de Laënnec à laquelle un processus récent apporte des modifications importantes : et celle de Léo Hess paru dans le *Klinische Wochenschrift*, en 1934 où la cirrhose est affirmée, cirrhose classique banale avec réaction adénomateuse encore bien distincte de l'hépatite ictérigène et sur laquelle le processus atrophie jaune est venu se greffer secondairement.

Il est donc certain, au moins dans quelques cas que le processus d'atrophie jaune est secondaire et qu'il s'ajoute à une cirrhose qu'il aggrave, complique ou termine.

Nous ne voulons pas dire que tous les ictères terminaux des cirrhoses soient de la catégorie des processus ictérigènes malins. Certains sont peut-être infectieux, angiocholitiques, toxiques. *Mais nous affirmons que certains sont du type de l'atrophie jaune.*

Peut-être d'ailleurs, l'infection nouvelle est-elle appelée par la cirrhose et se développe-t-elle grâce à elle plus facilement ? Peut-être le processus n'est-il pas toujours mortel et certains ictères qui passent et qui guérissent au cours des cirrhoses, qui ont la marque de l'ictère catarrhal appartiennent-ils à la même forme plus légère ?

A côté des cirrhoses le processus ictérigène malin peut compliquer les stases hépatiques, les adénomes, la tuberculose, le cancer même. La superposition, des deux processus est ici plus évidente encore. Voici une observation publiée par Bergstrand d'un adéno-cancer terminé par atrophie jaune aiguë.

« Un homme de 58 ans a présenté dès 1925 des douleurs dans le ventre, selles grises sans ictère, urobiline dans les urines. En septembre, les urines deviennent noires, on note des vomissements, une jaunisse, de l'ascite. Le malade meurt.

« A l'autopsie : le foie pèse 1.650 grammes, on y voit un adéno-carcinome, mais à côté des noyaux cancéreux, il existe aussi des zones effondrées, récentes, des cellules atrophiées, détruites, d'autres volumineuses et probablement en régénération. Et l'auteur n'hésite pas, à conclure : atrophie jaune aiguë du foie greffée sur un *cancer*. »

On a vu des atrophies jaunes aiguës greffées sur des *lithiases*. Les ictères du cholédoque, c'est chose connue, si bien étudiés par Harvier, Caroli, Carnot, Albot et d'autres ne sont pas tous des ictères par rétention : on reconnaît dans le foie des lésions dégénératives centro-lobulaires qui sont plus la cause de l'ictère que le calcul du cholédoque. Et ces lésions sont graves, souvent mortelles. Elles attestent encore l'existence d'un processus ictérigène surajouté dont l'analogie est grande avec celui de l'atrophie jaune pusqu'il s'accompagne surtout des lésions centrolobulaires, d'œdème, et des réactions leucocytaires assez banales et discrètes.

Ajoutons un dernier exemple : le processus ictérigène peut compliquer les *cardiopathies*. Léo Hess publia la belle observation d'un cardiaque mitral, dont le foie était gros et douloureux. Ce malade fit un ictère qui dura dix à douze jours avec asthénie marquée et grave état général. Son foie régresse un peu, mais reste toujours sensible ; la leucine et la tyrosine apparaissent dans ses urines. Il meurt après quelques semaines.

A l'autopsie : on trouve de la stase sanguine banale et de la cirrhose discrète, mais surtout une nécrose aiguë, graisseuse centro-lobulaire typique. L'auteur n'hésite pas à y voir un processus, analogue à celui de l'atrophie jaune aiguë, surajouté à la congestion du foie. Les hépatites ictérigènes, graves secondaires ne nous paraissent réelles et indiscutables que les primitives.

CONCLUSIONS

De ces considérations résultent les conclusions suivantes :

Il existe un processus ictérigènes malin. Ce processus réalise des hépatites ictérigènes graves. Les lésions centro-lobulaires sont presque spécifiques. La cause l'est sans doute aussi.

Ce processus peut apparaître à l'état pur et se manifester sous

la forme d'un ictère aigu grave. Il peut, quand il se prolonge, provoquer une cirrhose jeune qui revêt le type insulaire ou le type pénicillé. D'où l'obligation de rechercher l'ictère de type catarrhal dans les antécédents des cirrhotiques (1).

Ce processus, peut aussi se greffer sur un état hépatique antérieur, cirrhose, stase, cancer, et faire apparaître dans la symptomatologie jusque-là assez silencieuse de l'hépatite chronique un syndrome malin, d'évolution rapide et mortelle.

Sur la plus banale cirrhose de Laënnec, le processus ictérigène malin peut se surajouter. Beaucoup d'ictères terminaux des cirrhotiques lui sont attribuables.

Il faut distinguer ces cas complexes et mixtes des cirrhoses post-atrophie jaune et se garder d'étendre outre mesure la responsabilité de l'atrophie jaune dans la production des cirrhoses.

(1) Voir les deux articles publiés antérieurement : Observations *Progrès Médical*, 17 avril 1937 ; Symptomatologie de l'hépatite ictérigène maligne primitive, 24 avril 1937.

Les manifestations pleuro-pulmonaires au cours du paludisme

Étude critique

Par F. MEERSSEMAN

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

La question des manifestations pulmonaires de l'infection palustre est une de celles qui risquent de mettre le feu aux poudres lorsqu'on l'aborde dans une assemblée médicale. Depuis que l'observation clinique a montré que l'on pouvait voir des syndromes pleuraux ou pulmonaires évoluer concurremment avec l'infection palustre, deux interprétations opposées ont été en effet données de ces phénomènes : pour les uns, il pourrait s'agir là de manifestations directement imputables à l'hématozoaire de Laveran ; pour d'autres, au contraire, il y aurait là, une simple association de deux affections de natures différentes, le paludisme pouvant cependant imprimer à la pneumopathie concomitante une marque symptomatique particulière. Entre ces deux opinions contraires, il est à notre avis difficile de choisir avec une absolue certitude, aucune d'entre elles ne pouvant se prévaloir d'arguments décisifs. C'est là sans doute la raison pour laquelle la discussion demeure toujours ouverte, sans avoir fait de grands progrès depuis près d'un siècle.

La première description d'ensemble des accidents pleuro-pulmonaires du paludisme est celle qu'en a donnée Grasset, dans sa thèse de 1873. Avant lui, l'on ne trouve guère que quelques mentions, plus ou moins précises d'ailleurs, éparses dans les traités de Broussais (1822), de Heschl (1850), de Jos. Franck (1857), et dans les mémoires de médecins militaires tels que Jacquot, Catteloup, Frison, etc.. Grasset, apportant à l'appui de son travail dix-huit observations de complications pulmonaires apparues chez des paludéens, classe ces faits en trois catégories : des bronchites de type intermittent ou chroniques d'emblée ; — des congestions pulmonaires revêtant le plus souvent le type de la pneumonie intermittente ; — enfin, des congestions pulmonaires compliquées d'épanchement pleural. Pour Grasset, ces accidents pulmonaires ne représentent pas de simples coïncidences ; ce sont de véritables complications dues au paludisme et attribuables à la congestion intense qui accompagne l'accès fébrile intermittent, et la cirrhose pulmonaire qui peut, à la longue, résulter de la répétition de ces poussées congestives doit être rapprochée de la cirrhose paludéenne du foie ou de la rate. De cette cirrhose paludéenne, Charcot d'abord, puis Laveran (1879) donnent d'ailleurs une description anatomique précise, insistant en particulier sur la sclérose périlobulaire et péri-bronchique, sur l'épaississement des cloisons inter-alvéolaires et sur la métaplasie cylindrique de l'épithélium alvéolaire.

En 1889, dans leur Traité des Maladies des Pays chauds, Kelsch et Kiener consacrent une importante description à la pneumonie dans le paludisme aigu et chronique. Au cours du paludisme aigu, les processus pneumoniques peuvent répondre à trois ordres de faits : dans un premier type, « il s'agit de fièvres intermittentes ou rémittentes, dont les paroxysmes s'accompagnent de fluxions et d'exsudations pulmonaires, qui se traduisent par l'ensemble des symptômes de la première période de la pneumonie. » C'est là le type de la fièvre intermittente ou rémittente pneumonique, dans laquelle les symptômes pulmonaires « naissent, s'accroissent et diminuent avec le mouvement fébrile auquel ils sont en quelque sorte subordonnés ». D'après Kelsch et Kiener, ces symptômes relèvent manifestement d'une forte congestion du poumon, intermittente comme les paroxysmes auxquels elle est liée, et cette congestion ne saurait d'ailleurs être identifiée avec les lésions de la pneumonie. Dans un deuxième groupe de faits, — les plus fréquents —, il y a, en réalité, association entre les accès fébriles et la pneumonie, celle-ci étant, suivant l'expression de Torti, « proportionnée » aux fièvres d'accès. Les signes fonctionnels évoluent ici encore d'une manière paroxystique, — intermittente ou rémittente, — mais les signes physiques persistent même dans l'intervalle des accès, attestant ainsi la permanence de la lésion. Enfin, en troisième lieu, Kelsch et Kiener décrivent des processus pneumoniques secondaires, apparaissant dans le décours des fièvres paludéenns graves.

Au cours du paludisme chronique, la pneumonie constitue toujours une complication secondaire, d'une extrême gravité d'ailleurs, « favorisée dans son développement et modifiée dans ses caractères par la dégradation que de longues fièvres ont fait subir au sang et aux tissus. »

Au même moment, ou à peu près, d'autres auteurs insistent sur un type assez différent de complications respiratoires du paludisme : il s'agit de processus pleuraux, à prédilection basilaires, et qui sont en rapport avec la péri-hépatite et surtout la péri-splénite, si fréquentes chez les vieux paludéens. Dépasse (thèse de Bordeaux, 1889) décrit ainsi des épanchements pleuraux droits ou gauches, dont la symptomatologie peut d'ailleurs être intermittente, parallèlement aux intermittences de la fièvre. Raymond (thèse de Montpellier, 1896) insiste surtout sur les pleurites sèches de la base gauche en rapport avec la périsplénite.

En 1896, Hamelin, dans sa thèse de Paris, s'attache à l'étude du « pneumo-paludisme ». Il publie trois observations de congestions pulmonaires survenues chez des paludéens à gros foie et à grosse rate et il affirme que « la véritable cause du pneumo-paludisme est l'introduction de l'hématozoaire de Laveran dans l'économie. »

Cependant, Laveran, dans une série de publications qui s'échelonnent de 1892 à 1902, et surtout dans ses deux Traités du paludisme qui datent, l'un de 1891 et l'autre de 1907, fait la critique des idées précédemment admises sur les complications pleuro-pulmonaires du paludisme. Celles-ci peuvent, d'après lui, répondre aux différents types suivants : l'on peut voir, tout d'abord, la pneumonie aiguë survenir aux diverses étapes de l'infection palustre ; s'il s'agit de sujets impaludés depuis peu et encore vigoureux, elle évolue avec ses caractères classiques ; si, au contraire, la pneumonie survient chez des malades cachectiques, ou, au moins, anémiés et affaiblis par une longue infestation, ses symptômes sont beaucoup plus frustes, ainsi que la chose se rencontre par ailleurs dans la pneumonie des vieillards. Un deuxième type répond aux syndromes décrits sous les noms de pneumonie intermittente, de rémittente pneumonique, de fièvre pernicieuse pneumonique, syndromes que certains auteurs considèrent comme directement imputables à l'hématozoaire. Laveran estime que l'existence de ces formes est très contestable : il rappelle les recherches de Bignami, d'Ascoli, qui ont montré qu'au cours de ces soi-disant pneumonies palustres l'on trouve constamment du pneumocoque dans les crachats ; par ailleurs, l'on peut observer, même en dehors du paludisme, des pneumonies à évolution intermittente (Jaccoud). Cependant, Laveran reconnaît que « chez certains malades atteints de fièvre intermittente on observe, à chaque accès, une congestion pulmonaire qui s'accompagne de bouffées de râles sous-crépitants, ce qui a pu faire croire à l'existence d'une intermittente pneumonique. » En troisième lieu, viennent les pneumonies chroniques ou cirrhoses pulmonaires des cachectiques palustres, dont le diagnostic est à faire avec la tuberculose, surtout dans le type apical décrit par de Brun. Enfin, Laveran rejette du cadre du paludisme la bronchite et l'asthme, simples complications épisodiques, et il mentionne les pleurites de la base gauche déjà décrites par Raymond, encore que, d'après lui, les phénomènes douloureux de l'hypocondre gauche soient beaucoup plus souvent dus à la périsplénite.

En 1909, à propos d'une observation personnelle, Letulle et


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULᴰ PASTEUR, PARIS (XVᵉ)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Nattan-Larrier donnent la description anatomo-pathologique de la pneumonie chronique palustre. Il s'agissait d'un vieux paludéen, dont la plupart des accès s'accompagnaient de congestion pulmonaire du sommet droit et qui, peu à peu, constitua ainsi un syndrome permanent de densification de ce sommet. A l'autopsie, les auteurs trouvèrent une cirrhose pulmonaire comparable à la cirrhose paludéenne du foie, avec hyperplasie conjonctivo-élastique et infiltration de pigments mélanique et sidérosique. Ils estiment que les poussées congestives accompagnent les accès et qu'elles sont la cause déterminante de cette sclérose pulmonaire.

En 1910, dans le Traité de pathologie exotique de Grall et Clarac, le premier de ces auteurs prend nettement position en faveur du pneumo-paludisme et il écrit qu'après avoir tout d'abord accepté la doctrine opposée, « il en est venu, à la lumière d'une pratique prolongée et renouvelée en pays exotiques, à définir ces formes thoraciques comme des maladies palustres et uniquement palustres ». Il décrit à son tour, les manifestations pleuro-pulmonaires aux différents stades de l'infection palustre : poussées congestives et pneumoniques contemporaines des accès fébriles, et dont « les signes et les symptomes subissent les mêmes exaspérations et les mêmes rémissions que la fièvre » ; formes cortico-pleurales également observées au cours du paludisme aigu ; accidents pulmonaires du paludisme chronique caractérisés, sur un fond constant de sclérose pulmonaire volontiers apicale (« pneumo-paludisme » du sommet de de Brun), par des poussées aiguës intercurrentes de type bronchitique, pneumonique ou broncho-pneumonique. En dehors des accidents qu'il considère comme directement imputables au paludisme, Grall admet aussi l'existence de pneumonies secondaires, deutéropathiques, qui sont l'une des causes les plus fréquentes de la mort des paludéens cachectiques.

Durant la dernière guerre, l'étude du paludisme macédonien apporte une nouvelle contribution à la question. Mais, ici encore, elle est résolue dans des sens assez différents. Dans leur monographie sur « Le paludisme macédonien », Armand-Delille, Paisseau, Abrami et Lemaire écrivent en effet que « le paludéen à la période des rechutes et des récidives peut présenter des accidents pulmonaires dont les caractères cliniques sont assez particuliers pour permettre de rattacher ces manifestations à la malaria ». Ils décrivent, parmi ces syndromes, quatre variétés : une forme légère, avec toux spasmodique et quinteuse ou signes discrets de bronchite ; une forme de bronchite avec congestion pleuro-pulmonaire ; la pneumonie du sommet, beaucoup plus rare : l'apoplexie pulmonaire, tout à fait exceptionnelle.

Par contre, dans son rapport de 1918, la Commission du paludisme en Orient, composée de Niclot, Baur, Monier-Vinard et Béguet, après avoir rappelé, en partie d'après un travail antérieur d'Abrami et Foix, les modalités cliniques des complications pleuro-pulmonaires du paludisme fébrile, conclut que « ces lésions pulmonaires ne relèvent pas directement de l'hématozoaire, pas plus qu'elles ne sont dues uniquement à des processus surajoutés. Mais ces accidents, coïncidant avec les accès palustres et étant souvent influencés par la quinine, sont vraisemblablement dus à des poussées congestives paludéennes coïncidant avec la fièvre et fixées par des infections secondaires. »

L'après-guerre n'a pas clos la question et a apporté son contingent de faits cliniques et d'interprétations pathogéniques.

En 1924, R. Tricoire communique à la Société de pathologie exotique deux observations d'accès palustres accompagnés de congestion pulmonaire : ses deux malades ont présenté des hémoptysies et, dans le sang expectoré comme dans celui obtenu chez l'un d'eux par ponction du poumon, l'examen microscopique a permis de découvrir l'hématozoaire. L'un des deux malades avait présenté quelques semaines auparavant une pneumonie franche aiguë de la base gauche et c'est à ce niveau aussi que réapparurent les signes congestifs contemporains des accès palustres.

En 1926, Caussade et Tardieu, puis Tardieu, dans une série de publications, insistent sur les suites pulmonaires éloignées du paludisme. Ils citent l'observation d'un indigène algérien de 33 ans, vraisemblablement impaludé depuis assez longtemps, et qui présenta une affection broncho-pulmonaire à type de bronchite subaiguë purulente avec poussées congestives des bases, au cours de laquelle survinrent de grands accès fébriles intermittents. La recherche de l'hématozoaire demeura négative ; mais, sous l'influence du traitement par la poudre de quinquina jaune, administrée suivant la technique de Bretonneau-Trousseau, les signes pulmonaires s'améliorèrent rapidement, en même temps que disparaissaient les accès fébriles.

En 1927, à la Société de pathologie exotique, Mesnard, Stéfani et Le Meillour rapportent un cas « d'affection pulmonaire subaiguë simulant la tuberculose guérie par la quinine ». Il s'agissait d'une femme Malabar de 30 ans, chez qui les signes stéthacoustiques, l'expectoration abondante et parfois teintée de sang, la fièvre vespérale, le mauvais état général pouvaient faire penser à une évolution tuberculeuse. L'examen radioscopique montrait à la partie moyenne du poumon droit une zone pommelée triangulaire, avec image cavitaire discutable. Les crachats ne renfermaient pas de bacilles de Koch. La présence de schizontes de plasmodium præcox ayant été constatée dans le sang, un traitement quinique intensif est institué : rapidement, l'expectoration se tarit, l'état général se relève, les signes de condensation et d'infiltration du poumon droit s'estompent, l'image radiologique s'atténue. Les auteurs concluent « qu'il est permis de penser que l'hématozoaire de Laveran n'était pas étranger à l'apparition de lésions pulmonaires si rapidement influencées par la quinine. »

En 1932, Mouradian fait une Revue générale des broncho-pneumopathies paludéennes. Il leur fait d'ailleurs la part très large et décrit, d'une part, des formes aiguës, d'autre part des formes chroniques. Parmi les premières, il distingue une forme bronchitique simple, une forme grippale et une forme grippale à rechute ; dans cette dernière, qui est d'ailleurs plus grave que les deux premières, les crachats peuvent être sanglants et l'examen microscopique permet d'y découvrir des hématozoaires. Parmi les formes chroniques, Mouradian décrit : une forme bronchitique chronique, qu'il considère comme la plus commune ; une forme fébrile pseudo-tuberculeuse, avec hémoptysies et hématozoaires dans les crachats ; une forme asthmatique ; une forme rhino-trachéitique à répétition. L'auteur estime que ces diverses manifestations « ont pour cause déterminante originelle directe le paludisme, que ces broncho-pneumopathies sont le résultat de l'action directe des hématozoaires ou de leurs toxines sur les bronches et les poumons, et que l'intervention d'aucun des agents banaux d'infection pulmonaire n'est nécessaire pour leur éclosion et leur entretien. »

En 1936, à la Société de pathologie exotique, Zimine rapporte une observation de pleurésie hémorragique d'origine paludéenne. L'épanchement est apparu au cours d'un paludisme aigu à Plasmodium malariæ : le liquide hémorragique renfermait des hématozoaires, de l'hémosidérine et des amas de pigment palustre, intra et extra-cellulaires. Sous l'influence du traitement quinique, la résolution fut totale et complète.

Tout récemment enfin, nous avons publié nous-même, avec J. Rouvier, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, trois observations d'accidents pleuro-pulmonaires aigus survenus chez des paludéens. Dans les deux premières, il s'agissait de « congestions pulmonaires » qui présentaient la particularité d'un synchronisme assez étroit entre les accès fébriles intermittents et les signes pulmonaires, synchronisme tel que, chez l'un de ces malades, ces signes évoluaient suivant le mode intermittent, parallèlement à la température. Dans un troisième cas, très comparable à celui de Zimine, il s'agissait d'un épanchement pleural hémorragique coexistant avec des accès fébriles intermittents à plasmodium vivax ; le traitement quino-arsenical amena la résolution rapide du syndrome pleural. Le liquide n'a pas tuberculisé le cobaye.

***

Cette rapide esquisse historique montre bien le flux et le reflux alternés des conceptions médicales relatives aux complications pulmonaires du paludisme. Il est plus douteux qu'elle permette de se faire une opinion définitive. Et ceci tient, à notre sens, à ce qu'il n'existe pas de critère irréfutable de la nature paludéenne d'une pneumopathie, non plus d'ailleurs que de sa nature non paludéenne. Par ailleurs, il est certainement entre les nombreux faits observés, des distinctions indispensables à établir.

Il existe, en premier lieu, toute une série de manifestations broncho-pulmonaires que l'on peut assez facilement éliminer du cadre de l'infection palustre. Telles sont, par exemple, les pneumonies, plus ou moins franches, plus ou moins aiguës, mais à symptomatologie somme toute autonome, qui peuvent survenir aux différents stades de la maladie palustre et, tout particulièrement, chez les paludéens chroniques et cachectiques. De ces pneumopathies, les auteurs les plus convaincus de l'existence du pneumo-paludisme vrai admettent, pour la plupart, la réalité. Il s'agit donc, dans cette éventualité, d'affections étiologiquement étrangères au paludisme et qui s'associent simplement à lui, soit par pure coïncidence, soit parce qu'elles rencontrent un terrain particulièrement favorable, comme c'est le cas chez les cachectiques. Il se peut d'ailleurs qu'il y ait, dans une certaine mesure, réaction de l'une des deux affections sur l'autre, et

l'association morbide réalise alors exactement le type des « maladies proportionnées » de Torti.

Nous ne pensons pas non plus, quoi qu'en dise Mouradian, que les processus bronchitiques aigus ou chroniques, ni les manifestations asthmatiques, ni les rhino-trachéites que l'on peut rencontrer chez les paludéens puissent être rapportés avec quelque vraisemblance à l'hématozoaire. Il est bien certain que, dans les pays où règne l'endémie palustre, le nombre des sujets infestés est considérable, que, d'autre part, rien n'est plus banal que les bronchites et les rhino-trachéites et que l'on ne saurait, dans ces conditions, s'étonner de trouver fréquemment associés ces deux ordres d'accidents. Il ne suffit pas qu'un processus pathologique quelconque évolue chez un paludéen pour que l'on soit en droit de lui attribuer une origine palustre, pas plus que l'on ne peut tenir à coup sûr pour syphilitique toute affection observée chez un syphilitique.

Un deuxième groupe de faits comprend les réactions pleurales que l'on peut rencontrer chez les paludéens, concurremment avec la péri-hépatite ou la péri-splénite. Ce sont là simples réactions de voisinage, qui paraissent revêtir le plus souvent le type de la pleurésie sèche, plus exceptionnellement et d'une manière moins certaine, celui de la pleurésie avec épanchement. De toute manière, ces réactions pleurales, si elles ne sont pas directement sous la dépendance de l'hématozoaire, sont cependant fonction d'atteintes viscérales dont les relations avec le paludisme ne sauraient être discutées. Ce sont donc des manifestations secondaires de l'infection plasmodiale.

Un troisième groupe enfin comprend des accidents pleuro-pulmonaires de nature discutable, dont on ne peut *a priori* affirmer non plus que nier la subordination à l'infection palustre. Le type de ces accidents est représenté par les congestions pulmonaires et les pneumonies à forme intermittente ou rémittente, contemporaines du paludisme aigu fébrile. Les auteurs qui considèrent ces pneumopathies comme directement imputables à l'hématozoaire appuient cette opinion sur un certain nombre d'arguments.

Le premier de ces arguments fait état du synchronisme entre les symptômes pulmonaires d'une part, les accidents fébriles du paludisme d'autre part. Nous avons, au cours de l'historique qui précède, insisté à plusieurs reprises sur ce synchronisme, qui acquiert son maximum de netteté dans les formes intermittentes et qui était remarquable dans l'une de nos propres observations : lors de l'accès fébrile, l'on notait chez notre malade une symptomatologie typique de congestion pulmonaire avec matité, augmentation des vibrations, souffle, râles bulleux ; lors de la défervescence, tous les signes disparaissaient presque et il ne persistait qu'une très légère submatité ; puis, lors de l'accès suivant, les symptômes reparaissaient au complet.

Un second argument est tiré de la constatation de l'hématozoaire dans les crachats sanglants que l'on peut observer au cours de ces pneumopathies intermittentes ou rémittentes. Faite déjà par Marchoux en 1898, cette constatation se retrouve dans les observations de Tricoire, de Mouradian, et Zimine l'a faite de son côté dans un liquide pleural hémorragique.

Enfin, vient l'argument thérapeutique, basé sur l'efficacité conjointe de la quinine sur les manifestations fébriles et sur les signes pulmonaires.

Toute cette argumentation est évidemment discutable. Le synchronisme des accidents palustres et des manifestations pulmonaires, pour impressionnant qu'il soit, ne constitue pas une preuve absolue de l'identité de nature. L'on peut aussi bien admettre qu'il s'agit seulement de complications pulmonaires d'origine pneumococcique se rallumant ou, en tout cas, exagérant leurs signes à chaque accès, sous l'influence sans doute de la poussée congestive contemporaine des paroxysmes fébriles : l'on se trouverait en somme en présence de pneumopathies coïncidant avec une série d'accès palustres et rythmées par eux de la même manière que l'on voit la courbe thermique de la dothiénentérie rythmée par le paludisme dans la typho-malaria ; l'on rentrerait ainsi très exactement dans le cadre des « maladies proportionnées » de Torti. En second lieu, la présence d'hématozoaires dans le sang expectoré ou même dans un liquide pleural hémorragique ne nous paraît avoir aucune valeur démonstrative : les hématies extravasées au niveau des alvéoles pulmonaires ou dans la cavité pleurale, proviennent bien évidemment du sang circulant et sont parasitées au même titre que les autres globules rouges, ni plus ni moins. Si un paludéen atteint d'ulcus gastrique faisait une hématémèse, l'on trouverait sans doute aussi des plasmodies dans le sang rejeté et cela ne prouverait pas pour autant la nature palustre de l'ulcus. Nous ne considérons d'ailleurs pas comme plus convaincant l'argument adverse basé sur la présence de pneumocoques dans les crachats au cours des pneumopathies dites palustres : le pneumocoque est un saprophyte banal de nos premières voies respiratoires et, avant de le mettre en cause, il conviendrait peut-être de s'assurer de sa virulence ; nous doutons que cela ait été fait. L'argument thérapeutique enfin est bien le plus discutable de tous les arguments ; il faudrait, pour l'admettre, être certain du caractère rigoureusement et strictement spécifique de la médication quinique, et ce n'est pas le cas. Il suffit de se souvenir des erreurs d'interprétation auxquelles a donné lieu le même argument appliqué aux rapports entre l'amibiase et certains processus broncho-pulmonaires ou autres, pour se sentir enclin à la plus grande prudence en cette matière.

Cette discussion laisse le problème entier : il est tout aussi impossible aux uns de démontrer d'une manière irréfutable la nature palustre de ces accidents pulmonaires qu'aux autres de la nier catégoriquement. Pour notre part, nous estimons possible que certaines de ces pneumopathies intermittentes ou rémittentes soient effectivement sous l'unique dépendance du paludisme : il ne s'agirait pas alors de processus infectieux, mais seulement de poussées congestives, hyperémiques, phlegmasiques, « congestion plutôt qu'inflammation » comme le dit Tricoire à propos de ses deux observations. L'importance de cet élément congestif est admise par tous les auteurs : ceux-là mêmes qui considèrent ces pneumopathies comme indépendantes du paludisme reconnaissent le rôle que joue la poussée phlegmasique contemporaine de l'accès fébrile dans l'exacerbation des signes pulmonaires à ce moment ; nous ne voyons aucune impossibilité à ce que cet élément congestif pur puisse à lui seul conditionner toute la symptomatologie, à l'exclusion de tout élément infectieux associé.

Il reste à envisager la question des scléroses pulmonaires contemporaines du paludisme chronique. Peut-on penser, comme l'ont fait certains auteurs, que ces scléroses représentent l'aboutissement de poussées congestives répétées ? La question nous paraît difficile à résoudre. Au surplus, ces scléroses, ces « cirrhoses pulmonaires » paludéennes, dont on trouve tant de descriptions dans les anciens auteurs, semblent à l'heure actuelle avoir à peu près disparu du tableau symptomatique du paludisme chronique et la plupart des traités récents ou n'en font pas mention ou ne le citent qu'à titre rétrospectif.

***

Il convient, on le voit, d'apporter à l'interprétation des processus pleuro-pulmonaires qui peuvent survenir au cours de l'infection palustre un sens critique très averti. Le plus souvent sans doute, l'on se trouvera en présence de simples associations morbides dans lesquelles le paludisme peut d'ailleurs modeler à son image la symptomatologie de l'affection pulmonaire. Ce serait cependant, à notre avis, outrepasser nos certitudes que de nier catégoriquement la possibilité de syndromes pulmonaires directement subordonnés à l'accès fébrile paludéen.

« Combien, il est intéressant du point de vue philosophique, de méditer sur la fragilité de nos conceptions, et de constater que cette fragilité est, pour une large part, la résultante de la tendance qu'a notre esprit, lorsque surgit une notion nouvelle, de chercher en elle *toute* la vérité, à déclarer fausses et définitivement caduques nos observations précédentes, à brûler nos anciens dieux pour adorer les nouveaux ! Défions-nous des « idées à la mode », défions-nous de la vogue des théories nouvellement nées.

« Certes, ne refusons pas de leur faire une place ; mais gardons-nous de déchirer, avant que ces nouvelles venues aient fait leurs preuves, les notions qu'une longue et rigoureuse expérience nous a permis d'acquérir. *Le présent et l'avenir sont faits des débris du passé.* Les acquisitions constantes des sciences humaines s'accumulent pour échafauder l'édifice de la vérité : *le progrès, c'est la vie et c'est aussi le passé qui continue.* » (E. Sergent. Quelques vérités premières en pneumologie clinique. Masson, 1937.)

« Le rôle du médecin dans l'avenir, n'est pas seulement de soigner les malades, il devra assurer et connaître le capital-santé, ce sera et ce doit être avant tout « *le banquier de la santé* ». La clinique d'abord, si nécessaire les moyens d'investigation l'aideront à établir les cours de valeurs ». (Professeur Noël Fiessinger. — Les explorations fonctionnelles en médecine. *Journal des Praticiens*, 19 décembre 1936.)

PHYSIOTHÉRAPIE CLINIQUE

La physiothérapie de la poliomyélite [1]

Par le Docteur DUHEM

Chef du Service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu

On ne saurait, à l'heure actuelle, donner une technique définitive des soins physiothérapiques que comporte la redoutable affection qu'est la *poliomyélite* antérieure aiguë de l'enfance.

On erre encore beaucoup, hélas, devant le mystère qui règne dans son apparition, son évolution et le virus qui la confère. La plus déconcertante fantaisie règne dans sa localisation musculaire tardive et rien ne peut permettre de prévoir tout au début quelle en sera l'évolution.

La poliomyélite tue en quelques jours, parfois en quelques heures comme elle peut n'effleurer son malade que d'un coup d'aile léger qui ne laisse aucune trace. Après le tumultueux orage du début elle peut accabler sa victime de difformités paralytiques graves, de scoliose avec effondrement du tronc, aplatissement du bassin, atrophie plus ou moins globale des membres qui font du malheureux poliomyélitique une épave lamentable pour toute sa vie.

J'ai soigné plus de 2.000 cas de poliomyélite, je n'ai jamais pu me défendre contre le sentiment de tristesse et de pitié que m'inspirent ces enfants, ces jeunes gens frappés en pleine santé, en pleine force, en pleine joie de vivre par un mal inexorable qui les abat avec la brutalité de la foudre, les cloue sur leur lit, les déforme, les annihile tout en conservant leur intelligence intacte ajoutant, ainsi, à la tristesse de leur état la conscience de leur déchéance.

Dans certains cas, heureusement, les séquelles se réduisent à rien ou presque rien : sur un simple groupe musculaire parfois sur un seul muscle, on note un léger degré de paresse qui disparaît en quelques semaines. Entre ces deux extrêmes, tous les degrés, toutes les formes, toutes les combinaisons possibles de reliquats paralytiques — et Dieu sait si elles sont nombreuses — peuvent s'observer.

Voyons maintenant quelle doit être la thérapeutique logique de cette redoutable affection par les moyens physiques dont nous disposons.

Vous savez que la poliomyélite évolue généralement en quatre périodes :

Période fébrile ou période aiguë ;
Période post fébrile ou des paralysies étendues ;
Période des régressions ;
Période des paralysies définitives.

On a une fâcheuse tendance à croire qu'à chaque période de la poliomyélite correspond un traitement spécial : traitement médical à la période aiguë, traitement physiothérapique à la période régressive et traitement orthopédique à la période des paralysies définitives et des déformations.

C'est une erreur formelle contre laquelle je n'ai jamais cessé de protester. A part la période fébrile où, malheureusement, le diagnostic n'est pas toujours fait, la physiothérapie doit s'allier aussi bien au traitement général qu'au traitement orthopédique.

Tout ce que nous allons dire n'est donc nullement à opposer aux autres traitements. Tout doit marcher ensemble et se compléter. Il est des interventions orthopédiques qui ne gagnent rien à être différées ; il en est d'autres pour lesquelles il faut savoir attendre de nombreuses années parce qu'elles ne peuvent avoir d'effet salutaire qu'après que la croissance osseuse est achevée.

La physiothérapie n'a pas à ralentir son action pour cela : il ne faut pas oublier qu'à quelque période que ce soit, elle est toujours utile à condition d'être pratiquée consciencieusement.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la période fébrile. Elle appartient au médecin traitant qui, s'il en fait le diagnostic, doit immédiatement recourir aux injections de sérum.

L'accord est loin d'être réalisé d'ailleurs sur la valeur de ces injections, les régressions rapides et les insuccès notoires paraissent se balancer à peu près dans les mêmes proportions que les malades aient reçu du sérum ou non. Le défaut capital, à mon sens, est que cette médication est toujours appliquée trop tard et il n'est pas prouvé que même administré le premier jour, le sérum ait une influence heureuse sur la marche de la maladie. J'ai essayé d'étudier l'évolution avec le recul des années chez les malades ayant eu du sérum et chez ceux n'en ayant pas reçu. J'ai fait noter soigneusement les doses données et les dates par rapport à la maladie : je ne suis arrivé à aucune conclusion.

Voyons donc maintenant la thérapeutique qui nous concerne tout particulièrement et qui doit faire l'objet de cette leçon.

Il est une chose contre laquelle je tiens à vous mettre en garde avant tout : c'est qu'il est absolument impossible de juger de la valeur d'une thérapeutique par les succès qu'elle enregistre si elle est appliquée uniquement au début de l'affection. La poliomyélite, en effet, est une maladie qui, après la période des paralysies étendues, régresse spontanément. Toute thérapeutique appliquée pendant cette période n'est pas forcément la cause de cette régression. Il faut donc ne pas lui attribuer une valeur que l'on a trop de tendance à souligner quand les succès se produisent. C'est sur les résultats éloignés seuls que l'on peut et que l'on doit juger de la valeur d'une technique car seuls ces résultats éloignés ne se produisent pas spontanément et ne sont dus qu'à une thérapeutique rigoureuse très astreignante méticuleusement observée et suivie.

***

Conformément aux données de la clinique et de l'anatomie pathologique, la physiothérapie de la poliomyélite à partir de la période post-fébrile comporte quatre branches :

1° Thérapeutique des lésions des centres nerveux ;
2° Thérapeutique des troubles tropho-vasculaires ;
3° Thérapeutique des troubles musculaires ;
4° Thérapeutique de la douleur.

Thérapeutique des lésions nerveuses

Les lésions des centres nerveux sont de deux ordres :

1° Lésions d'ordre inflammatoires comportant un ramollissement suivi de fonte cellulaire par neurolyse et neurophagie ;

2° Lésion de sclérose par prolifération névroglique, qui se produisent beaucoup plus tard.

Contre l'élément inflammatoire d'une part et contre la prolifération névroglique d'autre part, on a fait appel à la radiothérapie en faveur de laquelle on se montre parfois très enthousiaste.

a) La radiothérapie a été employée pour la première

(1) Leçon faite le 19 mars, à l'Amphithéâtre de physique à la Faculté de médecine de Paris.

fois par Beaujard et Lereboullet mais c'est Bordier qui l'a mise à la mode. Cet auteur irradie le renflement cervical ou le renflement lombaire de la moelle selon la localisation des troubles paralytiques : il aborde la moelle par des champs obliques latéralement et donne sa dose totale trois jours de suite par mois ; il renouvelle le traitement pendant trois mois consécutifs.

Nous avons, comme tout le monde, constaté des améliorations rapides à la suite des applications des rayons X, tout comme nous en avons constaté quand cette méthode n'était pas appliquée. *La preuve n'est donc pas faite que ces améliorations soient dues uniquement à la radiothérapie.*

Toutefois, notre devoir de médecin nous oblige à l'appliquer pour deux raisons ; d'une part, la preuve n'est pas faite non plus que son action soit inutile et rien ne doit être négligé quand il s'agit de sauver un poliomyélite ; en second lieu, vous vous mettrez ainsi à l'abri de toute critique et aucun reproche ne pourra vous être fait pour avoir négligé volontairement une thérapeutique qui aura paru réussir dans d'autres cas.

Personnellement, nous appliquons la radiothérapie de la façon suivante : dès le deuxième septenaire, nous faisons, par semaine, trois séances de radiothérapie sur le segment médullaire atteint, cela pendant deux semaines. On laisse ensuite un intervalle de repos d'un mois, puis on recommence une nouvelle série de six séances, à raison de deux ou trois par semaine.

On peut aussi pratiquer la radiothérapie un certain nombre de mois après le début lorsqu'on a des raisons de croire à une récupération possible de certains groupes musculaires. Dans ce cas-là, c'est essentiellement pour éviter, surtout, l'étouffement des cellules radiculaires qui ont échappé à la neurolyse qu'il faut agir. Le procédé est parfaitement logique ; il n'est pas à négliger.

b) Galvanisation de la moelle :

Très utilisée autrefois par les anciens auteurs qui attribuaient au courant ascendant un pouvoir excitateur de la moelle. Ce procédé est abandonné aujourd'hui.

On tend à le remplacer par l'ionisation iodurée. Bourguignon préconise en effet l'action de l'iode comme agent sclérolisant et utilise le courant électrique comme vecteur de l'ion iode afin de transporter ce dernier au siège de la lésion, c'est-à-dire aux cornes antérieures de la moelle où il exercerait une action efficace sur la prolifération névroglique qui menace d'étouffement les cellules radiculaires encore vivantes.

Cette conception est discutable et me paraît difficile à admettre. Tout n'est pas si simple que cela paraît d'abord dans l'organisme quand on connaît les lois du mécanisme intracellulaire de l'ionisation Il ne faut pas oublier que l'anatomie pathologique de la poliomyélite montre toujours de grosses altérations vasculaires et que la lumière des vaisseaux est très souvent complètement obstruée. On peut même se demander si la mort des cellules motrices n'est pas en grande partie secondaire à cette oblitération des vaisseaux. On voit mal, dans ces conditions, le torrent circulatoire amenant l'ion iode *in situ*.

Comme toujours, j'ai essayé avec le plus grand scrupule d'appliquer à quelques-uns de mes malades cette technique, car on doit toujours tout essayer. A mon très vif regret j'ai dû abandonner devant le néant des résultats.

Je ne fais aucune critique. Il est logique qu'on essaye par tous les moyens d'atteindre les lésions initiales de la poliomyélite mais, véritablement, je ne crois pas qu'on puisse espérer quelque chose de cette méthode.

Nous sommes donc très désarmés contre les lésions des centres nerveux dans cette redoutable affection : l'action de la radiothérapie est très discutable mais je n'hésite pas cependant à la pratiquer car elle n'est pas illogique.

Quant à l'ionisation iodurée transcérébro-médullaire, je ne crois pas qu'il faille s'y arrêter. Elle ne résiste pas, à mon avis, à une critique attentive des faits.

Thérapeutique des troubles tropho-vasculaires

On sait que la poliomyélite s'accompagne très rapidement de troubles circulatoires et de troubles trophiques dus évidemment à la suppression de la fonction du centre médullaire.

On note, en particulier, en dehors de l'atrophie, des troubles de la circulation très importants surtout aux extrémités des membres atteints.

Les jambes sont froides, violacées, marbrées de taches rouge sombre, les membres sont engourdis ; l'hiver des engelures sont fréquentes. Les pieds sont rouges et froids et ne peuvent supporter les appareils orthopédiques qui alors les talent et les blessent. Aucune récupération musculaire n'est possible dans ces conditions ; il est donc indispensable de ramener dans les membres paralysés une circulation à peu près normale et pour cela la physiothérapie nous apporte son précieux concours.

Les deux principaux procédés utilisés sont l'hydrothérapie sous forme de bains locaux chauds et prolongés et les courants diathermiques en applications directes.

a) Hydrothérapie locale chaude :

Une communication de Souques, à la Société de neurologie, en avril 1918, établit que les bains locaux chauds et prolongés des membres paralysés chez les anciens poliomyélitiques, étaient susceptibles de produire une vasodilatation telle qu'ils faisaient réapparaître le pouls artériel, jusqu'alors imperceptible.

Souques en concluait qu'il devait y avoir là une thérapeutique active de la maladie.

Ayant pris possession du service d'électro-radiologie de l'hôpital des Enfants-Malades, dès avril 1919, je me hâtai de mettre à profit les conclusions de Souques et je m'aperçus bien vite que, comme toujours, il avait vu juste ; nous possédons grâce à lui le meilleur moyen qu'il soit de lutter contre les troubles tropho-vasculaires des poliomyélitiques.

Comment doit être prescrite cette hydrothérapie ? Sous forme, nous l'avons dit, de bains locaux des membres paralysés que nous prescrivons de la façon suivante :

Les membres paralysés ne doivent pas être baignés non pas ensemble, mais séparément, dans des récipients susceptibles de contenir le membre inférieur jusqu'au dessus du genou et le membre supérieur jusqu'au creux axillaire.

Pour les membres inférieurs, je demande généralement aux malades de se procurer un récipient spécial qui est assez commode. Il est incliné, ce qui facilite la position de la jambe, il est muni à sa partie inférieure d'un robinet de vidange, qui permet de vider par dessous, alors qu'on remplit par dessus avec de l'eau de plus en plus chaude. On peut ainsi arriver à la température de 43, 44 et même 45° que le malade supporte très bien à condition que la température ait été élevée progressivement en partant de 38°. Ces récipients de jambe sont munis de béquilles qui assurent leur stabilité, le bord supérieur doit être retourné de manière à créer une arête mousse et éviter ainsi de blesser la partie postérieure de la cuisse qui repose dessus.

Pour les membres supérieurs, le meilleur récipient à utiliser est la vulgaire poissonnière qu'on trouve dans toutes les cuisines bien montées.

La température de 45° doit être maintenue pendant toute la durée du bain qui doit durer de 25 minutes à une demi-heure.

Les bains locaux des membres doivent être donnés quatre fois par jour au moins :

1° Le matin au moment du lever, vers 8 ou 9 heures,
2° Vers 11 heures.

3° Vers 4 ou 5 heures de l'après-midi,
4° Le soir vers 8 ou 9 heures avant le coucher.

Pour les membres supérieurs, l'épaule ne pouvant pas tremper dans l'eau, on la réchauffe pendant toute la durée de celui-ci à l'aide d'un linge en tissu éponge trempé dans l'eau chaude constamment renouvelée.

Dans l'intervalle des bains, on évitera tout refroidissement en maintenant les membres paralysés enveloppés de tissus chauds.

Je poursuis sans me lasser cette méthode de réchauffement pendant des mois et des mois et si j'en atténue un peu la sévérité pendant les étés chauds, je la fais toujours reprendre intégralement en automne et surtout en hiver.

b) DIATHERMIE :

La diathermie fait partie du traitement dit de Bordier. C'est cet auteur qui l'a appliqué pour la première fois aux membres paralysés. C'est un procédé qui constitue un excellent moyen de lutter contre les troubles tropho-vasculaires.

L'action thermique de la diathermie est toutefois spéciale : le nombre des calories distribué par les électrodes est considérable et cependant la peau reste à peu près froide au point d'application de celles-ci. C'est que la chaleur se produit à l'intérieur même des tissus et que ces calories sont immédiatement absorbés par la circulation générale, d'où élévation de la température du corps. La vaso-dilatation est profonde alors qu'elle est surtout périphérique et superficielle avec les bains. Les actions des deux procédés se complètent fort heureusement.

Nous n'insisterons pas ici sur les précautions qu'il faut prendre dans les applications de diathermie, mais il faut savoir que chez ces petits malades la circulation est très ralentie, que les sensations sont difficiles à analyser et qu'une application de diathermie mal faite peut provoquer des brûlures profondes, dangereuses, longues à cicatriser.

Notre technique des applications diathermiques est des plus simples mais doit faire l'objet des plus minutieuses précautions. Les électrodes doivent être taillées dans des feuilles d'étain de 1 à 2 dixièmes de millimètres d'épaisseur, elles doivent être bien planes, sans aucune bosse ni bavure, sans aucun angle et sans aucune saillie aiguë. Les bornes qui les relient aux conducteurs doivent être aussi plates que possible, enfin toutes les électrodes doivent être taillées exactement à la mesure voulue pour chaque cas particulier

L'une d'elles est solidement appliquée dans la région lombaire ou dans la région cervico-dorsale ; l'autre sera fixée, en bracelet, à l'extrémité du membre paralysé, au-dessus des malléoles pour le membre inférieur, au-dessus du poignet pour le membre supérieur.

Il faut éviter avec soin de placer l'électrode distale sur une articulation, comme le coude, le genou ou même le poignet, car il est difficile de faire exactement épouser à la plaque la forme irrégulière d'une telle articulation et des risques de brûlures peuvent se produire.

Le courant doit être débité lentement en surveillant les réactions du malade et en vérifiant constamment la température du membre qui s'élève assez vite.

A la moindre réaction anormale on vérifiera l'état de la peau, principalement sous le bord des électrodes. Il ne faut pas s'en rapporter aux indications du milliampèremètre thermique. Bien des mécomptes ont été enregistrés parce qu'on a cru pouvoir s'y fier : ce sont les réactions du malade et votre propre expérience qui doivent vous guider ; c'est pourquoi il ne faut jamais abandonner un malade à lui-même au cours d'une séance de diathermie, un faux mouvement, une circonstance fortuite pouvant amener un déréglage des plaques, le détachement d'un conducteur, etc... autant de causes qui peuvent provoquer des accidents.

Cela étant, a-t-on avantage à employer les ondes courtes ? sans doute si l'on peut compter sur la sagesse de l'enfant, mais cela nécessite une surveillance encore plus grande, car tout mouvement du membre traité est interdit ; et il ne faut jamais avoir soigné d'enfants pour s'imaginer qu'on peut les empêcher de bouger pendant une demi-heure. Il faut de même éviter la transpiration du membre qui est très fréquente au cours d'une application de diathermie, car il y a là également une cause de brûlures possible.

Les résultats obtenus par la double méthode de réchauffement que je viens d'exposer sont incomparables au point de vue tropho-vasculaire. Ils sont beaucoup plus actifs que l'action du courant galvanique, même en ondes alternatives à longues périodes.

Lorsqu'ils sont appliqués avec méthode et régularité, pendant le temps nécessaire, on n'assiste plus jamais à l'apparition de ces troubles tropho-vasculaires si gênants : plus de jambes, plus de pieds, plus de mains rougeâtres, froids, dans lesquels la circulation se fait mal, plus d'atrophies osseuses, plus de membres raccourcis. Au contraire, j'ai signalé et j'en ai observé bien d'autres cas depuis, une croissance plus accentuée sur les membres soignés que sur les membres restés normaux et qui ne sont pas soumis au traitement. Il n'est pas rare qu'un membre inférieur de poliomyélitique bien soigné subisse un allongement plus considérable que l'autre : les mesures étant effectuées non pas avec un simple mètre à ruban, mais sur des clichés radiographiques, ce qui constitue la seule méthode précise de mesure pour les membres.

Quant aux autres procédés de réchauffement, on peut encore citer le cataplasme électrique que l'on applique de la façon suivante :

On entoure le membre malade d'une bonne couche de coton cardé (surtout ne pas employer de coton hydrophile), on enroule bien exactement le tissu chauffant par dessus en exerçant une pression bien uniforme ; puis on recouvre l'appareil d'une seconde couche de coton cardé comme la première et on maintient le tout en place avec une bande Velpeau avec un serrage homogène.

On peut laisser ce cataplasme en place pendant 1 heure, deux fois par jour, en réduisant la chaleur si, par hasard, celle-ci devient insupportable.

On peut aussi utiliser la chaîne thermo-lumineuse qui donne une quantité énorme de rayons infra-rouges. Elle est moins commode que la compresse électrique.

Tous ces procédés ont du bon : à mon avis, ils ne valent pas l'eau chaude.

Je reconnais que les bains sont beaucoup plus ennuyeux à donner, qu'ils constituent un procédé plus astreignant, plus encombrant ; mais leurs effets sont aussi indiscutablement meilleurs.

Thérapeutique des troubles moteurs

Les paralysies de la poliomyélite sont des paralysies flasques en raison de la destruction du centre du neurone-moteur périphérique.

Pour ranimer la contractilité musculaire ainsi que sa tonicité, nous disposons de plusieurs moyens d'inégale valeur :

L'excitant volontaire,
L'excitant électrique,
L'excitant mécanique,
L'excitant lumineux,
L'excitant calorique,
L'excitant chimique.

L'excitant volontaire : Il est un peu paradoxal de parler d'excitation volontaire à propos de muscles dont le principal caractère est de ne pas pouvoir obéir aux incitations de la volonté.

Mais il y a tous les degrés dans la paralysie d'un muscle au cours d'une poliomyélite ; et du moment que la paralysie n'est pas absolument totale, dès l'instant qu'un

mouvement, si imperceptible soit-il, est encore possible et que l'examen électrique n'accuse pas une réaction de dégénérescence totale, il faut exercer au maximum l'effort de la volonté sur un tel muscle.

C'est dire toute l'importance que prend la « rééducation motrice » au cours de la régression de la poliomyélite.

Rééduquer, faire contracter le muscle par tous les moyens possibles, à condition de ne jamais aller jusqu'à la fatigue : s'appliquer à développer et à aider l'action faible encore de la volonté par une gymnastique passive d'abord, puis active, favoriser ainsi la prolifération des fibres musculaires, tel doit être le but primordial que doit se proposer le physiothérapeute.

C'est une œuvre lente et difficile à conduire mais qui a une grande importance et donne d'excellents résultats.

Elle exige, nous l'avons dit, une connaissance sérieuse de la physiologie musculaire, une étude exacte de l'état du muscle, elle demande aussi de la part des malades beaucoup de souplesse, d'obéissance et de patience, car elle doit être poursuivie souvent pendant plusieurs années.

Il faut que le malade s'habitue à bien exercer les muscles malades, susceptibles de se contracter et non pas truquer le mouvement commandé grâce à des suppléances qui donnent peut-être un semblant de satisfaction, mais qui ne répondent pas au but que l'on se propose.

Nous verrons, en étudiant la mécanothérapie de la poliomyélite les principales actions des muscles, les moyens utiles pour les mettre en évidence et les exercer avec fruit.

L'excitant électrique. — Nous savons dans quelles conditions l'excitant électrique agit sur le nerf et sur le muscle. Quand la volonté est impuissante ou même insuffisante, c'est à l'excitant électrique qu'il faut avoir recours ; il agit indépendamment de la volonté et comme tel constitue la base de la thérapeutique.

Le gros écueil à éviter, c'est la fatigue du muscle. Le courant faradique, les ondes rectangulaires du courant galvanique sont généralement trop brusques pour les muscles déficients que nous avons à soigner. Nous préférons employer les *courants progressifs*. Ces courants vous ont été longuement décrits dans la leçon précédente ; je n'y reviendrai pas ici.

On commence par déterminer les capacités sélectives des muscles. D'une façon générale, on risque peu de se tromper en procédant de la façon suivante :

Pour les muscles à peine touchés : 3 à 5 microfards,
Pour une atteinte un peu plus forte : 5 à 10 microfards,
Pour une atteinte moyenne : 10 à 20 microfards.
Enfin, *pour les dégénérescences accentuées* : 20 à 50 microfards.

On sera appelé à modifier la valeur des capacités selon les différentes périodes de traitement et même, quelquefois, au cours d'une même période. C'est pourquoi des électro-diagnostics fréquents sont souvent nécessaires

Les courants progressifs seront appliqués aux muscles malades par séries de 20 à 30 applications au moins pendant les mois de début de la maladie, avec des périodes de repos de deux mois : on pourra, par la suite, ne faire que des séries de vingt séances.

Il faut souvent, au moins pendant l'hiver, alterner avec la diathermie dont le rôle trophique et nutritif est toujours à rechercher.

L'excitant mécanique. — La mécanothérapie de la poliomyélite doit s'exercer d'une façon préventive et d'une façon curative.

Préventivement. — Il faudra mettre le membre le plus possible dans l'extension pour éviter les rétractions fibro-tendineuses principalement celles du tenseur du fascia lata, des muscles postérieurs de la cuisse et, surtout, du *triceps sural*.

Pour éviter la flexion du genou, le membre sera mis en extension et des poids, suspendus à chaque extrémité d'une courte bande, seront appliqués à la face antérieure du genou.

Pour éviter les rétractions du triceps, on mettra une botte de nuit en celluloïd en ayant bien soin de maintenir le pied au moins en angle droit avec la jambe.

On agira de la même façon pour éviter les rétractions possibles du biceps.

Cette mécanothérapie préventive est de la plus extrême importance au début de la poliomyélite.

Elle évitera, dans l'avenir, des redressements orthopédiques des sections tendineuses, toutes choses qui nécessitent la mise en plâtre des membres malades, ce qui est toujours nuisible pour la récupération musculaire.

Curativement. — La mécanothérapie curative est un des chapitres les plus importants du traitement de la « poliomyélite ». Elle doit s'exercer d'abord d'une façon passive, en faisant exécuter aux membres paralysés tous les mouvements qu'ils seraient susceptibles d'accomplir à l'état normal. Peu à peu, s'il reste quelques fibres musculaires qui ne soient pas complètement détruites, le malade s'habitue aux mouvements qu'il doit accomplir ; le muscle reprend de la tonicité et après un temps plus ou moins long, il peut arriver à exécuter lui-même une ébauche de mouvements volontaires.

Dès que ce fait commence à apparaître, il sera extrêmement utile de commencer à faire exécuter les mouvements par le malade *dans un grand bain*. L'action de la pesanteur est ainsi à peu près complètement supprimée, les mouvements sont beaucoup plus faciles, le malade les exécute avec des fibres musculaires extrêmement réduites : cela lui donne confiance et quand un malade a commencé à exécuter des mouvements dans un bain, il est très rare qu'il n'arrive pas à la récupération sinon complète, tout au moins très possible.

Il est absolument impossible, dans une leçon comme celle-ci, de donner le détail des opérations musculaires que l'on peut faire accomplir à un malade. Ce serait faire une réédition du livre de Duchenne et Boulogne. On comprend que la place et le temps me manquent pour cela.

J'ai essayé, dans mon Précis de Physiothérapie, de donner une idée résumée de cette mécanothérapie ; ceux de vous que cela intéresse pourront s'y reporter.

Les autres procédés d'excitation musculaire sont, bien entendu, très secondaires

L'excitant lumineux, sous la forme de rayons ultra-violets, en série de quinze à vingt applications, peut être utilisé avec profit pendant les périodes de repos du traitement excito moteur. Il retentit d'une façon heureuse sur les fonctions musculaires, ainsi que je l'ai démontré avec MM. Nobécourt et Bize.

L'excitant calorique est toujours utile à employer mais nous l'avons déjà utilisé sous la forme de bains chauds que nous avons prescrits : un muscle réchauffé se contracte beaucoup mieux et réagit beaucoup mieux aux excitations électriques qu'un muscle froid et engourdi ; ses réactions deviennent bien meilleures et ses récupérations, en cas de paralysie partielle, sont beaucoup plus actives.

C'est une des raisons pour lesquelles j'ai élevé à la hauteur d'une prescription rigoureusement nécessaire les procédés de réchauffement dans la poliomyélite.

Les excitants chimiques sont des substances qui, prises à l'intérieur ou en injections hypodermiques, modifient l'irritabilité de la substance musculaire en augmentant son excitabilité.

Mais ces substances sont des poisons pour le muscle : on n'a pas le droit d'en parler ici, car pour qu'elles arrivent à agir directement sur la contraction musculaire elles doivent être administrées à des doses très supérieures aux doses toxiques pour les autres tissus, et en particulier pour le système nerveux central.

C'est pourquoi je considère comme inutile la prescription de la strychnine ou de la vératrine dans la poliomyélite.

Thérapeutique de la douleur

On doit considérer la forme vraiment douloureuse de la poliomyélite comme une forme qui revêt une gravité exceptionnelle. Elle indique toujours une atteinte beaucoup plus complexe de l'axe médullaire ; les neuromes moteurs comme les neuromes sensitifs sont également touchés.

Ces douleurs qui sont des douleurs musculaires et des douleurs de position, sont quelquefois très vives ; elles sont très dangereuses quand elles déterminent des attitudes de flexion qui sont si favorables à l'apparition des rétractions fibro-tendineuses.

Nous luttons avec efficacité contre ces formes douloureuses :

1° Par de grands bains chauds donnés quotidiennement ;

2° Par les bains locaux que nous avons prescrits pour lutter contre les troubles tropho-vasculaires ;

3° Enfin par la radiothérapie médullaire telle qu'elle est bien connue depuis les travaux de Zimmern et Cottenot. On donne sur le renflement cervical ou sur le renflement lombaire des doses modérées analogues à celles que l'on donne dans les névralgies radiculaires et, dans ces conditions, la radiothérapie apporte une aide extrêmement efficace contre les phénomènes douloureux.

De même, les rayons infra-rouges, appliqués sur les membres et les articulations douloureux, l'air chaud en insufflation le long des tissus nerveux sur les membres, sont autant de procédés utiles et variés dont l'action bienfaisante devra être employée surtout si des difficultés matérielles s'opposent à l'emploi de la radiothérapie.

***

L'ensemble du traitement de la poliomyélite doit être continué très longtemps, même pendant la période des paralysies constituées.

On alternera les séances de diathermie avec les séances de courants progressifs sur les muscles, et l'on fera ainsi, selon les cas, trois séries de deux mois de traitement par an, avec intervalles de repos de deux mois entre chacune d'elles.

Les périodes de repos comprendront : la mécanothérapie, la rééducation motrice et on y ajoutera, de temps en temps, quinze à vingt séances de rayons ultra-violets faits par la famille au domicile du malade.

Les attitudes vicieuses qui paraîtront définitives, les paralysies qui n'auront pas régressé, seront soumises à l'appréciation d'un bon orthopédiste et traitées par lui.

Au sortir des appareils plâtrés : massage, mécanothérapie passive, reprise des bains chauds et de tous les procédés propres à redonner rapidement au membre la circulation et la nutrition qui ont été forcément troublées par le séjour dans le plâtre.

Avec des intervalles plus ou moins longs, ce traitement devra être continué pendant des années.

Un poliomyélitique gagne toujours quelque chose à chaque reprise du traitement.

« Il est très important pour les maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux de surveiller très minutieusement leurs prescriptions. Leur pratique fait école. Il serait déplorable qu'un médicament indiqué un jour sans grande réflexion, soit ensuite employé par d'autres médecins, jeunes ou vieux. Plus on est haut placé, plus il faut se méfier des exemples qu'on peut donner. » (B. Lyonnet. — L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples. Ses remèdes possibles. Une broch. Lyon, 1937).

LE MOUVEMENT MÉDICAL

RADIOLOGIE

La Sériescopie — La Tomographie

Tous ceux qui s'intéressent aux affections respiratoires et à la phtisiologie savent quelles difficultés sont réservées à l'exploration radiologique du thorax, qu'il s'agisse de déceler une lésion qu'affirme ou que fait présumer l'ensemble du tableau clinique, ou bien, cette lésion étant diagnostiquée, qu'il s'agisse d'en préciser le volume, la forme, la situation exacte.

Certes la radioscopie combinée judicieusement à la radiographie, certes les radiographies de profil et de trois-quarts, les radiographies en position couchée confrontées aux radiographies habituelles (1), constituaient des moyens d'investigation précieux et l'on sait du reste assez quel prodigieux essor ils ont permis à la phtisiologie et à la pneumo-chirurgie.

Mais précisément il était arrivé, comme toujours en pareil cas, que les désirs de l'esprit dépassaient les possibilités de la technique. Et, comme toujours aussi, ce problème de technique posé a trouvé rapidement solution.

Ce qui gêne, à la lecture d'une radiographie habituelle du thorax, c'est l'intrication d'ombres complexes dues à la superposition des images fournies par les différents plans thoraciques. Ainsi des opacités antérieures ou postérieures peuvent masquer totalement une clarté de la partie moyenne. Ainsi certains sommets n'offrent-ils à considérer que des entrecroisements osseux qui cachent complètement le parenchyme.

Enfin le repérage topographique demeurait voué à la plus cruelle incertitude.

Deux méthodes différentes nous sont proposées : l'une, *la sériescopie*, par Cottenot (2) ; l'autre, *la tomographie*, par E. Bernard (3). Nous allons indiquer très succinctement leur principe respectif d'après les communications des auteurs. Signalons d'ailleurs que, la question étant dans l'air, non seulement à l'étranger (dont la méthode est revenue après avoir pris naissance ici : le brevet de Bocage est de 1922) mais en France, ici et là, d'autres techniques, voisines soit de la sériescopie, soit de la tomographie, ont été proposées. Ainsi la méthode radiotomique de Thiel (de Brévannes) (4), ainsi la technique de Buffé (de Lyon) (5).

La sériescopie, dont le principe est dû au médecin hollandais Ziedes des Plantes, est un procédé qui consiste à regarder, superposées sur un même négatoscope une série de quatre stéréoradiographies que l'on fait glisser synchroniquement les unes sur les autres dans la direction où a été décalée l'ampoule pour la prise des images.

On voit que le principe est simple et n'est que l'application de règles géométriques sans mystères. Encore fallait-il y songer.

Mais il y a plus, grâce à un étalonneur, il est possible d'évaluer en centimètres la profonduer des lésions.

La méthode eut pu trouver sa pierre d'achoppement dans l'obligation de prendre successivement les quatre radiographies nécessaires au minimum (deux couples stéréographiques décalés suivant des axes perpendiculaires entre eux) *exactement au même moment de la respiration.*

Cottenot a aplani cette difficulté par l'emploi de son sélecteur cardio-respiratoire, grâce auquel le malade lui-même, en respirant, déclenche automatiquement la prise des radiographies au temps choisi et toujours rigoureusement le même.

(1) R. Benda. — Examen radiologique des poumons en position couchée. *Bull. et Mem. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 15 janvier 1937, p. 58.

(2) P. Cottenot. — Emploi de la sériescopie pour l'examen radiologique du thorax en profondeur. Soc. méd. hôp. de Paris, séance du 5 février 1937, p. 314.

La sériescopie, moyen d'étude et de repérage des lésions chirurgicales pleuro-pulmonaires. Acad. de chir., 3 mars 1937 p. 269.

(3) E. Bernard et Mc. Dougall. — Diagnostic du siège et de l'étendue des cavernes pulmonaires par la tomographie Soc. méd. hôp. de Paris, 8 janvier 1937, p. 8.

E. Bernard, Mc. Dougall et Camino. — La radiographie limitée à un plan, *Presse médicale*, 20 mars 1937, p. 441.

E. Bernard. — Le diagnostic des lésions pulmonaires par la tomographie. Acad. de chir., 7 avril 1937, p. 416.

(4) Pierre-Bourgeois, Henri Thiel et Mario Lebel. — La méthode radiotomique. *Presse médicale*, 23 janvier 1937, p. 124.

(5) Naud. — Contribution à l'étude d'une nouvelle méthode radiographique (radiographie en coupes de l'organisme). Thèse de Lyon, 1936.

La tomographie (de τομος = section) rendue possible par les travaux de Bocage (1922), Vallebona (1930), Ziedes des Plantes (1932), insérée dans la pratique par Grossmann et Chaoul (1935) entre quelques autres en Allemagne, se réalise au moyen d'un appareil spécial dans lequel « le tube Rœntgen, au lieu d'être immobile, est animé d'un mouvement curviligne lequel est coordonné avec une translation synchrone (mais en sens inverse) de la cassette porte-film ».

Après avoir mesuré la profondeur de la poitrine en inspiration totale on met au plan focal la coupe du thorax que l'on désire radiographier. Durant le mouvement du tube tous les points situés dans le plan focal donnent constamment au même endroit du film une image égale à elle-même, d'où impression. Au contraire les points situés en deçà ou au delà donnent lieu à des projections constamment variables et qui en conséquence n'impressionnent pas le film.

En pratique on peut se contenter de trois coupes : ventrale (à 5 ou 6 cm. en arrière du sternum), médiane (hilaire), dorsale (à 5 ou 6 cm. de la paroi dorsale).

***

Les deux méthodes, sériescopie et tomographie, ont déjà donné de remarquables résultats tant du point de vue du diagnostic primaire des lésions que de celui de leur localisation précise.

Mais l'une doit-elle céder le pas à l'autre de ces deux techniques assez différentes quoique parties d'un principe identique ?

Les protagonistes de chacune ont, comme il est naturel, vanté la méthode qu'ils présentaient et lancé quelques pointes contre la méthode rivale.

Les résultats sont sensiblement identiques. Cependant le tomogramme est peut être plus précis, plus détaillé, plus fin. La lecture en est facile, sans le secours d'aucun artifice et sans éducation préalable. Mais, dit E. Bernard lui-même, « la technique actuelle appelle encore de nouveaux perfectionnements. Elle nécessite un temps de pause d'une seconde, ce qui donne des films qui, au premier abord, paraissent brouillés ; d'autre part le malade doit être couché, mauvaise position pour un film du thorax. Mais ces imperfections n'auront sans doute qu'un temps »...

La sériescopie donne des indications topographiques, ce qui est bien précieux. Elle est, dit Cottenot, « un nombre infini de tomographies ». Mais sa lecture nécessite un négatoscope spécial et aussi une éducation spéciale.

La sériescopie ne requiert pas d'appareillage radiologique spécial. Il suffit de le compléter par le dispositif de Cottenot. Mais il faut sans doute aussi un médecin averti pour en surveiller le fonctionnement.

La tomographie exige un appareil « spécial compliqué, encombrant et coûteux » (Béclère), mais cet appareil fonctionne très simplement et la surveillance d'une infirmière suffit.

En réalité si l'on veut bien négliger le point de vue économique et demeurer sur le terrain scientifique, il est prématuré de conclure et l'on ne peut qu'applaudir au grand progrès que nous apportent l'une et l'autre de ces deux méthodes et, plutôt que de les opposer, convient-il sans doute de les associer, en tirant la conclusion logique de la suggestive et heureuse analogie qu'a proposée Béclère, ce maître de la radiologie : « La tomographie est comparable à l'acte de l'histologiste qui pour examiner au microscope un fragment de tumeur la débite en une série plus ou moins nombreuse de coupes très minces, tandis que la sériescopie est comparable à l'acte du même histologiste qui en présence d'une seule coupe relativement épaisse, mais transparente, étudie ses différents plans en faisant varier la distance de l'objectif à la platine du microscope. »

M. P.

TÉRATOLOGIE

A propos du spina bifida

Si l'on s'en rapporte aux chapitres « Spina bifida » des livres classiques, on en retire l'impression que l'anatomie pathologique est imprécise et la thérapeutique décevante. Aussi faut-il considérer comme un progrès considérable les résultats théoriques et curatifs auxquels une étude approfondie et jamais découragée a mené M. le Professeur agrégé Leveuf. Ce n'est point une flatterie de dire qu'il a rénové ce sujet jusque là décourageant (1).

Bien des définitions, bien des conceptions ont été proposées, sur la nature et les conditions d'apparition du Spina bifida. Mais les notions classiques sont demeurées celles qu'enseignait Von Recklinghausen en 1886.

Il fallait reprendre, à la lumière de connaissances nouvellement acquises, toute cette étude, et c'est ce qu'a fait, avec un rare bonheur, J. Leveuf, appuyé sur des documents très nombreux, tirés d'une expérience personnelle très longue. L'étude des pièces et des coupes, qu'il a obtenues très claires, très démonstratives, l'ont amené à rejeter la plupart des anciennes conceptions, pour les remplacer par celles que 80 cas, comprenant toutes les variétés de cette malformation, imposaient.

***

Le spina bifida est une malformation d'un intérêt multiple. Ses variétés sont nombreuses, toutes les formes de transitions peuvent se voir, entre les plus graves et les plus légères.

C'est aussi une malformation complexe, portant sur plusieurs tissus dont l'étude embryologique ne peut manquer d'être enrichie par celle de ses différentes formes d'arrêt de développement.

***

Les *formes ulcérées* sont celles où la malformation est le plus accusée. Elles correspondent à la description du myéloméningocèle de Recklinghausen. Mais elles doivent aujourd'hui être séparées en formes avec aire médullaire à nu et formes avec aire médullaire recouverte de tissu fibreux.

Rien ne les distingue, sur le vivant, à la naissance. Leur évolution est pourtant opposée ; car la suppuration, presque fatale dans les premières, est évitée par les secondes.

Les formes avec aire médullaire à nu sont les plus fréquentes : 40 % des cas. Les caractéristiques anatomo-pathologiques sont au complet. Trois zônes : médullaire, épithélio-méningée, dermatique. La moelle se fixe ou plutôt *reste* fixée au sac, qui est formé par la seule méninge molle. Le canal de l'épendyme s'abouche en surface, au niveau de la fossette supérieure ; il ne se continue pas à la surface de la moelle dénudée, mais se retrouve dans le cône reconstitué. On reconnaît les cornes de la moelle, l'origine des racines, quelquefois une diastématomyélie qui n'est que le rappel d'une division de la mœlle qu'on rencontre chez des sujets normaux. Plus intéressantes sont les lacunes de syringo-myélie et les zônes hémorragiques, et surtout les « amas de névroglie aberrante ». Le sac du spina est formé par les méninges. La dure-mère ne dépasse pas les bords de la fente osseuse ; au contraire, la méninge molle assure un revêtement continu. L'étude de ces feuillets a conduit à des conclusions qui renversent la conception de la différence de structure entre la pie mère et l'arachnoïde, puisqu'elles prouvent une identité de nature et vraisemblablement d'origine entre la névroglie et les « cellules méningées ». Il en découle aussi qu'*un tissu à structure mésodermique* (cellules méningée et même trame collagène) *peut être d'origine ectodermique.*

Les formes avec aire médullaire revêtue de tissu fibreux présentent un élément de plus : la lame fibreuse sus-aréale, qui protège efficacement la névroglie contre l'infection. Elle obture naturellement les orifices de l'épendyme.

***

Les spina épidermisés se présentent exactement comme les précédents, cicatrisés. Les imperfections sont moindres. L'adhérence de la moelle est moins étendue, sa forme en gouttière, se rapproche de la normale. L'état de l'épiderme est variable : rudimentaire au niveau de l'aire médullaire, il est hypertrophié dans la zone dermatique, où les glandes sudoripares sont quelquefois si développées qu'elles atteignent en profondeur la méninge ; c'est cette disposition qui permet de comprendre le phénomène si curieux du « suintement par les pores » de liquide céphalo-rachidien.

***

Les *méningocèles* sont un simple diverticule de la méninge molle, la moelle restant couchée dans le canal rachidien. Quel que soit le volume, quel que soit le siège, la constitution est toujours la même, méninge molle doublée d'un tégument malformé. C'est dans une de ces variétés que l'auteur a découvert, en pleine zône arachnoïdienne, des amas de névroglie et même un ganglion spinal ébauché. Il a revu ces aspects sur d'autres pièces, où il est impossible d'admettre la participation de la moelle au spina. La conclusion s'impose : névroglie et cellules méningées ont la même origine.

(1) J. Leveuf, I. Bertrand et H. Sternberg. — Etudes sur le Spina Bifida. Masson, éditeur, 1937.

(1) L'auteur appelle ainsi, comme Oberling, les cellules cubiques qui tapissent la trame collagène de l'arachnoïde.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Beaucoup plus bénins, en général, sont les *spina bifida* recouverts d'un lipome. Les interventions sont par suite plus volontiers conservatrices et tardives. Il faut savoir que le lipome, banal, peut quelquefois pénétrer dans la cavité arachnoïdienne et même dans le canal rachidien.

L'architecture des méninges est régulière jusqu'au niveau de l'aire médullaire.

Là, elles font place à un conjonctif qui n'est qu'une méninge malformée, et on y trouve de nombreuses *fibres musculaires lisses*, dont la provenance a beaucoup intrigué l'auteur : l'origine dermique n'est pas satisfaisante ; l'origine méningée, neuro-ectodermique, n'a rien d'invraisemblable, si l'on se souvient que l'origine nerveuse des fibres de l'iris est admise sans contestation.

***

La seule étude qu'il soit possible de faire, en France, à la *fente vertébrale qui a donné son nom à cette malformation* est l'étude radiologique. Elle a permis de voir que, contrairement à ce que pensaient Recklinghausen, Dénucé, la fente de l'arc postérieur de la vertèbre est médiane, à peu près symétrique.

Dans un cas de méningocèle, le pédicule de la tumeur ne sortait pas par une fente osseuse, mais bien par un intervalle entre deux lames vertébrales.

Dans les spina bifida avec tumeur, la fréquence des déformations rachidiennes est remarquable.

***

Plus intéressantes sont les altérations de la moelle épinière et du cerveau. Elles offrent une grande diversité. Outre celles de l'épendyme, des cornes, des cordons, des méninges, outre les hétérotypies fréquentes que l'on trouve au niveau du cerveau comme au niveau de la moelle, et qui sont complètement étudiées par I. Bertrand, il faut faire une place importante à l'hydrocéphalie. Difficile à expliquer mécaniquement, peu facile à déceler cliniquement, elle est très fréquente dans les formes avec aire médullaire à nu et dans les formes, bien plus « chirurgicales », recouvertes d'épiderme. Dans les formes avec tumeur et dans les méningocèles, l'auteur n'a jamais vu d'hydrocéphalie, et une statistique démontre que l'intervention n'agit pas dans un sens fâcheux sur le développement de l'hydrocéphalie.

***

Un chapitre d'un intérêt singulier est affecté à l'étiologie. D'où il ressort qu'une mère, dont une grossesse aura été malheureuse ne sera pas fatalement frappée dans toute sa descendance. Une seule fois, deux grossesses consécutives se sont terminées par l'expulsion de nouveau-nés porteurs de la même malformation. Ce même cas démontrait que la syphilis n'intervient pas dans l'étiologie du spina. Les arguments abondent, d'ailleurs, contre l'ancienne conception de l'étiologie syphilitique.

Il ne faut donc pas hésiter, dans tous les cas, à promettre à la mère qu'un enfant à venir sera normal.

***

Etude clinique. — Habituellement, le médecin voit les cas graves aussitôt après la naissance ; les cas légers, au contraire, plus tard, et c'est lui qui devra établir la relation entre les troubles pour lesquels on vient le consulter et un spina quelquefois méconnu.

Cependant le diagnostic peut être fait, dans tous les cas, par l'examen physique. On peut souvent reconnaître la zone d'insertion de la moelle et faire, mais avec moins de certitude, le diagnostic entre une méningocèle pure et les autres formes où la moelle est touchée.

Le diagnostic entre les formes avec aire médullaire à nu et aire médullaire revêtue de tissu fibreux se fera seulement par l'évolution. En effet, les premières se rompent au plus tard le quinzième jour, les autres se cicatrisent spontanément.

La radiographie après injection de lipiodol ou d'oxygène a été utilisée, mais elle n'est pas absolument inoffensive.

Le point le plus important, en clinique, est qu'il faut toujours penser au spina devant un lipome de la région lombo-sacrée.

Un examen complet du système nerveux révèlera la disposition segmentaire des malfaçons de la moelle ; les réactions électriques montreront qu'il persiste dans les segments touchés, un certain nombre d'éléments intacts. Les troubles moteurs et sphinctériens sont bien connus. Les troubles sensitifs sont importants à préciser car ils dénotent un léger degré, dans les formes les plus légères, de malfaçon de la moelle, et font prévoir la possibilité de troubles trophiques ultérieurs. L'incontinence des sphincters est fréquente ; c'est en réalité une rétention, due à l'insensibilité parfaite de la muqueuse vésicale.

Il est une variété de spina où elle fait constamment défaut, c'est la méningocèle.

Au point de vue psychique, une conclusion très ferme et nouvelle se dégage des observations de l'auteur ; les enfants qui ont échappé à l'hydrocéphalie ont toutes chances de présenter un développement normal.

***

La pathogénie du spina est actuellement à peu près inconnue. Et les hypothèses construites à ce sujet sont peu intéressantes.

Au contraire, l'étude du développement de la moelle dans sa partie terminale, telle qu'elle a été faite dans ce livre par H. Sternberg, permet d'expliquer un certain nombre de caractères anatomo-pathologiques du spina-bifida.

Ainsi, la partie terminale du tube médullaire se développe après la fermeture du neuropore postérieur, ce qui explique la présence du cône terminal au-dessous de l'aire médullaire d'un spina.

Les principaux phénomènes qui conduisent à des imperfections de la moelle sont : l'absence de fermeture des « plis médullaires », qui aboutit à la persistance d'une plaque médullaire « ouverte » ; le retard de pénétration du tube en profondeur, et enfin, la non-séparation secondaire de ce tube de l'épithélium de surface.

Enfin, la présence de tissus aberrants au niveau des méninges, s'explique de la manière suivante : les cellules de la méninge primitive, douées de multiples potentialités au début, peuvent se différencier ultérieurement comme toutes les autres cellules du mésenchyme, en lignées anormales. D'où les lipomes, les fibres musculaires lisses et les îlots de névroglie aberrante.

***

Le traitement ne peut-être que chirurgical.

L'auteur se refuse désormais à l'appliquer aux formes ulcérées. Les résultats éloignés, dans ces cas, sont déplorables à tous points de vue. Il ne faut pas opérer ces enfants.

Puisque, nous l'avons vu, le doute persiste quant à l'évolution de ces formes, il faudra tout de même mettre les tumeurs ulcérées à l'abri de toute infection. Quand on obtiendra la cicatrisation, alors se posera la question du traitement.

Les autres formes doivent bénéficier des progrès de la chirurgie. Les unes, celles qui sont épidermisées, le plus tôt possible, pour éviter le grand accident : la rupture du sac ; les autres (formes avec tumeurs, méningocèles), plus tard, et quelquefois seulement si des complications se font craindre.

Les soins accessoires sont très importants : non pas le pansement, superflu, mais une position telle que le spina n'entre en contact avec rien et ne puisse être souillé par l'enfant.

Le traitement mercuriel est tout à fait inopérant.

L'intervention elle-même comporte quatre temps principaux : ouverture du sac, libération de la moelle, s'il y a lieu, fermeture des méninges, reconstitution d'une paroi postérieure au canal rachidien.

Les complications sont rares, la mortalité, autrefois considérable, est aujourd'hui extrêmement faible.

Les statistiques de résultats immédiats ou éloignés ont permis à J. Leveuf d'aboutir à des conclusions que nous allons résumer comme suit :

les formes ulcérées ne doivent pas être opérées ;

les formes où l'aire médullaire est revêtue d'épiderme ne donnent qu'une faible proportion de résultats satisfaisants ; mais ils justifient largement les interventions précoces ;

les méningocèles donnent des succès bien plus complets ;

avec la variété précédente, elles représentent les formes vraiment chirurgicales de la malformation.

Les spina bifida avec tumeur, où rien ne justifie l'intervention précoce, devront être opérés ultérieurement, à la moindre menace de complication. VALLETTA.

« Les malades ne font aucun cas de trop d'empressement et de trop de promptitude à agir (bien que ce soit tout à fait dans leur intérêt) ; le médecin doit donc veiller à son autorité, car les mêmes offices rendus aux mêmes personnes, gagnent du prix en raison de leur rareté. » (*Hippocrate.*)

« La colique pancréatique se distingue de la colique hépatique en ce qu'elle est nettement transversale, irradiant de gauche à droite, avec une intensité presque syncopale ». (Professeur Noël FIESSINGER. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie. 1 vol., Masson, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1937

Sur la présence de vitamines C et de plusieurs de ses dérivés dans une écorce de l'Amérique du Sud, le « chuchuhuasha ». — *MM. Emile Perrot, L. Millat* et *R. Colas* présentent le résultat de leurs travaux sur le Chuchuhuasha » arbre de la famille des Célastracées dont les écorces sont utilisées comme tonique, fébrifuge et aphrodisiaque par les Indiens des affluents supérieurs de l'Amazone.

A la grande surprise des auteurs, l'activité de la drogue semble être due, pour partie au moins, à la présence de la Vitamine C à divers états.

Pour la première fois en effet, ce produit si puissamment actif est signalé dans une écorce et ceci est un élément de plus pour la vérification des vertus thérapeutiques des drogues utilisées par les indigènes de nos colonies.

La défense contre le moustique de fosse d'aisance. — *M. J. Legendre* expose que la défense mécanique contre le moustique de fosse d'aisance, si elle est complète, suprime totalement ces moustiques.

Le pétrolage de la fosse ne peut être efficace que si la chasse d'eau étale l'huile en un voile sans trous asphyxiant pour les larves, ce qui ne paraît réalisable que dans les fosses de petite surface.

L'auteur se demande si le Culex pipiens de surface de nos stations balnéaires, inoffensif et ignore, va devenir souterrain et agressif aujourd'hui qu'on lui construit des closets à chasse d'eau dits sanitaires. C'est une peste à éviter.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1937

M. Baumgartner président de l'Académie, fait part du décès de *MM. Hue* et *Michel*, associés nationaux et prononce leur éloge.

Section intracranienne de l'auditif. — *M. Welti* rapporte une observation de cette opération pour un syndrome de Ménière et s'associe aux conclusions de M. Ombrédanne.

La radiothérapie des fibromes naso-pharyngiens. — *MM. Miginiac* et *Escat* ont eu des succès, par la radiothérapie. Mais cette méthode thérapeutique laisse place cependant à des récidives. Dans ce cas le dernier mot reste à la thérapeutique chirurgicale suivant le procédé que les auteurs ont précédemment exposé.

Les ostéolyses d'origine indéterminée. — *M. Leriche* apporte une nouvelle observation d'ostéolyse progressive de la diaphyse tibiale, survenue à la suite d'un traumatisme léger. Il estime qu'il s'agit dans ces cas d'une raréfaction hyperémique post-traumatique.

Lorsque l'affection n'est pas encore arrivée à son stade définitif, l'emploi de la sympathectomie chirurgicale ou novocaïnique peut donner des resultats remarquables.

A propos des tumeurs du côlon droit. — *M. A. Basset* fait un rapport sur un travail de *M. Polony* (Belfort) qui concerne cinq tumeurs du côlon droit opérées avec succès. Ces cas ont été traités par deux méthodes différentes. Le premier cas a été opéré trois fois : fistulisation du cæcum, puis extériorisation de la tumeur, puis résection. Les autres ont été traités en deux temps : iléo-transversostomie latéro-latérale puis colectomie droite.

En somme la technique de dérivation interne appliquée par M. Polony dans tous les cas, non compliqués ou déjà en occlusion, est celle que Jean Gosset avait préconisée dans sa thèse.

A propos des traumatismes cérébraux. — *MM. Welti* et *Boutron* attirent à nouveau l'attention sur l'intérêt de la radiographie systématique du crâne en cas de traumatismes cérébraux. Elle permet de localiser des enfoncements ou fissures méconnues de la boîte crânienne et permet de préciser s'il y a lieu le siège de la trépanation.

L'enchevillement des fractures diaphysaires. — *M. Neuman* (Bruxelles) emploie des chevilles d'os purum. Cette méthode lui paraît devoir réduire le temps d'immobilisation, favoriser la constitution du cal dans les délais les plus courts, tout en assurant une réduction et une contention suffisantes.

La cheville d'os purum joue en effet en dehors du rôle de tuteur, par l'apport de matériaux calciques. Des exemples probants sont fournis par l'auteur.

La tomographie. — *M. Etienne Bernard* présente des observations qui démontrent l'intérêt de cette méthode nouvelle de radiographie. Elle donne en effet la possibilité de comparer des clichés différents du thorax représentant de véritables coupes anatomiques de celui-ci par différents plans frontaux. Ainsi des cavernes dissimulées peuvent être facilement décelées. La tomographie et la sérioscopie permettent donc toutes les deux un examen approfondi de lésions profondes et en particulier des lésions thoraciques.

Séance du 14 avril 1937

Deux observations d'occlusion gastrique après gastrectomie. — *M. Bergeret* rapporte ce travail de *M. André*. Pour remédier à cet accident, l'auteur qui le croit dû le plus souvent à une taille défectueuse de l'estomac qui forme clapet, réalise un drainage interne par un tube de caoutchouc introduit au niveau de la bouche. Le drain s'élimine spontanément.

La méniscite temporo-maxillaire. — Ce travail de *MM. Friez Bercher* et *Guillermin* est l'objet d'un rapport de *M. Menegaux*. L'observation communiquée par les auteurs a trait au rôle des lésions méniscales dans l'apparition et la constitution de certains syndromes douloureux des mâchoires ou mâchoires à ressort. Le bord externe du ménisque epaissi et desinséré était dans le cas présent l'agent responsable des douleurs. En l'absence d'accidents généraux infectieux ou diathésiques, ou locaux d'ordre morphologique, le traitement ne peut être que symptomatique, mais peut aller jusqu'à l'ablation du ménisque douloureux et pathologique. La méniscectomie donne des résultats favorables.

M. Truffert pense que les troubles même minimes de l'articulé dentaire retentissent sur le ménisque temporo maxillaire et expliquent un grand nombre de ses troubles. D'où la règle qu'un examen dentaire soit toujours pratiqué.

M. Baumgartner apporte une observation de meniscite due à l'existence d'une luxation récidivante et habituelle de la mâchoire. Le traitement de celle-ci par butée a fait cesser ces phénomènes douloureux que la méniscectomie n'avait pas améliorés.

Fracture du col chirurgical de l'humérus compliquée. — *M. Sarroste* (Armée) a observé une fracture du col chirurgical de l'humérus compliquée de luxation en arrière de la tête humerale, ce qui est exceptionnel. M. Sarroste a pratiqué la résection de la tête luxée par voie antérieure. Une immobilisation du bras en abduction a donné ensuite un excellent résultat fonctionnel. (Rapport de *M. Picot*.)

Du traitement des traumatismes cérébraux. — *M. Marcel Fèvre* apporte une importante contribution à la connaissance du traitement de ces traumatismes chez l'enfant. Certains signes neurologiques permettent de prendre des décisions opératoires difficiles. La dilatation pupillaire unilatérale est un signe de valeur plus fidèle qu'on ne le dit classiquement, de même la ponction lombaire et l'épreuve de Queckenstedt-Stookey ne doivent pas être systématiquement rejetées.

Il insiste enfin sur la valeur dans certains cas du signe de Chvosteck, et du ptosis unilatéral comme représentatifs d'hémorragies intracrâniennes.

Echinococcose alvéolaire du foie. — *M. Marcel Chaton* (Besançon) envisage certaines complications d'ordre chirurgical de l'échinococcose alvéolaire hépatique. Dans une observation recueillie par lui, cette affection avait créé dans le foie une énorme cavité à contenu puriforme qui effondrant le parenchyme hépatique en un processus térébrant s'était évacuée dans le péritoine créant un syndrome aigu de péritonite par perforation.

Dans le cours de l'évolution ultérieure de l'affection, se fit une perforation de la vésicule biliaire dans la poche kystique. Il s'agit donc d'une variété spéciale ulcéreuse ou térébrante de l'echinococcose pour laquelle le chirurgien peut être appelé à intervenir.

J. CALVET.

FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Alimentation des Enfants

Farines très légères	Farines légères	Farines plus substantielles
RIZINE Crème de riz maltée	***ORGÉOSE*** Crème d'orge maltée	***AVENOSE*** Farine d'avoine maltée
ARISTOSE à base de farine maltée de blé et d'avoine	***GRAMENOSE*** (Avoine, blé, orge, maïs)	***CASTANOSE*** à base de farine de châtaignes maltée
CÉRÉMALTINE (Arrow-root, orge, blé, maïs)	***BLÉOSE*** Blé préparé et malté	***LENTILOSE*** Farine de lentilles maltée

CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — *Brochure et Échantillons sur demande.*

LA MARQUE DE FABRIQUE — EXIGER — SALUS ET SCIENTIA

ETABLISSEMENTS JAMMET Rue de Miromesnil, 47, Paris.

POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS à **STREPTOCOQUES** et à **STAPHYLOCOQUES**

PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC.



arapal

POMMADE **NON GRASSE** RICHE EN **ANTIVIRUS**

LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE

H. VILLETTE, Pharmacien.
131, Rue Cambronne, PARIS-15e
Tél. Vaugirard 11-23

A.I.P.



NESTLÉ

met à votre disposition :

LAIT SUCRÉ

NESTOGÈNE lait en poudre demi-gras.

PÉLARGON lait entier acidifié en poudre.

ÉLÉDON babeurre demi-gras en poudre.

FARINE LACTÉE

SINLAC mélange équilibré de céréales dextrinées-maltées et rôties pour décoction.

PRODIÉTON (ex-Milo) prototype de la bouillie maltée.

Littérature et échantillons :
Société **NESTLÉ**, 6, Avenue César-Caire - PARIS (8e).

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LABres A. GUERBET & Cie
22, RUE DU LANDY
St OUEN - PARIS

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

L'autonomie d'une « hypertension maligne ou sclérose maligne » n'est peut-être pas parfaitement démontrée. — Il s'agit plus probablement d'une forme clinique, d'un syndrome malin de la maladie hypertensive habituelle. Celle-ci demeure souvent latente et bien tolérée, mais elle comporte des facteurs de malignité nombreux, variables ; parmi ceux-ci les dégénérescences pan-vasculaires et plus particulièrement cérébro-oculo-rénales sont au premier rang.

(Professeurs Riser, Couadau, Planques et Valdiguié. (*La Presse Médicale*, 10 mars 1937.)

Dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure on peut trouver une hypotonie unilatérale ou une douleur au pincement de la corde du trapèze. — Ce signe parait dû à l'engagement des amygdales cérebelleuses et à la souffrance du spinal et des premières racines cervicales. Il a une certaine valeur diagnostique, plaidant en faveur d'une tumeur homolatérale de l'étage postérieur. Il peut cependant se rencontrer dans des cas de tumeur d'autre siège, s'accompagnant d'une grosse hypertension intra-cranienne et d'engagement des amygdales cérébelleuses.

(H. Roger, M. Arnaud et J.-E. Paillas. Le signe du trapèze dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. *La Presse Médicale*, 13 mars 1937.)

Epidémiologie

La « maladie des jeunes porchers », la grippe des porcelets et la grippe humaine présentent des analogies certaines. — Ces affections se traduisent, tant chez l'homme que chez l'animal, par des syndromes identiques. Leur virus présentent des similitudes frappantes.

Ces faits méritent de retenir l'attention des médecins et des vétérinaires, celle des hygiénistes et des bactériologistes. Leurs observations communes doivent permettre, une fois de plus, d'élucider un problème de pathologie et d'épidémiologie générales dont la portée scientifique et pratique ne saurait être mise en doute.

(Professeur Jean Verge et X. Leclainche. Maladie des porchers, grippe des porcelets et grippe humaine. *Paris Médical*, 27 février 1937.)

La fièvre typhoïde des jeunes mariés est simplement une fièvre typhoïde dite « ostréaire ». On sait que cette affection est due, dans certains cas, à l'ingestion d huîtres contaminées, mais le plus souvent elle a pour cause la consommation à l'état cru de moules ou de coquillages divers : palourdes, praires, clovisses, etc...

Ce sont les médecins de la région lyonnaise qui ont créé la dénomination de « fièvre typhoïde des jeunes mariés ».

Les jeunes couples de la région lyonnaise vont le plus souvent en voyage de noces sur les bords de la Méditerranée. Or, les cas de contamination sont tellement fréquents et le diagnostic dans ces conditions est si facile à poser, que les médecins de cette région ont adopté cette dénomination.

Cette fièvre est toujours très grave. La période d'état se prolonge longuement le plus souvent ; les complications sont fréquentes (hémorragies, perforations) ; la convalescence est longue à s'établir, traînante, entrecoupée de rechutes.

Nul ne pourra jamais savoir le nombre exact des cas de maladie et de mort provoqués par les moules de Marseille et de Toulon.

Nous avons évalué dans notre ouvrage, au cours des quinze années qui ont suivi la guerre, à 100.000 cas de contaminations, et à 25.000 le nombre des morts dus à l'ensemble des coquillages. On ne nous a jamais opposé de démenti. Nous avons l'impression d'être très au-dessous de la vérité ».

Les mesures prises par les pouvoirs publics, sont satisfaisantes dans les textes, mais pratiquement inappliquées pour des raisons électorales.

(M. Belin. La fièvre typhoïde des jeunes mariés. *La Presse médicale*, 6 mars 1937.)

La syphilis, maladie épidémique, doit être combattue par les méthodes épidémiologiques. L'enquête sociale qui permet de remonter à l'origine des contaminations pour isoler et traiter le porteur de germes syphilitiques virulents est nécessaire. C'est pourquoi cette méthode nouvelle de la prophylaxie antisyphilitique doit être poursuivie et développée. En augmentant le nombre des assistantes sociales, pour étendre le rayon d'action des centres antivénériens, on renforcerait utilement l'organisation actuelle. Les enquêtes étant plus nombreuses, les cas de syphilis nouvellement contractés diminueraient. Appliquée à l'ensemble du territoire national, cette organisation contribuerait sans aucun doute à abaisser d'une façon très sensible le taux de la morbidité vénérienne.

(L. et A. Spillmann. — Les enquêtes épidémiologiques dans la lutte contre la syphilis. *Paris Médical*, 6 mars 1937.)

Petite chirurgie

Si une « bonne veine » pour une transfusion sanguine se palpe mieux qu'elle ne se voit, parfois cependant certaines veines profondément situées, entourées d'un manchon graisseux abondant, de faible calibre, sont masquées à l'exploration la plus minutieuse. Avant de rechercher une autre région que celle habituellement choisie pour la ponction, on peut essayer de les rendre apparentes au moyen du « truc » suivant. On frotte assez fort, à l'éther, la région du pli du coude (une à deux minutes). Bien souvent, sous la vaso dilatation cutanée, apparaît un cordon veineux dû à la vaso-dilatation pariétale veineuse sous l'influence de l'excitation mécanique externe. Il faut fixer cette vaso-dilatation transitoire en appliquant immédiatement un deuxième garrot au-dessous du premier. On peut alors très facilement repérer et atteindre ce segment veineux dilaté et contenu artificiellement.

(Max Fourestier. — La transfusion sanguine. Quelques petits conseils pratiques. *Le Bulletin Médical*, 13 mars 1937.)

Varia

Un grand nombre de cancers du rectum sont secondaires à des polypes bénins.

(A. Cain et A. Bensaude. — Cancers du rectum secondaires à des tumeurs bénignes et petits cancers primitifs du rectum. *Paris Médical*, 3 avril 1937.)

***

Nous avons traité systématiquement par le décubitus plus de 500 cas d'ulcères gastro-duodénaux, et nous avons pu nous assurer que la cure clinostatique est la thérapeutique de choix de LA POUSSÉE ULCÉREUSE.

Le trait le plus remarquable de l'action du clinostatisme est d'être *immédiat*. Nous pouvons affirmer que, sauf dans des cas très précis le malade cesse de souffrir moins de 48 heures après le début du traitement.

L'action si rapide du décubitus sur la poussée ulcéreuse N'EST PAS ABSOLUMENT CONSTANTE, mais les exceptions sont relativement rares et elles sont en tous les cas parfaitement définies. Ayant fait systématiquement opérer tous les malades dont les signes fonctionnels résistaient au traitement, nous avons découvert dans tous les cas qu'il s'agissait d'ULCÈRES PERFORÉS BOUCHÉS ayant subi des remaniements inflammatoires profonds *La clino-résistance* est donc pour nous le meilleur signe d'un ulcère compliqué. L'épreuve de l'alitement en dehors de son effet curateur, fournit dans certains cas un signe pronostique essentiel et une indication chirurgicale de premier plan.

(J. Caroli. — Le clinostatisme dans le diagnostic et le traitement des ulcères gastro-intestinaux. *La Presse Médicale*, 10 février 1937.)

Echos et Glanures

L'évolution des mœurs médicales au regard de la morale chrétienne traditionnelle. — *Dans un article publié par la* Vie intellectuelle (25 novembre et 10 décembre 1936), *le Docteur Biot étudie la transformation de notre profession. Mais il ne se borne pas à exposer la maladie actuelle du Corps médical ; il esquisse un programme de restauration où le lecteur retrouvera toutes les qualités de morale et de synthèse qui font du Docteur Biot un des médecins spiritualistes les plus écoutés de notre temps.*

Sur quelle voie devons-nous donc orienter la médecine pour qu'elle réponde à sa fin ?

Elle doit tendre à sauvegarder et restaurer la santé humaine, c'est-à-dire qu'elle doit fournir à l'homme le moyen de faire servir son corps à ses fins spirituelles.

C'est au bon fonctionnement total du corps qu'elle doit tendre, non pas de telle fonction en particulier, mais de l'ensemble. Elle doit donc rapporter le but fragmentaire que poursuit la fonction à l'équilibre et à l'épanouissement de l'ensemble.

Dans les dernières pages de son livre si pénétrant : *Morale et politique*, J. Vialatoux fait allusion aux quelques questions que lui pose un médecin sur ces sujets.

« D'un remède qui relèvera la tension artérielle d'un hypotendu, mais risquera, à certaines doses, et chez certains prédisposés, de déclencher une phase d'hyperthyroïdie entraînant une impulsion à la colère et à la violence, dira-t-on qu'il est *médicalement* inoffensif ? »

Ou encore :

« Dira-t-on qu'est *médicalement* inoffensif un remède qui aurait une action stimulante sur la digestion et la circulation, mais, à certaines doses, et chez certains prédisposés, déclencherait une phase de sympathicotonie avec l'impulsion sexuelle qui l'accompagne ? »

La réponse ne fait pas de doute. Pour juger de la valeur d'un remède, pour connaître le mécanisme de n'importe quel organe, c'est à l'ensemble du corps qu'il faut le rapporter.

De là cette conclusion : si, dans l'état actuel du savoir, il n'est pas possible de faire autrement que de limiter son champ d'investigation scientifique, de se spécialiser, *il faut le faire avec une orientation d'esprit qui soit en garde contre la fragmentation, il faut avoir un souci actif de l'unité.* Dans ses livres remarquables : *Les symptômes et leur interprétation. L'avenir de la science*, le clinicien anglais Mackenzie montrait comment le maniement de nos appareils scientifiques — bien loin de devenir, comme il l'est actuellement, une tyrannie — pourrait et devrait servir et aiguiser la finesse de nos sens, si bien que nous arriverions à pouvoir nous passer de la précision des machines. Tout notre arsenal scientifique contemporain devrait n'être ainsi qu'un adjuvant momentané d'une science unitive de l'homme.

C'est à une sorte de *renversement des rôles* qu'il faut aboutir : non plus aller chercher la certitude dans la physico-chimie et la fragmentation qu'elle impose, mais bien, une fois nos puissances d'observation affinées sous le contrôle des techniques minutieuses, savoir réaliser un examen clinique du malade qui nous fasse approcher de son unité vivante.

« S'il est vrai, disait Mackenzie, que la meilleure compréhension d'une science tend à la faire comprendre plus facilement, que peut-on dire de la phase que la médecine a atteinte actuellement et de la manière dont on en continue l'étude ?... L'énorme accroissement des détails est loin d'avoir atteint sa limite, car la mode est de chercher à exagérer encore la tendance qui a mené la médecine à cette phase... Le fait que la médecine devient si complexe indique qu'elle suit des tendances erronées, car un sujet qui repose sur des lois naturelles devient plus facile à comprendre à mesure qu'on connaît ses lois... »

Puisqu'il est irréalisable d'être spécialiste de l'universel, il importe du moins de *rester universaliste dans la spécialité*, de même qu'il faut vivre dans l'éternel l'heure qui passe.

Cette médecine unitive, « humaine », disons-nous, — car nul terme mieux que celui-ci ne marque l'unité constitutive que nous devons désormais remettre au premier rang de nos préoccupations, — cette « médecine humaine » pourrait très bien être réalisée par tout médecin, lequel se consacrerait alors aux problèmes, non plus de la pathologie de l'individu, mais de la famille.

Le médecin de famille, armé de cette science, qui n'aurait plus besoin d'un attirail, puisqu'elle serait — enfin ! — redevenue un savoir synthétique, ne serait plus le parent pauvre ; mais, à l'égal des plus savants, *avec la même méthode qu'eux*, il serait voué à la médecine préventive et à la direction de la santé.

Alors aussi le dispensaire d'hygiène sociale changerait de caractère. Parce qu'il serait désormais bien acquis que ce ne sont pas des maladies qu'il dépiste, mais des malades qu'il traite, non pas « la tuberculose », mais « les humains », il ne pourrait plus négliger d'incorporer *essentiellement* à son examen et à son interrogatoire ce qui individualise la maladie dans le cas présent.

Les questions sur la famille, le milieu de travail, les habitudes de vie, ne seraient plus un accessoire, un luxe, mais elles apparaîtraient comme *aussi importantes* que la constatation des lésions ; elles seraient un des éléments, et non l'un des moindres, du pronostic ; elles interviendraient dans le choix des traitements, tout autant que la « forme clinique ».

Alors le médecin d'hôpital ou de dispensaire cesserait d'être un fonctionnaire impersonnel et froid, pour pénétrer de chaleur compatissante ses techniques et ses conseils.

Mais il faut aller plus loin et plus haut encore. C'est au service de la personne que se mettra la médecine humaine, c'est-à-dire qu'elle doit assurer une santé du corps telle qu'il soit un bon serviteur de l'esprit.

En ce domaine, il semble que tout soit encore à faire.

De cette « médecine humaine », la méthode, au sens exact du mot, est encore à peine ébauchée.

Il s'agit, en effet, de saisir la réalité vivante dans son double caractère physique et psychique, et dans l'unité de cette composition, et non point statiquement, mais dans son dynanisme même, en son « jaillissement ».

Une fois la méthode précisée, il y aurait lieu d'édifier une science exacte et une hygiène de l'activité intellectuelle, appropriée à chaque tournure d'esprit, à chaque tempérament mental. Alimentation, exercice, sommeil, distraction de chacune des variétés typologiques, technique du travail proprement dit suivant les capacités et les aptitudes.

Tout autant, — non pas certes après, mais en même temps et du même coup, car il ne s'agirait pas en construisant la médecine humaine de perdre jamais de vue que tout se tient, que tout est lié, — il faudrait édifier une hygiène de l'activité sensorielle et sentimentale, de l'activité volitive ; une thérapeutique des péchés capitaux, non pas seulement médicamenteuse, ni

seulement éducative, mais unitive, humaine encore une fois. Tout autant une ascèse corporelle et morale des vertus...

Certes, il faudrait se garder de confondre tous les domaines et de revendiquer pour la médecine je ne sais quelle dictature sur tout le savoir humain, la place très distincte de la direction spirituelle proprement dite et de la vie religieuse serait à sauvegarder, nous l'avons déjà dit dans une étude récente sur « Médecin et Prêtre ».

Non, c'est bien de la médecine qu'il faut faire et qu'il faudra faire, mais au lieu de la fermer sur elle-même, ce qui va la tuer il faut l'ouvrir toute grande aux réalités spirituelles et mystiques.

Dans l'Encyclique *Casti Connubii*, Pie XI laissait deviner des intentions et des directives de ce genre. Ce sont celles qu'en août 1935, il proposait aux infirmières catholiques réunies en Congrès international. Il faisait écho à la pensée de Pie X, qui conviait le peuple chrétien à instaurer toutes choses dans le Christ.

La Médecine ne saurait rester étrangère à cette vocation.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Etudes neurologiques. Septième série : *Les myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. La maladie de Friedreich. pathologie du névraxe*, par Georges Guillain et Pierre Mollaret. Un volume de 300 pages avec 78 figures 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les auteurs ont réuni dans ce volume un ensemble d'Etudes neurologiques poursuivies durant ces dernières années à la clinique neurologique de la Salpêtrière.

Une première série concerne le syndrome myoclonique vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatique. Par l'étude des différents problèmes que pose ce syndrome si spécial, les auteurs apporteront certaines acquisitions nouvelles, soit d'ordre sémiologique, soit d'ordre physio-pathologique, soit d'ordre anatomique. C'est ainsi que, partant de l'examen d'un cas réellement pur, ils peuvent localiser le siège des lésions dans le complexe olivo-dentelé.

Une deuxième série de travaux se rapporte à la Maladie de Friedreich, dont ils modifient à différents points de vue la conception généralement admise. Ils attirent l'attention sur un syndrome cardio-bulbaire avec altérations électro-cardiographiques particulières, syndrome dont la valeur pronostique est telle que se trouve infirmée la loi classique qu'on ne meurt jamais de la maladie de Fredreich. On trouvera aussi un exposé des troubles labyrinthiques, jusqu'ici inconnus, qui présentent cependant une fréquence et une importance clinique réelles. Au point de vue anatomique, ils insistent sur ce fait que la maladie de Friedreich doit cesser d'être considérée comme une maladie de la moelle épinière, car les lésions sus-médullaires, dont ils précisent les différents types, peuvent être envisagées comme constantes. Ces considérations les ont amenés à proposer une synthèse nouvelle de la maladie de Friedreich et des affections dégénératives du même groupe.

La troisième partie de ce volume réunit, sous le titre général de pathologie du névraxe, des études originales sur la maladie de Pick, les pinéalomes, les syndromes infectieux, les spasmes de torsion, les indications respectives de la ponction sous-occipitale et de la ponction lombaire.

Divers

Tableau de l'Art français, par Gabriel Mourey. Ill. *Le XVIIIe siècle* (1700-1830). 32 planches en héliogravure. Un volume 14 × 22, broché 15 francs, relié 18 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve). R. C. Seine 76.035.

Dans une introduction où l'auteur jette un regard sur l'ensemble du mouvement artistique au XVIIIe siècle, le procès des idées reçues est fait avec une perspicatité remarquable.

Sait-on que les prétendus amateurs d'art de 1810 se refusaient à payer plus de 10 francs les plus beaux dessins de Watteau, plus de 15 certains portraits de Latour et plus de 24 francs les deux pastels de Chardin : celui de Chardin aux besicles et celui de Marguerite Pouget, sa seconde femme.

Il est vrai que leurs successeurs ne prisaient pas mieux les dessins de M. Ingres, les peintures de Daumier et les toiles de Courbet de Manet et d'autres qui se vendent maintenant au poids de l'or, au moins.

L'auteur de cet ouvrage délicieusement présenté et écrit avec un amour éclairé par une longue fréquentation des chefs-d'œuvre, montre la place qu'ont tenue dans le monde les artistes français du XVIIIe siècle. Il analyse, en faisant la part des influences extérieures, la psychologie des peintres, des sculpteurs et des architectes et salue toujours avec joie, tout ce qui lui paraît conforme au génie français.

Talleyrand (1754-1838), par Duff Cooper. Traduit de l'anglais par H. et R. Alix. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Duff Cooper, qui est écrivain et historien, en même temps qu'homme politique, « a réussi en quelque trois cents pages, écrivait M. Raymond Recouly à propos de l'édition originale de l'ouvrage, à faire tenir tout ce qu'il y a d'essentiel sur Talleyrand dont l'existence, à cheval sur deux siècles et sur quatre ou cinq régimes, offre un déroulement des aventures les plus extraordinaires, les plus imprévues.

La Femme frigide, par Wilhelm Stekel. Traduit de l'allemand par le Docteur Jean Dalsace. (Collection psychologie). Un fort volume in-16 double couronne de 250 pages, 24 francs. Editions de la Nouvelle revue française, 43, rue de Beaune, Paris (VIIe).

L'œuvre de Stekel, dit le Docteur Jean Dalsace, est peu connue en France. Un seul de ses livres a été traduit jusqu'ici ; une leçon de lui faite à Sainte-Anne en 1932 et qu'il m'a demandé d'introduire dans ce livre en guise de préface, montre l'écart de sa pensée avec celle de son maître Freud. Mon rôle de traducteur n'est pas d'intervenir dans une discussion de doctrines et de techniques. Je ne me suis placé en entreprenant cette traduction, ni sur le plan de la psychanalyse ni même sur celui de la gynécologie classique. Je sais toutes les réserves que les gynécologues et moi-même pourront faire devant certains passages de ce livre. Je leur souhaite seulement d'y découvrir comme moi, matière à réflexion et discipline nouvelle.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Leriche (René). — **La chirurgie de la douleur.** III. 15 fig. 428 p. Br. : 65 fr. (*Masson*).

Ombredanne (A.), Suarés (Mme) et Canivet (Mme). — **Les inadaptés scolaires.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 440. 86 p. Br. : 12 fr. (*Hermann.*)

Ombredanne (André). — **Le problème des aptitudes à l'âge scolaire.** Coll. Actualités scientifiques et industrielles n° 439, 58 p. Br. : 12 fr. (*Hermann.*)

Ombredanne (L.) et Mathieu (P.). — **Traité de chirurgie orthopédique.** T. IV. III. 647 fig 905 p. Br. : 270 fr. ; Rel. : 300 fr. (*Masson.*)

Ottaviani (Dr M.). — **Le Dolichocolon.** 100 p. Br. : 30 fr. (*Maloine.*)

45e session 1936. Coll. Congrès français de chirurgie. Rel. : 100 fr. (*F. Alcan*).

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 19 — 8 MAI 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 *en timbres-poste*

SOMMAIRE

NOUVELLES

Echanges universitaires franco-belges. — M. le Professeur E. Zunz, de l'Université de Bruxelles, fera les trois conférences suivantes :

1° Le mardi 11 mai, à 16 heures, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian) : Comment l'organisme assure-t-il le maintien de sa composition chimique ?

2° Le mercredi 12 mai, à 10 h. 1/2, à la Clinique de M. le Professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) : Action des hormones sur la coagulation du sang.

3° Le jeudi 13 mai, à 11 heures, à la clinique de M. le Professeur Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine : Effet des alcaloïdes de l'ergot de seigle dans l'organisme.

Ces conférences seront accompagnées de projections.

Pathologie médicale (Professeur : M. Pierre Abrami). — Deuxième série (mai-juin), M. Etienne Bernard, agrégé : Maladies de la plèvre et du poumon ; M. Paul Chevallier, agrégé : Maladies du sang et intoxications.

M. Etienne Bernard, continuera ses leçons, les vendredis, lundis et mercredis suivants, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre.

M. Paul Chevallier, commencera ses leçons le jeudi 13 mai 1937, à 18 heures, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose du lundi 7 juin au samedi 3 juillet inclus, par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, F. Bordet, Cottenot, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Fourestier, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, Lonjumeau, Mamou, de Massary, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Regaud, Ribadeau-Dumas, Rouget, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Conférences a l'hôpital Broussais. — Lundi 7 juin, 9 h. 30, M. Sergent : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : conceptions anatomiques.

Mardi 8 juin, 16 h. 30, M. Durand : Anatomie pathologique : les formes anatomiques ; 17 h. 30, M. Durand : Bactériologie générale : les voies d'infection.

Mercredi 9 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Jeudi 10 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; 17 h. 30, M. Sergent : Les éléments généraux du diagnostic.

Vendredi 11 juin, 16 h. 30, M. Genevrier : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 17 h. 30, M. Rouget : La tuberculose des voies aériennes supérieures et du larynx.

Samedi 12 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 17 h. 30 M. Sergent : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux.

Lundi 14 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose pleurale ; 17 h. 30, M. Courcoux : Tuberculose des séreuses.

Mardi 15 juin, 16 h. 30, M. Kourilsky : Le foie des tuberculeux ; 17 h. 30 : M. Bordet : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 16 juin, 16 h. 30, M. de Berne-Lagarde : La tuberculose rénale ; 17 h. 30, M. Turpin : Vaccination antituberculeuse B. C. B.

Jeudi 17 juin, 16 h. 30, M. de Massary : Le système nerveux des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 18 juin, 16 h. 30, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la première enfance ; 17 h. 30, M. Ribadeau Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance.

Samedi 19 juin, 16 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes d'activité et d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 21 juin, 16 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques ; 17 h. 30, M. Sergent : Les signes radiologiques.

Mardi 22 juin, 16 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux ; 17 h. 30, M. Oury : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 23 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le pneumothorax artificiel ; 17 h. 30, M. Pruvost : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 24 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie : indications et résultats.

Vendredi 25 juin, 16 h. 30, M. Evrot : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 17 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 26 juin, Visite au sanatorium de Bligny.

Lundi 28 juin, 16 h. 30, M. Mignot : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique.

Mardi 29 juin, 16 h. 30, M. Bordet : Le traitement des complications ; 17 h. 30, M. Mignot : Climatologie.

Mercredi 30 juin : Visite d'un préventorium.

Jeudi 1er juillet, 16 h. 30, M. Pignot : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose ; 17 h. 30, M. de Winter : L'apicolyse et la cure chirurgicale des cavernes géantes.

Vendredi 2 juillet, 16 h. 30, Mme Gouin : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stage hospitalier et exercices pratiques : 1° le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivront les visites et les policliniques.

2° les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : démonstrations cliniques et radiologiques : examens de laboratoires, visites de dispensaires, d'un préventorium et de sanatorium (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Aux exercices pratiques s'ajouteront une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologique.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques et des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 300 francs, et aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser, 66, boulevard Saint-Michel).

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf samedi après-midi). Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : lundi 7 juin, à 9 h. 30, à l'Hôpital Broussais-La Charité.

Hopital Broca (111, rue Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de MM. R.-C. Monod, R. Palmer, R. Moricard, J. Guillot, P. Lejeune et Mlle M. Wolff, fera ce cours du lundi 14 juin au samedi 26 juin 1937, avec la collaboration de MM. L. Mallet, J. Pulsford, L. Bonnet, et J. Longuet.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Le Professeur Mocquot fera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30, un exposé clinique sur les malades qu'il va opérer. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Programme du cours. — Lundi 14 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Consultation par M. Palmer ; 17 heures, M. Palmer : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 15 juin, 9 h. 15, M. Lejeune : Technique de la diathermie et des diathermo-coagulations ; 10 heures : Consultation par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. Lejeune ; 11 h. 30, M. Moricard : Biopsies utérines (projections) ; 17 heures, M. Palmer : Blennorragie. Métrites. Leucorrhées.

Mercredi 16 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Consultation par Mlle Wolff ; 11 h. 30, M. Longuet : Cancer du corps de l'utérus ; 17 heures, M. Moricard : Physiologie génitale. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 17 juin, 9 h. 15, M. R.-C. Monod : Cancer du sein ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. Moricard ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 11 heures, M. Lejeune : Technique de l'hystéro-salpingographie ; 17 heures, M. Lejeune : Stérilités.

Vendredi 18 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Consultation par M. Lejeune ; 11 heures, M. Palmer : Technique de l'insufflation utéro-tubaire ; 17 heures, M. Palmer : Myomes utérins. Conservation ovarienne ; M. Pulsford : Radiothérapie des myomes.

Samedi 19 juin, 9 h. 15, M. Pulsford : Technique des applications d'ondes courtes ; 10 heures : Examen des malades à opérer par le Professeur Mocquot ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur Mocquot ; 17 heures, M. Lejeune : Avortement et complications.

Lundi 21 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Consultation par M. Palmer ; 17 heures, M. Guillot : Annexites. Abcès pelviens.

Mardi 22 juin, 9 h. 15, M. Palmer : Technique de l'hystéroscopie ; 10 heures : Consultation par le Professeur Mocquot ; 10 h. 30 : Electro-coagulations par M. Lejeune ; 11 h. 30, M. Moricard : Examen histoloioque des lésions annexielles (projections). ; 17 heures, M. Lejeune : Grossesse extra-utérine. Kystes de l'ovaire.

Mercredi 23 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Consultation par Mlle Wolff ; 11 h. 30, M. Bonnet : Tuberculose génitale de la femme ; 17 heures, M. Guillot : Cancer du col de l'utérus.

Jeudi 24 juin, 9 h. 15, M. Moricard : Technique du diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine ; 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. Moricard ; 10 heures : Opérations par les assistants ; 11 heures : Hystéro-salpingographies par M. Lejeune ; 11 h. 30, M. Mallet : Principes et technique du traitement radiothérapique du cancer du col utérin ; 17 heures, M. Palmer : Rétrodéviations. Prolapsus.

Vendredi 25 juin, 9 h. 30 : Exposé clinique par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Opérations par le Professeur Mocquot ; 10 heures : Insufflations utéro-tubaires par M. Palmer ; 10 heures : Consultation par M. Lejeune ; 11 heures : Consultation de stérilité et insufflations tubaires ; 17 heures, M. Palmer : Phénomènes douloureux. Métrorragies.

Samedi 26 juin, 9 h. 15, M. Pulsford : Technique de l'électrothérapie des métrites ; 9 h. 45 : Examen des malades à opérer par le Professeur Mocquot ; 11 heures : Leçon clinique par le Professeur Mocquot ; 17 heures, M. Moricard : Pathologie et thérapeutique hormonales.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Légion d'honneur. Guerre (réserve). — Sont inscrits au tableau de concours de 1937 pour le *grade d'officier* : MM. les Docteurs Renaud, du Maroc ; Maratuech, 15e région ; Jeanty, 9e région ; Guibé, 3e région ; Chon, 4e région ; Boisseau, 19e corps ; Lexa, 3e région ; Lucien, 20e région ; Hanns, 20e région ; Van Vype, 6e région ; Brunhammer, 7e région ; Laurent, 5e région ; Lacoste, 18e région ; Noirclaude, de Paris ; Dupont, de Paris ; Courcoux, 4e région ; Pietkiewicz, de Paris ; Simonin, de Paris ; Loygue, 2e région ; Chalot, 17e région.

Salomon, 11e région ; Fontanel, 16e région ; Diffre, 1re région ;

Bataille, 20e région ; Revel, 15e région ; Lavelle, 18e région ; Corvisy, de Paris ; Tartanson, 15e région ; Dazin, 9e région ; Pradourat, 7e région ; Laffont-Lacrampe, 19e corps ; Giacardy, 18e région ; Mazel, 14e région ; Dalmes, 17e région ; Privey, 8e région ; Arbez, 13e région ; Jouffrault, 9e région ; Tapie, 17e région ; Verne, de Paris ; Grunberg, de Paris.

Fouet, de Paris ; Helie, de Paris.

Troupes coloniales : MM. les Docteurs Sallet, 17e région ; Collin, 15e région ; Roton, Indochine.

Officiers rayés des cadres : MM. les Docteurs Dupuy et Goidin.

Hommage à la mémoire du Professeur Robert Proust. Les amis, les collègues et les élèves du Professeur Robert Proust, désireux d'honorer sa mémoire, ont eu la pensée de faire exécuter par le sculpteur Landowski un buste qui sera offert à la Faculté de médecine de Paris.

Une souscription a été ouverte à cet effet.

Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction en héliogravure de ce buste.

Le Comité d'organisation est composé de MM. A. Gosset, Jonard, Houdart, Maurer. — Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

Sanatorium de Montfaucon. — A la suite du concours organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose, et auquel ont pris part onze candidats, le Docteur Marlin a été nommé médecin-adjoint du sanatorium privé agréé de Montfaucon-du-Lot (Lot).

Dispensaires antituberculeux de la Charente-Inférieure. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose du départemetn de la Charente-Inférieure, est actuellement ouvert.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération, sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boul. Saint-Michel, Paris, avant le 31 mai 1937.

Institut municipal d'hygiène dentaire. — La Préfecture de la Seine va procéder prochainement à la nomination du Directeur de l'Institut municipal d'hygiène dentaire et de stomatologie, créé sur les fonds d'une donation faite à la Ville de Paris par M. Georges Eastman, philanthrope américain.

Le poste en question, qui comportera la direction administrative et technique de l'établissement, sera confié à un stomatologiste ou chirurgien-dentiste comptant au moins vingt ans de pratique et satisfaisant aux conditions suivantes : 1° être Français ; 2° s'engager à se consacrer uniquement à la direction de l'établissement et renoncer à toute clientèle ; 3° accepter d'accomplir un stage de trois mois environ à la clinique dentaire de Rochester (Etats-Unis), pour se familiariser avec les méthodes en usage dans cette clinique, premier établissement fondé par le donateur

Une indemnité annuelle de 86.000 francs non soumise à retenue sera attachée à l'emploi.

Le titulaire de l'emploi sera délégué dans les fonctions de directeur, d'abord pour une période d'un an, puis, à l'expiration de la première année d'exercice, pour une période de cinq années renouvelable ensuite par période de cinq ans, sans limitation de durée quant au nombre des périodes où la délégation pourra être prononcée.

Les candidats devront adresser leur demande présentée dans les conditions précisées ci-dessus et appuyées de leurs titres et de toutes justifications et références nécessaires avant le 1er juin prochain, à la Préfecture de la Seine (Direction de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale, secrétariat, 9, place de l'Hôtel-de-Ville). Aucune candidature présentée après cette date limite ne serait examinée.

La nomination à l'emploi est prévue pour le 1er juillet prochain.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle aura lieu le samedi 8 mai 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

Ordre du jour. — Communications : Docteur I. Simon : La médecine légale dans la Bible et le Talmud (*suite*). — M. Fosseyeux : De la conservation des cœurs sous l'ancien régime.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime. — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera don é au Laboratoire d'hygiène sous la direction du Professeur TANON, avec la collaboration de M. le Docteur JOANNON, MM. LINDEMANN, ROUBINET, MM. les Docteurs CAMBESSÉDÈS, CLERC, NEVEU, NAVARRE.

Le cours durera du 31 mai au 16 juin, il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 heures à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ; 2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Association générale des médecins de France. — *L'Assemblée générale annuelle* aura lieu sous la présidence de M. le Docteur Chapon, le dimanche 23 mai 1937, à 14 heures, dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la Presse médicale.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le Docteur Olmer, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, président de la Société des médecins des Bouches-du-Rhône. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 21 mai, leur adhésion et le prix du banquet (55 francs), à M. le Docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Invalides : 55-19.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les anciens élèves de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux — médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes — sont informés qu'il vient de se créer une Association des anciens élèves dont le siège social est à la Faculté de médecine et de pharmacie (place de la Victoire).

Cette Association fondée sous la présidence d'honneur de M. le Recteur de l'Académie de Bordeaux et de M. le Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie a pour but de renouer les liens de camaraderie et de solidarité contractés au cours des études, créer un centre mutuel d'appui pour favoriser et défendre tout ce qui a rapport au bien des anciens élèves et de la Faculté elle-même, enfin publier un bulletin d'information et d'expansion scientifique et morale destiné à maintenir et faire rayonner le prestige de l'Ecole bordelaise.

Les adhésions doivent être adressées dès maintenant à M. le Secrétaire de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire, à Bordeaux. Elles doivent être accompagnées d'un mandat-carte de 10 francs montant de l'inscription et de la cotisation annuelle.

La première assemblée générale est fixée au samedi 19 juin 1937, à 17 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les maladies du pharynx. *Chirurgie et thérapeutique*, par G. CANUYT, REVERCHON, TRUFFERT et Ch. WILD. Un volume, 790 pages, 216 figures. Cartonné toile, 200 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Corps étrangers du laryngo-pharynx. Hypertrophie de l'amygdale linguale. Péri-amygdalite linguale phlegmoneuse.

La quatrième partie aux expertises médico-légales et responsabilité professionnelle.

On trouvera exposés dans cet ouvrage l'étude clinique des maladies du pharynx : examen objectif, général. Diagnostic : clinique et de laboratoire. Traitement : médical, chirurgical. Examens biologiques pré-opératoires : la technique opératoire. L'étude des suites opératoires. Les complications.

Dictionnaire des bactéries pathogènes pour l'homme, les animaux et les plantes, par les Docteurs Paul HAUDUROY et Ch. EHRINGER, le prof. Ach. URBAIN, les Docteurs J. MAGROU et G. GUILLOT. Un volume, 598 pages. Relié toile, 140 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tel qu'il est conçu, ce dictionnaire qui n'a, à notre connaissance, aucun équivalent, devra rendre les plus grands services aux hommes de laboratoire. Il leur permettra de s'orienter plus facilement au milieu d'une science chaque jour plus complexe.

L'Année thérapeutique. *Médicaments et procédés nouveaux*, (onzième année, 1936), par le Docteur A. RAVINA. Un volume, 175 pages, 20 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1936, tant en France qu'à l'Etranger :

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître des techniques nouvelles d'application facile et d'indiquer les orientations de certaines méthodes thérapeutiques.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les cinq volumes précédents.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'asthme par le sérum térébenthiné en injections sous-cutanées

Par GIRBAL (Marseille)

Les résultats remarquables que nous avons obtenus dans le traitement des crises d'asthme par les injections d'essence de térébenthine, suivant la méthode préconisée par A. Pic, P. Delore et G. Lacroix, nous ont incité à essayer d'obtenir des résultats analogues, sans avoir les inconvénients resultant de la formation d'un abcès de fixation (réaction douloureuse, abcès volumineux, décollement).

Cette technique de l'abcès de fixation, utile chez les asthmatiques en menace de défaillance cardiaque et rebelle à tout autre traitement, garde encore son indication d'urgence.

Il nous a paru intéressant, et les résultats obtenus l'ont confirmé, d'essayer une thérapeutique moins brutale, plus progressive, qui non seulement nous a donné d'aussi bons résultats, mais par sa bénignité nous a permis de l'utiliser dans des asthmes prolongés avant la période d'insuffisance cardiaque, et de l'employer également comme traitement curatif de l'asthme, les résultats étant plus durables grâce à la répétition des injections faites à doses croissantes.

Sérum térébenthiné :

Térébenthine.... } āā 2 c. c.
Alcool à 90°..... }

agiter et verser dans

100 c. c. de sérum artificiel

préparer en ampoules de 10 c. c.

Injecter 1 c. c., puis 2 c. c., jusqu'à 10 c. c. ; de cette solution, en attendant pour faire les injections suivantes que toute réaction locale ait totalement disparu.

L'injection sous-cutanée, pratiquée à la face externe de la cuisse, entraine une légère douleur ; une réaction œdémateuse locale peut se produire avec rougeur, mais sans suppuration, réaction calmée, quand cela est nécessaire, par des applications chaudes (compresses humides).

Les résultats obtenus ont été très encourageants. Ce traitement peut être utilisé dans toutes les formes d'asthme, mais quand cela est possible il y a toujours lieu de pratiquer d'abord un traitement étiologique comme nous l'avons exposé antérieurement (1), et un traitement hépatique de base (2).

Rapportons très succintement deux observations démonstratives.

Obs. I. — Madame A..., 46 ans, vient nous consulter à nouveau en décembre 1936 pour des crises d'asthme améliorées passagèrement par un traitement vaccinal et un régime. Depuis un mois, crises presque quotidiennes, en particulier nocturnes.

Tous les examens crachats, urines, sang, n'ont donné aucun résultat. L'éphédrine n'apporte plus aucun soulagement.

En dehors du régime déjà institué, nous prescrivons des injections sous-cutanées de sérum térébenthiné en commençant par 1 c. c. et en augmentant à chaque injection de 1 c. c. jusqu'à 10 c. c.

L'injection n'est pas douloureuse, mais le lendemain apparition d'un léger œdème sensible au palper. Cette réaction disparait en 48 heures.

A noter après la troisième injection, une réaction locale plus vive avec élévation de température, 38°5. Après cette piqûre les crises s'atténuent en intensité et progressivement disparaissent. Depuis deux mois les crises n'ont plus reparu. La malade continue le régime hygiéno-diététique prescrit.

Obs. II. — Madame L.., 31 ans. — Crises depuis deux ans après un épisode grippal.

Crises sans interruption depuis octobre, nécessitant le repos à la chambre et s'accompagnant de fléchissement de l'état général. Dyspnée très prononcée avec toux quinteuse, persistante, très pénible.

Après échec des autres traitements nous prescrivons, au début de janvier, un traitement par injections sous-cutanées de sérum térébenthiné. A la quatrième piqûre, réaction assez vive avec œdème qui fait redouter une suppuration. Cette réaction disparaît en quelques jours sous l'influence d'applications chaudes.

A partir de ce moment sédation rapide des crises.

Nos essais sont encore trop récents pour savoir si les résultats seront durables, nous publierons ultérieurement les nombreuses observations que nous avons recueillies et dont nous suivons l'évolution.

Signalons aussi que nous venons d'obtenir un très beau résultat dans un cas de Fièvre de Malte avec hyperthermie, ayant résisté à toutes les médications classiques.

Comment agissent ces injections ? Probablement la térébenthine leucocytogène très active, même à faible dose, augmente la phagocytose et agit par choc.

En terminant, nous insistons sur la nécessité de ne procéder à l'injection suivante que quand la réaction de l'injection précédente a entièrement disparu.

(1) Girbal. Comment diriger le traitement d'un asthme. *Journal des Praticiens*, 6 mars 1937.

(2) Girbal. Indications de l'opothérapie hépatique dans l'asthme. *Le Bulletin Médical*, 5 décembre 1936.

Métabolisme de l'eau et diurèse chez les obèses

Par Yves KERMORGANT (de Brides-les-Bains)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Les problèmes du métabolisme de l'eau, de l'équilibre aqueux et de la diurèse dominent tout le traitement des obésités.

L'eau représente 60 à 65 % du poids du corps. Plus de 10 litres d'eau sont mis journellement en circulation dans l'organisme, provenant des eaux de boisson, de la combustion des aliments et des sécrétions glandulaires. Les besoins journaliers en eau pour remplacer l'eau éliminée par les reins (1.500 grammes), la sueur et le poumon (1.000 grammes) l'intestin (100 grammes) sont de l'ordre de 30 à 40 grammes par kilog de poids corporel et il existe un point critique pour les besoins en eau que les jeuneurs professionnels eux-mêmes n'ont pu dépasser (6 à 700 grammes par jour).

Cette eau existe sous trois états : *eau de circulation* (sang et lymphe) dont la composition est maintenue fixe par le mécanisme régulateur mis en évidence par Achard et Lœper ; *eau de constitution* entrant dans la composition intime des cellules soit à l'état de combinaison soit comme solvant des colloïdes intracellulaires ; *eau de réserve et de soutien* contenue dans le *système lacunaire* décrit par Achard. Ce système, comprenant l'ensemble des fentes intercellulaires et des espaces interaréolaires du tissu conjonctif, loge la plus grande partie de l'eau du corps humain, est très extensible et peut contenir une masse considérable d'eau en excès (20 kilogs *in* Castaigne).

Le rôle de ce système lacunaire est capital dans le métabolisme de l'eau. C'est à l'importance encore accrue, chez les obèses, de ce système, que ceux-ci doivent leur caractéristique d'être des

spongieux hydrophiles. C'est de son système réticulaire que l'obèse tire l'eau qui constitue les chutes de poids dont il est si orgueilleux au cours de son traitement, alors que la moindre réduction volumétrique aurait pour lui un intérêt plus considérable, car elle serait facteur d'amaigrissement véritable.

A côté de l'importance de ce système réticulaire, d'autres causes viennent souvent troubler le métabolisme de l'eau chez les obèses :

1° *facteurs mécaniques.* — La dilatation gastrique ; les ptoses, les augmentations de volume du gros intestin, l'hypertension portale avec pléthore abdominale et l'opsiurie qu'elle provoque, l'hypotension vasculaire, les variations de pression hydrostatique, les troubles mécaniques apportés à la circulation par l'état d'obésité sont autant de causes purement mécaniques favorisant la stase aqueuse.

2° *facteurs chimiques.* — L'augmentation de la teneur en sel, en particulier du chlorure de sodium (Achard), est fréquente chez les obèses, L'eau nécessaire à la fixation de ces cristalloïdes en excès, est l'eau du système lacunaire dont on voit encore s'accroître le rôle. L'hypercholestérinémie est fréquente chez les obèses qui sont tôt ou tard des insuffisants hépatiques et nous ne pouvons insister dans cet article sur l'hydrophilie considérable de la cholestérine et de ses dérivés.

Lœper a montré récemment un autre facteur de rétention aqueuse : l'absence de substances indispensables secrétés par le foie, ou, l'apparition de produits de désintégration hépatique dérivés de l'histamine. Les troubles hépatiques engendrés par les obésités, quelque soient leur origine, sont des causes principales des troubles du métabolisme de l'eau auxquelles il faut ajouter les modifications de l'équilibre acide-base et de la pression oncotique des protéines du sérum.

3° *le rôle des glandes endocrines* dans la production des œdèmes est une notion qui prend de jour en jour plus d'importance.

Les infiltrations tégumenteuses et les œdèmes des myxœdémateux cèdent au traitement opothérapique ou thyroxinien. Les hypo-ovariennes ont une infiltration spéciale de leurs téguments, surtout marquée autour de la ceinture pelvienne et de la face postérieure des bras, infiltration rosée différente de l'infiltration blafarde des hypothyroïdiennes. Mais il est bien difficile de faire la part de ce qui revient à la sécrétion glandulaire, de ce qui relève des modifications de l'influx nerveux ou des troubles chimiques d'origine hormonale (hyperlipémie ou hypercholestérinémie des hypothyroïdiens).

Plusieurs techniques ont été proposées pour étudier le mode de l'élimination de l'eau chez les obèses.

Nous laisserons de côté les tests d'imbibition : épreuve à la gélose inapplicable en clinique ou mesure du temps de résorption de solutions salines (Mac Clure et Violle) épreuves difficiles à apprécier cliniquement. Les épreuves de diurèse découlent toutes du même principe. Les plus connues sont celles de Vaquez et Cottet, de Volhardt, de Violle. Cette dernière pratiquée en ortho et clinostatisme peut donner des indications intéressantes, mais nous lui préférons la méthode décrite par Paillard sous le nom d'appréciations de la souplesse ou de la rigidité fonctionnelle du rein. Nous renvoyons le lecteur pour sa description aux articles de Castaigne et de Paillard parus sur ce sujet. Cette épreuve permet à l'hydrologue de jauger la valeur fonctionnelle d'un rein auquel il va, du fait de la cure thermale, demander un effort supplémentaire, et de régler par la même la dose d'eau à prescrire à chaque sujet.

Les obèses présentent des troubles d'élimination urinaire qui leur sont particulier : ils ajoutent à une oligurie fonctionnelle une restriction volontaire des apports en eau. Ils ont une inégalité du rythme urinaire avec de grandes débacles, véritables soupapes de sûreté de l'organisme saturé d'eau. Ils présentent des diurèses subites liées soit à des troubles d'équilibre vago-sympathiques soit à des troubles endocriniens qui chez la femme se reproduisent suivant un véritable cycle rythmé par la menstruation. Feuillé insistait avec juste raison sur ces variations considérables du pouvoir de fixation de l'eau chez les obèses.

Le traitement de la rétention hydrique des obèses, par réduction des apports en eau, est un non-sens clinique. Marcel Labbé et Furet ont depuis longtemps montré que la réduction de l'eau de boisson ne favorisait nullement l'amaigrissement d'un obèse.

Les obèses cherchent souvent à augmenter l'élimination de l'eau par une exagération de la sudation obtenue soit par des exercices physiques pratiqués conjointement ou non avec de l'héliothérapie, pour le plus grand détriment de leur appareil cardio-vasculaire, soit en se soumettant à des bains de lumière ou de paraffine ou des bains de mousse. Le sujet perd rapidement de l'eau, donc du poids et il est satisfait. Il tire cette eau de son système lacunaire. Mais si la surface de son système lacunaire n'est pas diminuée, son organisme gardera une capacité de fixation d'eau analogue et rétablira au bout d'un temps plus ou moins rapide l'équilibre aqueux dans ces véritables bassins de réserve que constitue le système réticulo-conjonctif si développé chez les obèses. C'est ce que nous appelons pratiquer le système de l'éponge.

Le massage est une arme à double tranchant. Il est certain qu'un massage léger favorise la diurèse en mobilisant les muscles grands fixateurs d'eau et en favorisant la circulation dans le tissu cellulaire sous-cutané. Par contre le massage brutal avec décollement du tissu cellulaire ne peut que contribuer à créer des zônes d'appel et des causes de fixation de liquide. L'expérience nous conseille d'abandonner ces techniques quelques séduisantes qu'elles soient en apparence.

Toutes ces méthodes ne constituent que des petits adjuvants de cure. De même qu'il n'existe pas une obésité de même il n'existe pas une médication diurétique s'appliquant à tous les cas d'obésité.

Les eaux minérales diurétiques agissent elles non d'une façon spécifique mais en contribuant à modifier la concentration minérale des eaux de réserve et en agissant sur le Ph de ces eaux et de l'urine. A Brides nous utilisons dans ce but une source très peu minéralisée légèrement calcique la source froide qui est une bonne eau de diurèse.

La véritable thérapeutique de la diurèse chez les obèses, comprend d'abord la réalisation de l'équilibre entre les entrées et les sorties de liquide et nécessite le contrôle constant des fonctions rénales. Dans un second temps il faudra mettre le sujet en léger état de déperdition aqueuse 150 à 300 grammes par jour par un véritable entraînement de son organisme. Où pourra-t-on mieux qu'en station thermale et grâce aux eaux de diurèse réaliser le mieux cet état d'équilibre et de déperdition ?

On pourra en outre suivant les cas associer à ces techniques thermales comme adjuvants quelques-uns des médicaments que nous offre la pharmacologie soit pour aider une diurèse à s'installer soit pour rétablir le cours d'une diurèse momentanément bloquée. Comme ces blocages sont presque tous liés à une modification de la minéralisation et du Ph, nous préférons toujours un emploi judicieux des eaux de diurèse. Néanmoins nous avons recours parfois soit à la théobromine et ses dérivés soit aux sels de potasse qui font souvent partie des tisanes diurétiques vendues avec succès à l'étranger. On pourra utiliser également comme petits adjuvants toutes les plantes diurétiques scille, stigmates de maïs, queues de cerises, genet, ortosiphon, etc... De même les sucres, le lactose ingéré à haute dose, l'alcool, peuvent déclancher une diurèse.

Mais il faut savoir que la diurèse d'un obèse dépend d'une série de facteurs, et il ne faut pas oublier cette règle qu'on ne force pas sur le rein d'un sujet pour le faire uriner on doit bien plus tôt chercher à rétablir l'équilibre aqueux de l'individu.

On a voulu faire de certains diurétiques mercuriels des véritables médicaments spécifiques de la rétention de l'eau chez les obèses et on a véritablement abusé de l'emploi de ces diurétiques mercuriels. Il ne faut pas oublier que ces médicaments agissent comme des toxiques et que la diurèse correspond à un effort de l'organisme pour se débarrasser de la quantité de sels mercuriels qu'on y a introduit.

Cette thérapeutique peut dans certains cas bien précis administrée par la voie rectale rendre le service de débloquer une circulation encombrée chez un obèse infiltré par exemple, mais cette médication doit demeurer une thérapeutique d'exception d'un emploi judicieusement délimité.

La véritable thérapeutique spécifique des rétentions aqueuses a pour base l'étiologie de l'obésité.

C'est en traitant la polyphagie et la polydypsie d'un obèse, en traitant ses troubles gastriques, ses diverses insuffisances hépatiques comme nous le faisons à Brides par l'administration d'une eau sulfatée sodique, la source Hybord que l'on agira le plus surement sur sa diurèse en y ajoutant tous les petits adjuvants dont nous avons déjà parlé. C'est en agissant sur la sécrétion ovarienne soit en utilisant les extraits ovariens soit en y associant les extraits hypophysaires que l'on réduira les infiltrations des ovariennes. L'action de la thyroïde sur les infiltrations des hypothyroïdiennes le rétablissement de la diurèse sous l'influence de la thyroïde ou de la thyroxine sont des faits bien connus de tous les endocrinologistes. L'opothérapie hépatique ou rénale seront souvent également d'un précieux secours.

Mais nous n'insisterons jamais assez sur la complexité des causes de rétention aqueuse qui interviennent et s'enchevêtrent chez un obèse. Il appartient au clinicien de faire preuve de bon sens et d'expérience et d'étayer sa thérapeutique sur les indications que lui fournira le laboratoire.

CLINIQUE INFANTILE

Troubles de la menstruation chez les tuberculeuses pulmonaires à la période de puberté (1)

Par M. le Prof. NOBÉCOURT

Dans ma leçon du 16 mai sur *Première menstruation et tuberculose* (2), je vous ai présenté cette petite malade.

A 12 ans 9 mois, Rose a une première et unique menstruation. A 13 ans, apparaissent les premiers signes cliniques d'une tuberculose pulmonaire à type broncho-pneumonique. Quand nous la voyons, à 13 ans 3 mois, elle est toujours aménorrhéique.

Depuis le 18 mai, sa température reste fébrile, oscille de 37°5, le matin, à 38°, le soir. Son poids reste le même avec quelques légères variations : il est, le 18 mai, de 35 kil. 100, le 30 mai, de 35 kilos, et aujourd'hui de 34 kil. 450. Les signes physiques sont restés à peu près les mêmes : à droite, on constate une légère submatité à la base, et, à la partie moyenne, quelques râles sous-crépitants. La tuberculose continue d'évoluer lentement. Rose a actuellement 13 ans 4 mois et, depuis sept mois, est aménorrhéique.

Je voulais également vous présenter une autre malade, Yvonne ; mais elle vient d'être envoyée dans le Service de la diphtérie. Voici son histoire.

Son père est mort de mastoïdite.

Sa mère est bien portante.

Elle est née le 17 juillet 1921, à terme.

Pendant longtemps, elle est sujette aux bronchites ; celles-ci deviennent rares à la suite d'un séjour de trois ans à la campagne, de 1930 à 1933.

Elle a eu la rougeole, la scarlatine qui ont évolué régulièrement. Elle a été vaccinée contre la diphtérie.

A 12 ans et demi, elle a ses premières règles. Ensuite, ses menstruations sont régulières, peu douloureuses, abondantes ; elles durent cinq ou six jours.

A la fin de mai 1935, à 13 ans 10 mois, après la mort de son père, elle quitte l'école. Elle passe le mois de juin en vacances à Fontainebleau.

Le 1er juillet, elle entre comme employée dans une maison d'orthopédie en gros ; elle est occupée au téléphone, écrit des factures, fait de petits emballages ; elle reste debout toute la journée. Le magasin est assez bien aéré, assez bien éclairé par la lumière naturelle. Elle travaille, le matin, de 8 à 12 heures, l'après-midi, de 13 h. 45 à 17 h. 30 ; elle a congé le samedi après-midi.

Elle prend ses repas chez sa mère, qui demeure à un quart d'heure du magasin ; elle mange assez rapidement, en vingt-cinq minutes ; son alimentation est suffisamment abondante et variée. Sauf les conditions du travail, son hygiène est assez bonne.

Depuis qu'elle a quitté l'école, ses menstruations présentent des retards ; les intervalles sont de 35, 40, 45 jours, quelquefois même deux mois, comme en janvier-février 1936. Ses règles sont un peu moins abondantes, un peu moins longues qu'auparavant ; elles ne durent que cinq jours.

Elle a eu ses dernières règles du 16 au 19 avril 1936 ; elles ont été peu abondantes.

Vers la même époque, à partir de la fin d'avril, s'installent insidieusement de la fatigue, de la toux, un point de côté persistant à droite, de la fièvre, 38°5-39° ; elle maigrit. Le médecin constate une pleurésie et l'envoie à l'hôpital.

Elle entre à la salle Parrot le 11 mai. Elle est âgée de 14 ans 9 mois.

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades, le 6 juin 1936.

(2) Le *Concours Médical*, 26 juillet 1936.

Elle a une taille de 158 centimètres, c'est-à-dire une taille d'adulte ; elle pèse 42 k. 300, poids un peu faible pour son âge, pour lequel la moyenne est de 43 k. 500, beaucoup trop faible pour sa taille, pour laquelle la moyenne est de 57 k. 50.

Ses seins sont peu développés ; son système pileux pubien et axillaire correspond à la notation P^4-A^3 de Godin.

Le soir de son entrée, sa température est de 38°5 ; ensuite, elle atteint 37°5-37°7 le soir, et tombe le matin à 36°8-37°.

On constate : au niveau de l'hémithorax droit, en arrière, dans les deux tiers inférieurs, les signes d'un épanchement pleural et d'une condensation du parenchyme pulmonaire sous-jacent ; dans la région sus-épineuse et à la partie supérieure de la région sous-épineuse, avec une sonorité normale, une respiration rude et quelques sibilances.

L'hémithorax gauche est normal.

Par ailleurs, on ne constate rien de particulier.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Sur la radiographie, on voit l'ombre classique de l'épanchement pleurétique.

Le 12 mai, M. Brisset fait une ponction de la plèvre droite et retire 260 c. c. d'un liquide citrin, légèrement rosé, fibrineux qui contient, fait à souligner, des hématies en assez grand nombre, des polynucléaires et des lymphocytes, ces derniers dans la proportion de 20 % ; on n'y voit pas de germes, pas de bacilles de Koch ; la culture est négative. Un cobaye est inoculé.

Le liquide ne se reproduit pas. Peu à peu, les symptômes régressent ; l'état général s'améliore ; la température se fixe autour de 37°. Le poids augmente : il était de 42 k. 300 le 14 mai ; il est de 43 k. 700 le 30 mai.

Le soir du 30 mai, la température s'élève à 38°8, le 31 elle est de 40°-39°3, le 8 juin de 37°4-37°3 ; on constate une angine rouge avec exsudat qui prend bientôt le caractère membraneux ; la membrane contient des bacilles diphtériques moyens ; la malade est envoyée, le 1er juin, au pavillon de la diphtérie.

Depuis le 1er avril, date de la fin des dernières règles, c'est-à-dire depuis quarante-deux jours, Yvonne n'a pas été réglée.

En somme, Yvonne, à 14 ans 9 mois, a une pleuro-tuberculose avec épanchement séro-fibrineux, dont l'évolution est régulière. Comme toujours, le parenchyme pulmonaire sous-jacent présente des signes d'une condensation qui persistent après la régression de l'épanchement.

Par ailleurs, cette fille a ses premières règles à 12 ans et demi ; ses menstruations sont régulières jusqu'à la fin de la treizième année ; dès lors, elles deviennent irrégulières et cette irrégularité coïncide, ce qui est fréquent avec un changement du genre de vie : elle quitte l'école et commence à travailler dans un magasin, dans les conditions que j'ai précisées tout à l'heure.

Je ne vous parlerai pas aujourd'hui de la pleurésie ; je ne m'occuperai que des *troubles de la menstruation*.

***

Chez les filles, la PÉRIODE DE LA PUBERTÉ s'étend en général de 12 à 15 ans. Assez souvent, le début et la terminaison sont soit plus précoces, soit plus tardifs.

L'*éclosion de la puberté* est marquée par les *premières règles*. Elles surviennent, en général, vers 13 ans ou dans le cours de la quatorzième année ; elles sont assez souvent plus précoces ou plus tardives sans qu'il s'agisse d'un phénomène anormal.

Chez les tuberculeuses, à la période de la puberté, les TROUBLES DE LA MENSTRUATION sont très fréquents. Cependant les auteurs ont émis des opinions assez différentes.

Pour les uns, ils seraient rares. C'est ainsi que Hasse et Runge les notent seulement dans 17 % des cas.

Pour d'autres, ils sont communs : Eisenstein et Hollos les rencontrent dans plus de 50 % des cas, Galup les mentionne dans 48 à 70 % des cas.

Avec MM. Briskas et Abaza nous avons repris leur étude chez les tuberculeuses et plus particulièrement chez les tuberculeuses pulmonaires.

Nous avons poursuivi nos recherches sur les 105 tuberculeuses âgées de 10 à 17 ans, qui m'ont servi pour établir les statistiques que j'ai données dans ma leçon sur *première menstruation et tuberculose*.

Sur ces 105 filles :

52 ne sont pas réglées, soit 49 % ;
53 sont réglées, soit 50,6 %.

Sur les 53 filles réglées :

16 ont des règles normales, soit 30,1 % ;
37 ont des troubles de la menstruation, soit 69,8 %.

Les troubles de la menstruation consistent en *aménorrhées* et en *troubles divers* : menstruations irrégulières avec des intervalles généralement allongés, rarement raccourcis ; menstruations de durée anormale, tantôt très longues, tantôt très courtes ; dysménorrhée. Ces divers troubles sont d'ailleurs souvent intriqués et peuvent précéder ou suivre l'aménorrhée.

***

L'AMÉNORRHÉE est le trouble le plus fréquent chez les tuberculeuses à la période de la puberté.

L'aménorrhée est l'absence des règles. Elle s'observe souvent chez les filles à la période pubérale. J'ai consacré à son étude, le 11 et le 18 mai 1935, deux leçons intitulées : *Les aménorrhées de la puberté* : I. *Les facteurs physiologiques* ; II. *Etiologie et traitement* ; ces leçons se trouvent dans mon dernier livre de *Clinique médicale des enfants* sur les *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*.

A l'âge de la puberté, il faut distinguer :

1° Les cas où les règles n'apparaissent pas à l'âge où elles devraient survenir : ce sont les *aménorrhées primaires* ;

2° Les cas où les règles sont apparues, mais disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long : ce sont les *aménorrhées secondaires*.

Envisageons les AMÉNORRHÉES PRIMAIRES.

L'âge de la première menstruation varie d'une fille à l'autre et il est bien difficile de préciser à quel âge on est autorisé à parler d'aménorrhée.

On peut laisser de côté les filles qui n'ont pas 14 ans, et considérer, par contre, les filles qui ont dépassé cet âge, à partir de la quinzième année.

Reprenons les statistiques que j'ai données dans ma leçon du 16 mai.

Une *première statistique* établit que, *sur cent filles non tuberculeuses de* 10 *à* 17 *ans* :

Dans la 15e année, 10,5 ne sont pas réglées ;
Dans les 16e, 17e années, 3, 4 ne sont pas réglées.

Que *sur cent filles tuberculeuses de* 10 *à* 17 *ans* :

Dans la 15e année, 28,8 ne sont pas réglées ;
Dans les 16e, 17e années, 3,8 ne sont pas réglées.

Une *seconde statistique* établit que :
Sur cent filles non tuberculeuses d'un âge donné :

Dans la 15e année, 11,4 ne sont pas réglées ;
Dans la 16e année, 3,1 ne sont pas réglées.

Que *sur cent filles tuberculeuses* d'un âge donné :

Dans la 15e année, 22,1 ne sont pas réglées ;
Dans la 16e année, 3,8 ne sont pas réglées.

Donc, pour nous en tenir à la quinzième année, il y a beaucoup plus de filles tuberculeuses non réglées que de filles non tuberculeuses non réglées.

Les écarts sont :

Pour la première statistique, de 18,3.
Pour la seconde statistique, de 10,7.

Il semble ainsi bien établi, que, chez les tuberculeuses, les aménorrhées primaires sont plus fréquentes que chez les non tuberculeuses.

Pour préciser le *rôle de la tuberculose*, dans la réalisation de ces aménorrhées primaires, il convient de connaître l'âge du début de la tuberculose.

Dans la quinzième année, 15 tuberculeuses ne sont pas réglées.

Pour 9 d'entre elles, la tuberculose a débuté dans les douzième, treizième ou quatorzième années ;
pour les 6 autres, la tuberculose a débuté dans la quinzième année.

Dans la seizième année, deux filles ne sont pas réglées.

Chez elles le début de la tuberculose a eu lieu, pour une, dans la quinzième année, à 14 ans 10 mois ; pour l'autre, dans la seizième année.

Avec M. Coletsos, dans un mémoire sur *Influence de la puberté sur la tuberculose pulmonaire et effets du pneumothorax thérapeutique*, publié par *Paris Médical* du 3 novembre 1928, je publie les observations de cinq filles atteintes de tuberculose pulmonaire plus ou moins ancienne qui ne sont pas réglées après 14 ans.

2 de ces filles sont dans la quinzième année : la tuberculose a débuté à 12 ans 7 mois et à 14 ans 2 mois.
3 sont dans la seizième année : la tuberculose a débuté dans la quinzième année.

Pour la plupart de ces tuberculeuses, il est permis de penser que la tuberculose joue un rôle dans la non apparition des règles. Cette opinion est confirmée, nous le verrons tout à l'heure, par l'étude des aménorrhées secondaires.

Mais il faut toujours se défier de l'interprétation des statistiques : il convient de toujours envisager chaque cas particulier. Sur les cinq filles observées avec M. Coletsos, deux présentent des symptômes pubertaires normaux ; une a des symptômes pubertaires peu avancés ; deux autres, à 14 ans 7 mois et à 15 ans, ne présentent aucune symptôme de puberté. Or, chez ces deux filles impubères, la tuberculose a débuté seulement à 14 ans 2 mois et à 14 ans 11 mois ; elle ne peut pas être accusée du retard de l'évolution pubertaire.

Aussi avions-nous conclu avec M. Coletsos : « On peut considérer chez ces malades le retard de la menstruation comme faisant partie du retard général de développement », celui-ci ne peut être imputé à la tuberculose qui a débuté alors que l'évolution de la puberté aurait dû être déjà avancée.

Le *devenir* des aménorrhées primaires attribuables à la tuberculose dépend de l'évolution de cette dernière.

Elles peuvent être *définitives* ; généralement, alors, il s'agit de tuberculoses graves et l'aménorrhée persiste jusqu'à la mort.

Dans d'autres cas, elles sont *transitoires* : alors la tuberculose s'améliore et les règles s'établissent.

Dans ma leçon du 16 mai, je cite six filles, chez lesquelles la tuberculose a débuté dans la quatorzième année, avant la première menstruation. Chez ces filles, les premières règles apparaissent deux fois dans la quatorzième année, trois fois dans la quinzième année, une fois dans la seizième année.

Les *formes cliniques de tuberculose* rencontrées chez les malades restées aménorrhéiques après 14 ans, sont diverses. Sur cinq cas observés avec M. Coletsos, nous trouvons trois formes évolutives graves qui, dans deux cas, se sont terminées par la mort et, dans un cas, ne laissaient guère d'espoir de guérison à la sortie de l'hôpital ; deux formes peu évolutives.

Envisageons maintenant les AMÉNORRHÉES SECONDAIRES.

Que faut-il entendre par « aménorrhées secondaires » ?

On peut parler d'aménorrhée secondaire, quand trois périodes menstruelles se passent sans apparition des règles, quand l'interruption date d'au moins trois mois.

Quand l'interruption des règles est inférieure à trois mois, on dit qu'il y a retard de règles.

La distinction est, évidemment, quelque peu subtile ; mais, pour étudier les faits, il faut bien tracer une limite.

Dans notre statistique, sur 53 tuberculeuses qui ont eu leurs premières règles nous en trouvons 24, soit 45,2 %, qui ont présenté des aménorrhées secondaires.

Avec M. Coletsos, sur 12 tuberculeuses réglées :

4 le sont normalement, soit 33,3 %.
8 sont aménorrhéiques, soit 66,6 %.

Les aménorrhées secondaires sont donc communes chez les tuberculeuses à la période de la puberté.

Il est intéressant de comparer cette statistique avec les statistiques des auteurs qui portent d'ailleurs sur des tuberculeuses de tous âges.

Sur cent tuberculeuses de tous âges :

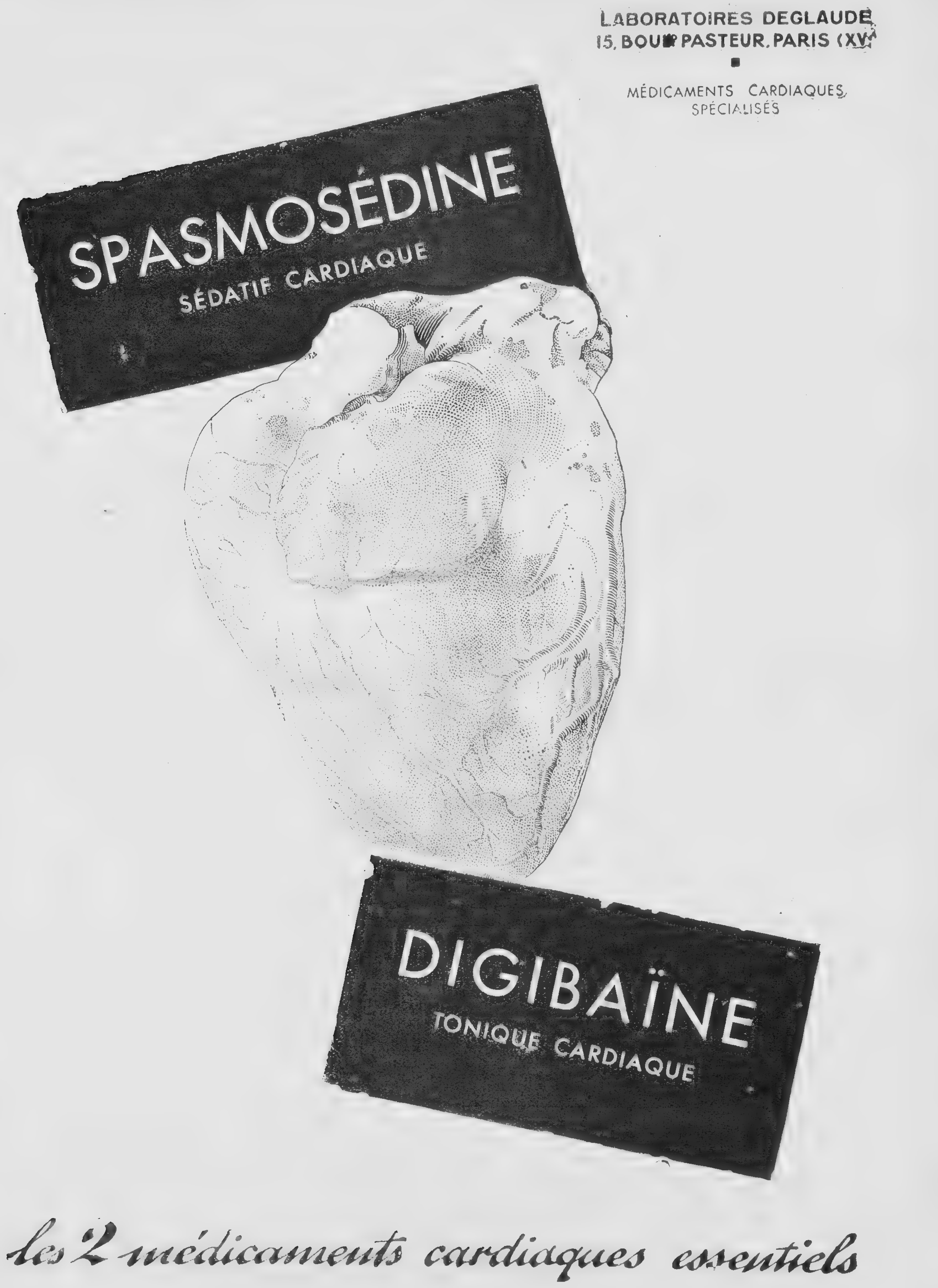
Runge trouve..	3,8	aménorrhées (de plus de six mois).
Hasse.........	6,2	—
Delie.........	14,4	—
Macht........	27	—
Stannich......	39	—
Despeignes....	46,2	—

Ces pourcentages sont assez différents.

Il convient de tenir compte de *l'âge*. Hofstätter trouve :

Sur 100 tuberculeuses de 15 à 24 ans ; 21 aménorrhéiques ;
Sur 100 tuberculeuses de 25 à 44 ans : 10 aménorrhéiques.

Comparons la statistique d'Hofstätter avec la nôtre. De 10 à 15 ans, le pourcentage des aménorrhées secondaires est élevé ; il est moitié moindre de 15 à 24 ans et encore moitié moindre de 25 à 44 ans.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL PASTEUR, PARIS (XV)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Le traitement du sycosis sous-narinaire

Nous avons en vue dans cette consultation le sycosis simple, staphylococcique, (et non le sycosis mycosique dont la forme suppurée peut prêter à confusion).

Le sycosis sous-narinaire est fréquemment la complication d'une infection de la fosse nasale correspondante. Il débute le plus souvent à la suite d'un coryza. Les premières poussées de folliculites superficielles sont fugaces. Mais elles passent rapidement à la chronicité à la suite de récidives du catarrhe nasal.

Assez souvent, son origine est oculaire. Les orgelets à répétition, provoquent l'infection du rebord ciliaire qui reste perpétuellement rouge et tapissé de fines croûtelles ; les larmes contiennent des staphylocoques et les amènent dans les fosses nasales ; elles déterminent ainsi une rhinite qui est souvent le point de départ d'un sycosis

Cette affection ne se rencontre jamais chez la femme et l'enfant, l'infection ne se développant que dans les follicules, à poil fort.

Les lésions du sycosis sous-narinaire sont situées exactement à « l'aplomb du nez » (Sabouraud) et ne le dépassent pas à moins qu'elles soient très anciennes. Ce sont des croûtes jaunes brunâtres sous lesquelles la peau est rouge, tomenteuse, suintante. Après le décapage, on peut distinguer, surtout au pourtour de la surface malade, la lésion primaire, petite pustule folliculaire orificielle due au staphylocoque doré.

C.est une affection rebelle, essentiellement récidivante. A la longue les tissus s'infiltrent et dans certains cas il survient au niveau de la partie sous-nasale de la lèvre inférieure « une véritable hyperplasie du derme constituant une sorte de tumeur d'aspect éléphantiasique » (Brocq).

Le traitement local de tous les sycosis est identique, mais la localisation sous-narinaire exige en outre celui de l'infection ciliaire et nasale. Contre les orgelets : nettoyer matin et soir le bord libre des paupières avec une boulette d'ouate hydrophile mouillée de la solution suivante :

Pierre divine	0,10
Eau de roses	200

(Sabouraud)

et une fois le jour laisser tomber quelques gouttes de ce collyre entre les deux paupières. Enfin appliquer le soir seulement sur le bord ciliaire la valeur d'un grain de blé de la pommade suivante :

Protoxyde jaune Hg	0,10
Vaseline blanche parfaitement neutre	10

En cas d'intolérance au sel de mercure, recourir à la préparation suivante :

Ichtyol	0,10
Vaseline neutre	10

Chaque cil qui centre un follicule infecté sera épilé à la pince et les ulcérations existant à la base des cils seront touchées avec un petit pinceau d'ouate mouillé d'une solution de nitrate d'argent à 1/30.

En ce qui concerne la désinfection des narines, Sabouraud préconise leur lavage deux fois le jour par humage d'un verre à bordeaux de la solution suivante tiède :

Eau distillée	1.000
Chlorure de sodium	15

Les résultats sont souvent excellents. En cas d'échec : instiller deux fois le jour dans le nez quelques gouttes d'une solution de collargol au centième dans du sérum physiologique, ou encore prendre des bains de nez dans de l'eau d'Uriage.

Enfin dans certaines rhinites prolongeant indéfiniment un coryza les deux formules suivantes sèchent rapidement l'écoulement nasal.

Cinq à six fois le jour pulvérisations du mélange suivant avec un pulvérisateur Wast :

Vitellinate d'argent	0,15
Chlorhydrate de cocaïne	0,10
Ephédrine	0,15
Glycérine	3
Sérum physiologique	30 c. c

et deux fois le jour introduire dans le nez une trace de la pommade :

Vaseline	6
Lanoline	6
Huile de vaseline	4
Acide borique	0,50
Eucalyptol	0,10
Stovaïne	0,10
Ephédrine	0,15

dans un tube d'étain.

Dans le sycosis sous-narinaire, comme d'ailleurs dans toutes les localisations de l'affection, on évitera le plus possible le rasage qui irrite la peau et dissémine les lésions infectieuses. Les poils seront coupés avec des ciseaux courbes. Il faut d'abord nettoyer la peau et calmer l'inflammation. On décapera la région malade avec un ouataplasme imprégné d'eau d'Alibour ou avec des pulvérisations au sérum artificiel ou même avec de simples applications de tarlatane pliée en 8 ou 12 doubles imprégnée d'infusion de camomille.

Chaque soir, on ouvrira les pustulettes, puis on fera une friction énergique avec une boulette d'ouate imbibée d'alcool iodé à 1/100. On laisse sécher, puis on applique au pinceau une légère couche de la lotion soufrée :

Soufre précipité	10
Alcool camphré	10
Teinture de savon	40

Agiter avant l'usage.

Le matin après nettoyage au savon surgras, appliquer une trace d'une crème neutre à la vasolanoline :

Vaseline	10
Lanoline	5
Eau de roses	10

En cas d'échec, tout en continuant le soir l'alcool iodé et la lotion soufrée, on remplacera le jour cette crème neutre par la préparation suivante :

Soufre précipité	1
Camphre porphyrisé	1
Axonge fraîche non benzoïnée	36

Voilà les meilleurs topiques locaux qui peuvent mener à la guérison dans les cas récents, mais dans les formes chroniques l'épilation répétée est le plus souvent indispensable. La première pourra être faite aux rayons X suivant la technique employée dans le traitement des teignes, c'est-à-dire à la dose de 4 1/2 unités H de Holznecht ou de 600 R de Solomon. Les épilations suivantes seront faites à la pince et comme la région à épiler est de petites dimensions, elle pourra être réalisée par le malade lui-même. Après chaque épilation, ne jamais manquer de faire une friction à l'alcool iodé. Chaque séance d'épilation doit être parfaite et ne laisser aucun poil ni duvet.

La vaccination antistaphylococcique ne donne pas dans le sycosis sous-narinaire un meilleur résultat que dans les autres localisations de l'infection. Comme l'a dit Sabouraud « les vaccins sont insuffisants contre les affections staphylococciques dès lors qu'elles sont exclusivement épidermiques, lorsqu'elles ne franchissent pas les limites de l'épiderme, et c'est le cas de tous les sycosis ». Les pansements au staphylo-vaccin de Besredka sont parfois efficaces au tout premier début de la folliculite ; de même les vaccins ingérables.

Enfin le soufre, intérieurement, paraît dans certains cas donner des résultats variables.

Maurice PIGNOT.

Les aménorrhées sonr d'autant plus fréquentes que les tuberculeuses sont plus jeunes. Il semble bien que le jeune âge favorise l'installation des aménorrhées secondaires. Le fait n'est pas pour surprendre. Les aménorrhées sont fréquentes à la puberté. Alors que s'installe la fonction menstruelle, les facteurs physiologiques qui président à la menstruation, facteurs ovariens, facteurs antéhypophysaires, facteurs thyroïdiens, etc., sont facilement troublés : il en résulte une instabilité des fonctions ovariennes et des menstruations. Cette instabilité se rencontre non seulement chez les tuberculeuses, mais chez beaucoup de filles qui ne sont nullement entachées de tuberculose.

Il nous faut maintenant analyser comment *se présentent les aménorrhées secondaires.*

Etudions les relations entre l'âge d'apparition de l'aménorrhée et *l'âge du début de la tuberculose.*

Dans notre statistique, sur 24 cas, le début de l'aménorrhée :

4 fois, précède le début clinique de la tuberculose, soit dans 16,6 % des cas ;
12 fois, coïncide avec le début clinique de la tuberculose, soit dans 50 % des cas ;
8 fois, est postérieur au début clinique de la tuberculose, soit dans 33,3 % des cas.

Il existe donc une relation très nette entre l'installation de l'aménorrhée et la tuberculose. L'aménorrhée s'installe le plus souvent au début de la tuberculose, est précoce ; s'installe moins souvent pendant l'évolution de la tuberculose, est tardive, parfois même terminale ; quelquefois seulement précède le début de la tuberculose.

J'ai fait avec M. Coletsos, des contsatations de même ordre :

Sur 8 aménorrhées secondaires, le début de l'aménorrhée, est :
2 fois, antérieur au début de la tuberculose, soit dans 25 % des cas ;
5 fois coïncide avec le début de la tuberculose, soit dans 62,5 % des cas ;
Une fois est postérieur de quatre mois au début de la tuberculose, soit dans 12,5 % des cas.

La durée de l'aménorrhée est bien difficile à préciser, étant données les conditions dans lesquelles nous observons : nous voyons, en effet, des malades pendant un certain temps, puis elles disparaissent et nous ignorons ce que devient l'aménorrhée.

Dans 13 cas, l'aménorrhée durait :

7 fois, depuis moins de 6 mois ;
3 fois, depuis 6 mois à 1 an ;
2 fois, depuis 1 à 2 ans ;
1 fois, depuis plus de 2 ans.

Dans 6 cas l'aménorrhée a persisté jusqu'à la mort.

Dans 5 cas, l'aménorrhée a été transitoire, c'est-à-dire a été suivie du retour des règles au bout d'un certain temps : 3 mois dans un cas ; 5 mois dans deux cas ; 8 mois dans un cas ; 10 mois dans un cas.

Envisageons les *relations de l'aménorrhée avec les formes cliniques de la tuberculose.*

D'une façon générale :

Quand l'aménorrhée précède le début clinique de la tuberculose, il s'agit de tuberculoses évolutives graves ;

Quand l'aménorrhée coïncide avec le début clinique de la tuberculose, il s'agit également de formes graves de tuberculose ;

Quand l'aménorrhée s'installe pendant l'évolution de la tuberculose, c'est généralement à l'occasion de poussées évolutives, au cours de tuberculoses relativement peu sévères ;

Enfin, quand l'aménorrhée est terminale, elle s'installe chez des tuberculeuses cachectiques ou dans des tuberculoses aiguës, broncho-pneumonie ou pneumonie caséeuse, méningite tuberculeuse, par exemple.

Donc, l'aménorrhée est surtout l'apanage des tuberculoses évolutives sévères. Elle ne se rencontre guère dans les tuberculoses bénignes ou dans les formes fibreuses chroniques.

Comme je l'ai constaté avec M. Coletsos, quatre tuberculeuses, dont la menstruation était conservée, avaient des « tuberculoses unilatérales avec conservation d'un bon état général ».

Avec MM. Briskas et Abaza, nous avons pu suivre vingt-deux malades pendant huit mois au moins, les aménorrhées terminales étant exclues.

Chez onze de ces tuberculeuses, les règles persistent ; parmi elles, nous trouvons :

Huit améliorations franches, soit 72,7 % ;
Deux états stationnaires ;
Une aggravation.

Onze autres ont de l'aménorrhée ; nous notons :

Cinq améliorations franches, soit 45,4 % ;
Cinq états stationnaires ;
Une aggravation.

Il n'y a donc pas de loi absolue. Retenons que, chez les tuberculeuses qui conservent leurs règles, les améliorations sont plus fréquentes que chez les filles qui sont aménorrhéiques. Mais des améliorations peuvent se produire quand il y a aménorrhée aussi bien que quand les menstruations sont conservées.

La *réapparition des règles* est souvent un indice d'une amélioration.

J'ai cité des exemples de retour des règles coïncidant avec l'amélioration de la tuberculose dans ma leçon du 4 février 1938 sur *Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire des filles à la période pubertaire*, leçon publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* sur *La tuberculose* :

Trois filles présentant des aménorrhées secondaires sont traitées par le pneumothorax. A un moment donné, leur état est amélioré et les règles reparaissent.

Chez Suzanne, dont l'aménorrhée a coïncidé avec le début de la tuberculose, les menstruations reparaissent après un arrêt de sept mois, six mois après le début du pneumothorax.

Chez Andrée, dont l'aménorrhée coïncide avec le début de la tuberculose, les menstruations reparaissent après un arrêt de huit mois, six mois après le début du pneumothorax.

Fanny a eu ses premières et uniques règles quatre mois environ après le début de la tuberculose, ses règles reparaissent après un arrêt de deux mois, deux mois après le début du pneumothorax.

Le retour de la menstruation n'est pas toujours l'indice d'un état favorable.

Sur cinq aménorrhée transitoires, observés avec MM. Briskas et Abaza, nous trouvons :

Deux fois, un retour des règles après cinq et dix mois, témoignant d'une évolution favorable ;

Une fois le retour des règles après cinq mois, ne s'accompagnant pas d'une amélioration clinique.

Deux fois, le retour des règles sans amélioration. Dans un cas, les règles reparaissent au bout de cinq mois, en même temps qu'une poussée évolutive sévère de tuberculose ; dans l'autre, le retour des règles au bout de six mois coïncide avec une hémoptysie.

Il me reste à dire quelques mots sur les *phénomènes liés à l'aménorrhée.*

M. Caussimon distingue parmi les aménorrhées des tuberculeuses :

Les *aménorrhées silencieuses*, dans lesquelles la suppression des règles n'entraîne aucune manifestation.

Les *aménorrhées actives*, dans lesquelles, au moment où les règles devraient apparaître, surviennent des manifestations diverses : soit des réactions fébriles, soit des équivalents menstruels, épistaxis ou hémoptysies.

Chez nos malades, nous n'avons rien remarqué de semblable, si ce n'est rarement quelques réactions fébriles discrètes. Les aménorrhées ont été silencieuses.

* * *

J'ai insisté sur les aménorrhées parce qu'elles réalisent, je le répète, le trouble le plus habituel chez les tuberculeuses à la période de puberté. Je serai plus bref sur les TROUBLES MENSTRUELS AUTRES QUE L'AMÉNORRHÉE : irrégularité, durée anormale, abondance anormale des règles, dysménorrhée.

Ces différents troubles peuvent précéder ou suivre l'aménorrhée, ou lui être intriqués.

En laissant de côté les cas où ils ont été intriqués avec l'aménorrhée, nous notons ces troubles divers chez 13 des 53 tuberculeuses réglées, soit dans 24,5 % des cas.

L'*irrégularité des menstruations* est le trouble le plus fréquent après l'aménorrhée. Nous le notons 11 fois sur 53 tuberculeuses réglées, c'est-à-dire dans 20,7 % des cas.

Le plus souvent (8 fois sur 11), l'intervalle des menstruations est plus long que normalement ; les règles reviennent à des intervalles de six semaines, deux mois, deux mois et demi, trois mois

Quand l'interruption est supérieure à trois mois, il s'agit, je vous l'ai dit, d'aménorrhée secondaire.

Rarement, les intervallse sont plus courts durant quinze jours (une fois sur 11) ou bien (2 fois sur 11), sont tantôt écourtés, tantôt allongés.

Précisons les *relations entre l'âge d'apparition des irrégularités menstruelles* et *l'âge du début de la tuberculose.*

Sur 10 cas, l'irrégularité, 6 fois, précède le début de la tuberculose de six mois à trois ans ; 4 fois coïncide avec le début de la tuberculose.

La *durée anormale des règles* est assez rare ; nous la relevons : 7 fois sur 53 filles réglées, soit dans 13,2 % des cas.

Les règles sont, soit *courtes* (2 cas), soit *longues* (4 cas) soit *tantôt courtes, tantôt longues* (un cas).

Ces anomalies tantôt précèdent le début de la tuberculose, tantôt coïncident avec lui tantôt surviennent pendant son évolution.

Le *rôle de la tuberculose* dans la production de ce trouble est peu évident. D'ailleurs, M. Jameson, chez les tuberculeuses de 16 à 48 ans, constate que les irrégularités et la durée anormale des menstruations sont généralement antérieures au début de la tuberculose.

En même temps que la durée anormale des règles, on constate souvent des anomalies dans leur abondance : soit des règles peu abondantes, de l'*oligoménorrhée*, soit des règles très abondantes, des *ménnorragies*.

Quant à la *dysménorrhée*, nous la constatons 4 fois sur 53 filles réglées, soit dans 7,5 % des cas ; elle est donc rare. Il est difficile de dire s'il existe un rapport entre ce trouble et la tuberculose ; elle peut précéder le début de cette dernière.

Des opinions diverses ont été émises sur les relations entre ces divers troubles de la menstruation, et les formes cliniques de la tuberculose. En réalité, aucune notion précise ne se dégage des observations.

Ces troubles de la menstruation sont d'ailleurs fréquents à la puberté, chez les non tuberculeuses.

En résumé :

A la période de puberté, les statistiques que j'ai établies avec MM. Briskas et Abaza conduisent aux conclusions suivantes :

1° Sur cent filles tuberculeuses de 10 à 17 ans :

La moitié (49,5 %) n'est pas réglée ;
La moitié (50,4 %) est réglée.

2° Sur cent filles tuberculeuses de 10 à 17 ans non réglées :

32,6 sont dans les quinzième, seizième, dix-septième années.

Pour elles, on peut parler d'*aménorrhées primaires*.

3° Sur cent filles de 10 à 17 ans réglées :

30,1 ont des règles normales jusqu'au moment de notre observation.

69,8 ont des troubles de la menstruation, qui consistent :

Pour 45,2, en aménorrhées secondaires ;
Pour 24,5, en des troubles divers.

4° Pour les *aménorrhées primaires*, la tuberculose paraît bien être un facteur étiologique dans la plupart des cas, mais non dans tous.

Il faut tenir compte, pour certaines malades, du retard de l'évolution pubertaire, indépendant de la tuberculose qui a débuté dans la quinzième ou la seizième années.

5° *L'aménorrhée secondaire* se rencontre chez près de la moitié (45,2 %) des tuberculeuses réglées ; elle est le trouble le plus fréquent de la menstruation chez les tuberculeuses à la période de puberté.

Ces aménorrhées, dans 1/5e des cas, précèdent le début de la tuberculose, dans 4/5e des cas coïncident avec le début de la maladie ou s'installent à une époque variable de son évolution.

L'installation d'une aménorrhée paraît bien dépendre d'une tuberculose active à son début ou d'une poussée évolutive. Elle peut mettre sur la voie du diagnostic clinique de la tuberculose : quand chez une fille s'installe une aménorrhée, il faut toujours penser à cette cause, mais elle n'est évidemment pas la seule.

6° Les *autres troubles menstruels* (irrégularité, durée anormale, abondance faible ou forte des règles, dysménorrhée) sont plus rares que l'aménorrhée ; ils peuvent d'ailleurs la précéder ou lui succéder. Ils présentent une subordination beaucoup moins nette que l'aménorrhée à la tuberculose ; ils la précèdent souvent.

* * *

Les faits précédents établissent que, à la puberté, la tuberculose a souvent, mais non toujours, une influence sur les fonctions menstruelles, qu'elle est notamment un facteur d'aménorrhée.

Il est intéressant, d'autre part, de chercher COMMENT SE COMPORTE LA TUBERCULOSE suivant que la menstruation est normale ou est troublée.

Quand la *menstruation est normale*, généralement la tuberculose est peu évolutive et s'améliore fréquemment ; avec MM. Briskas et Abaza, nous avons noté cette amélioration dans 72,7 % des cas. Plus rarement, la tuberculose a une évolution grave.

Quand il s'agit d'*aménorrhées primaires*, on note à peu près aussi souvent des formes évolutives sévères et des formes peu évolutives.

Quand il s'agit d'*aménorrhées secondaires*, les formes graves, évolutives sont fréquentes, les améliorations sont moins fréquentes que quand les menstruations sont conservées.

Le retour des menstruations coïncide généralement avec l'amélioration de la tuberculose, pas toujours cependant.

Quand il s'agit des *troubles menstruels autres que l'aménorrhée*, on ne peut rien dire de précis sur les modalités de la tuberculose.

En présence de ces faits, il est permis de se demander si les FONCTIONS MENSTRUELLES OU LEURS TROUBLES ont une INFLUENCE SUR L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE.

On admet généralement que *la menstruation favorise l'évolution de la maladie*. Elle peut intervenir, soit par l'action congestive des règles sur les lésions tuberculeuses, soit en réalisant une anergie transitoire, dont témoigne, d'après M. Couland, chez les tuberculeuses, au moment de la période menstruelle, un affaiblissement ou un retard de la cutiréaction à la tuberculine.

En tout cas, au moment des règles, se produisent des réactions fébriles et assez souvent des hémoptysies.

Dans ma leçon du 23 novembre 1929, publiée par le *Journal des Praticiens* du 15 mars 1930, j'ai étudié *les hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire des enfants*.

Les hémoptysies du début, hémoptysies précoces, peuvent se rencontrer pendant toute l'enfance, surtout dans la grande enfance, après 12 ans, et chez les filles. Elles sont plus rares que dans la jeunesse et à l'âge adulte.

Chez deux filles, dont je donne les observations, j'ai constaté, une coïncidence de la menstruation et des hémoptysies. Mais cette coexistence est loin d'être constante.

Avec M. Coletsos, nous avons noté, sur 34 tuberculeuses à l'âge de la puberté, des hémoptysies dans 4 cas : 3 fois chez des filles non encore réglées ; une seule fois chez une fille déjà réglée.

Je rappelle que les tuberculeuses réglées normalement ont souvent des tuberculoses peu évolutives.

C'est dire combien l'interprétation des faits est difficile et combien il faut analyser avec soins les observations.

Les *aménorrhées secondaires* ont suscité deux opinions contraires.

D'après une première opinion, la suppression des règles favorise l'évolution de la tuberculose ; cette hypothèse est généralement abandonnée aujourd'hui.

D'après une seconde opinion, qui compte de nombreux partisans, l'aménorrhée s'oppose à l'évolution de la tuberculose en supprimant l'action favorisante de la menstruation sur les foyers tuberculeux ; elle est une véritable réaction de défense de l'organisme.

Louis Guinon écrivait : la suppression des règles est « un phénomène favorable et de défense ; l'organisme se repose et évite à l'enfant la fatigue et les réactions congestives de l'état menstruel ».

Quand je citais cette phrase dans ma leçon du 28 janvier 1928 sur *Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles*, qui est dans mon livre de *Clinique* consacré à *La tuberculose*, j'ajoutais : « Il faut bien se garder de généraliser cette interprétation ».

Les faits que je viens d'exposer confirment cette réserve.

En conclusion :

1° La persistance de la menstruation, l'aménorrhée, les autres troubles de la menstruation traduisent avant tout le plus ou moins d'activité de la tuberculose, son retentissement sur l'état général et sur les organes qui président aux fonctions menstruelles. Ce sont donc ces fonctions qui sont influencées par la tuberculose et non pas ces fonctions ou leurs troubles qui influencent celle-ci.

2° La persistance de la menstruation ou sa suppression ont peu d'influence sur l'évolution de la tuberculose.

En conséquence, quand une tuberculeuse à la période de puberté présente une aménorrhée ou d'autres troubles de la menstruation, il ne faut pas les traiter spécialement, sauf dans le cas — ce qui est rare — où les règles sont trop fréquentes ou trop abondantes ; il faut avant tout traiter la tuberculose par les moyens habituels et notamment par le pneumothorax.


λασσιτυδε μενστρυελλε



affections broncho-pulmonaires
TRIADE CRÉOSOTÉE
Pautauberge
SOLUTION Pautauberge
2 à 3 cuillerées à potage par jour
SUPPOSITOIRES Pautauberge
BRONCUROL
Dragées glutinisées
4 à 6 dragées par jour
Laboratoire PAUTAUBERGE
10, R. DE CONSTANTINOPLE
PARIS

dont je viens de signaler les bons effets. Dès que la tuberculose s'améliore, la fonction menstruelle reparaît.

***

Toute loi clinique comporte des exceptions et peut ne pas être valable pour des cas particuliers. Le médecin doit étudier avec soin chaque malade . Les statistiques ne donnent qu'une vue d'ensemble ; elles ne peuvent être interprétées que grâce à l'observation clinique.

L'histoire de nos deux malades illustre la difficulté d'interpréter les faits et la nécessité de l'observation méthodique.

Rose, à 12 ans 9 mois, a une première et unique menstruation. Trois mois après, à 13 ans 3 mois, elle présente les premiers signes de tuberculose. Aujourd'hui, à 13 ans 4 mois, elle est toujours aménorrhéique et sa tuberculose continue à évoluer d'une façon assez insidieuse, avec une fièvre légère. L'aménorrhée n'est pas due à la tuberculose : la chronologie le prouve. D'autre part, il paraît bien difficile de penser que l'évolution de la tuberculose soit conditionnée par la suppression des règles.

Yvonne a ses premières règles à 12 ans et demi. A partir de la fin de la treizième année elle présente des menstruations irrégulières. A 14 ans 9 mois, débute une pleurésie séro-fibrineuse qui évolue suivant la forme habituelle. Les irrégularités menstruelles ne peuvent pas être mises sur le compte de la tuberculose ; elles sont apparues bien avant le début clinique de celle-ci ; elles relèvent avant tout des conditions de l'existence, du travail fatiguant auquel cette fille a été soumise à partir de 13 ans. D'autre part, on ne peut légitimement soutenir que les troubles menstruels ont une influence sur l'évolution de la tuberculose.

Telles sont quelques-unes des remarques sur les relations des troubles menstruels et de la tuberculose à la puberté que je voulais exposer : elles complètent ma leçon sur *Premières menstruation et tuberculose.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1937

Traitement de la lèpre par injections intraveineuses d'huile de chaulmoogra neutralisée. — *M. Sorel.* — Les injections intraveineuses d'huile de chaulmoogra neutralisée apparaissent comme une base de traitement de la lèpre. Leur innocuité est bien prouvée et leur efficacité est suffisante pour qu'il ait semblé utile de faire connaître ce mode de traitement.

Rapport de la commission de la récupération des enfants déficients. — *M. Loir.*

Hydrosols d'acides gras et absorption. — *M. Delbet.*

Fuso-spirochétose broncho-pulmonaire. — *MM. Baltageano, Vasiliu* et *Gramatopol.*

Election d'un membre dans la section des membres libres. — Classement des candidats : En première ligne, M. G. Duhamel ; en seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Godlewski, Jayle, Kling et Mme Phisalix.

M. Georges Duhamel est élu.

M. Georges Duhamel, né à Paris en 1884, est fils de médecin et peut ajouter à son titre de docteur en médecine, obtenu le 25 novembre 1909, celui de licencié ès-sciences.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 avril 1937

A propos des kystes pulmonaires de l'adulte et leur signification. — *MM. Ameuille* et *Rendu* reconnaissent qu'il y a des kystes qui sont indubitablement congénitaux, mais que chez l'adulte âgé on trouve des kystes aériens du poumon qui semblent bien être acquis et tardivement acquis.

Ils ont publié un cas chez une tuberculeuse suivie pendant longtemps où le kyste n'a été constaté que pendant les dernières années de l'observation à des examens radiologiques répétés.

Ils signalent les difficultés du diagnostic entre les kystes et les autres cavités intra-pulmonaires à contenu aérien.

Ils apprécient l'intérêt des méthodes de radiographie en tranches et présentent des stratigraphies exécutées par Vallebona (Gênes) et qui leur ont été confiées.

Les kystes acquis de l'adulte semblent d'origine nettement emphysémateuse. La plupart d'entre eux sont cloisonnés à l'intérieur par de fins cordages entrecroisés qui leur donnent une apparence de « beignets soufflés ». Une fois cet aspect a été constaté directement pendant la vie par thoracoscopie par Jacobeus.

Ils signalent enfin l'abondance des vascularites oblitérantes au voisinage des lésions kystiques, sans pouvoir affirmer qu'elles jouent un rôle certain dans la production des lésions.

Caverne ou kyste chez un syphilitique. — *MM. P. Pruvost, Boissonnet* et *Lecomte* présentent l'observation d'une malade qui fut prise pour une tuberculeuse il y a quinze ans, en raison d'une cavité de la partie supérieur du poumon droit.

En réalité, jamais la preuve de la tuberculose ne put être faite puisque tous les examens de crachats restèrent négatifs et qu'ils le sont encore. Il est donc permis d'éliminer l'idée de caverne tuberculeuse.

D'autre part, la persistance de cette cavité, sa régularité, les images voisines perçues sur les radiographies avec et sans lipiodol permettent de discuter le diagnostic de kyste.

Un autre point intéressant de cette observation est l'existence de syphilis révélée par les examens de laboratoire qui ont été et sont toujours très positifs ; syphilis qui a permis d'instituer un traitement spécifique. Celui-ci a eu une influence considérable sur l'état général, et moins marquée sur la cavité qui a diminué cependant d étendue en quelques mois.

Kystes aériens chez le nourrisson. — *M. Ribardeau-Dumas* présente des radiographies de poumons d'enfants chez qui ont relevé les signes d'un pneumothorax suffocant, ou chez qui une radiographie décèle un kyste sans autre séméiologie que l'exagération de la sonorité. Dans ce dernier cas, le cœur et le médiastin ne sont pas déplacé. S'il y a dyspnée, le médiastin est au contraire extrêmement déplacé. La ponction n'est suivie généralement d'aucun soulagement, au moins dans le cas de l'auteur. Mais il peut arriver qu'avec le temps l'hypertension de l'air dans le kyste cesse d'agir et la guérison semble survenir.

Emphysème à grosse bulle solitaire simulant un kyste congénital du poumon chez un nourrisson de 4 mois. — *MM. Pierre Lereboullet, Marcel Lelong* et *Jean Bernard*, à propos du diagnostic différentiel des kystes congénitaux du poumon chez l'enfant, rapportent l'observation et montrent les radiographies du thorax d'un nourrisson de quatre mois qui, après une courte poussée fébrile, a présenté une image gazeuse ovoïde, occupant la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche, à parois dessinées par un fin liséré capillaire. Après être restée stationnaire pendant un mois, l'image a régressé lentement de la périphérie vers le centre et a finalement disparu.

Il s'agissait d'un cas d'emphysème à grosse bulle solitaire, analogue à ceux décrits récemment sous le nom d' « emphysème obstructif » ou d'ampoules sous-pleurales.

Les auteurs en montrent les caractères radiologiques essentiels, morphologiques et évolutifs, et soulignent la fréquence d'une petite plage opaque d'atélectasie de voisinage.

M. Debré souligne l'intérêt de la notion d'emphysème obstructif pour la pathogénie de nombreux kystes. Le mécanisme de la soupape rend compte de l'inefficacité de la ponction et suggère certaines possibilités thérapeutiques, en particulier l'emploi de la bronchoscopie.

M. Hallé croit qu'on peut invoquer en certains cas l'origine artérielle des kystes.

Kystes aériens suppurés. — *MM. J. Cathala* et *Brincourt* relatent une observation classique de kystes multiloculaires du poumon. Malgré une image radiologique typique et de multiples examens bactérioscopiques négatifs, l'enfant avait été maintenu 14 mois dans un sanatorium, du fait que son père était mort de tuberculose.

Kystes du poumon et bronchiectasies. — *M. J. Comby* souligne l'intérêt de la dernière séance de la Société qui nous a fait connaître, en effet, non seulement les kystes géants (*ballon cysts* des Américains), mais surtout la maladie kystique du poumon, révélée grâce à la radiologie et à la tomographie. D'autre part, les belles coupes présentées par M. Armand-Delille, avec leurs cavités multiples et inégales rappelant le fromage de Gruyère, pouvaient être interprétées diversement. Elles donnaient l'image de véritables bronchiectasies. On objecte l'absense de communication avec les bronches. Mais M. Sayé, dans une de ses radiographies, a fait voir les cavités kystiques inondées par le lipiodol introduit dans l'arbre bronchique. La lecture des observations publiees témoigne, tantôt d'une solidarité étroite entre les kystes pulmonaires et les dilatations bronchiques, tantôt d'une structure histologique de bronche dans les parois de kystes aériens. Etudiant comparativement bronchiectasies et kystes aériens du poumon, on est frappé de leur interdépendance, dans les formes congénitales comme dans les formes acquises. Bien souvent l'histoire de la maladie kystique du poumon se confond avec celle des dilatations bronchiques.

Le diagnostic des kystes aériens du poumon. — *MM. J. Huber, P. Gibert, J. Florand, Mme Hector* et *P. Belletoille* présentent un jeune garçon opéré pour une collection purulente de l'hémithorax droit, chez qui les signes cliniques et radiologiques font penser au kyste aérien du poumon.

Ils soulignent l'évolution favorable et particularités qui concourent au diagnostic et qui conduisent à individualiser ce syndrome.

A propos du diagnostic, les auteurs présentent les radiographies de cavernes tuberculeuses de la base, très analogues chez des frère et sœur qui auraient pu prêter à confusion avec des kystes aériens.

M. Rist fait remarquer que ces dernières radiographies sont un bel exemple des images de lésions tuberculeuses identiques que l'on rencontre assez souvent chez les membres d'une même famille.

Les kystes aériens suppurés du poumon. — *MM. Sergent* et *Kourilsky* rappellent les observations de kystes aeriens suppurés du poumon qu'ils ont publiés et insistent sur les points suivants.

Il existe des kystes pulmonaires remontant à l'enfance et peuvent suppurer ultérieurement. Ils s'accompagnent parfois de petites hémoptysies qui ont une valeur importante, surtout chez l'enfant et chez l'adolescent. Elles s'expliquent par une dysplasie artérielle spéciale au niveau de la paroi des kystes.

Les kystes suppurés se présentent radiologiquement comme des images très régulières, souvent à double contour et parfaitement arrondies. La fixité de l'image au cours des examens successifs est très remarquable et différencie les kystes des abcès et des pleurésies purulentes. De plus, les kystes aériens suppurés de la base, sont complètement inclus à l'intérieur du parenchyme, tandis que les pleurésies enkystées sont accolées à la paroi externe. Lors de l'intervention, les kystes se distinguent par leur paroi lisse et ferme.

Du point de vue des particularités de leur évolution, il faut signaler que les kystes suppurés ne donnent pas lieu à des pleurésies concomitantes.

Du point de vue opératoire, on ne peut faire qu'un drainage; l'extirpation est irréalisable du fait de l'impossibilité d'un clivage. D'autre part, les tentatives de collapsothérapie échouent, le kyste ne se laissant pas déformer. Le drainage a donné aux auteurs de bons résultats.

Kystes multiples sous-pleuraux hérédo-syphilitiques. — *M. Apert*, à l'autopsie d'un enfant de 7 ans, amené à l'hôpital en état de suffocation, a trouvé sur toute la surface des deux poumons, tant pariétale que médiastinale ou diaphragmatique, des bulles hémisphériques allant jusqu'à la dimension d'une cerise. Un ganglion scléreux et adhérent de toutes parts aux parties voisines, comprimait la trachée. Les bronches et les bronchioles étaient intactes ; les bulles étaient souspleurales. L'examen histologique du poumon montra des zones scléreuses périartérielles, des artérioles oblitérées ; il s'agissait de lésions hérédo-syphilitiques ; le ganglion était scléro-gommeux et deux petites gommes existaient dans le foie.

Outre les kystes congénitaux du poumon, il peut donc exister des formations kystiques acquises, dont la formation est favorisée par l'obstruction des voies aériennes d'une part, les altérations pré-existantes du tissu pulmonaire d'autre part.

Michelle ZAZDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1937 (*suite et fin*)

Kystes solitaires des os. — *M. Marcel Chaton* (Besançon) a observé une tumeur kystique de l'extrémité superieure du fémur chez une fillette. Cette tumeur subit une ossification spontanée et durable à la suite d'un traumatisme local accidentel.

L'auteur se demandant si ce traumatisme n'avait pas joué son rôle par l'extravasation de sang produite à l'intérieur de la tumeur, sang excitant le processus d'ostrogénie, a eu l'idée d'essayer l'autohémothérapie intrakystique dans les kystes solitaires des os. Il obtint un processus de réparation d'une activité saisissante.

Calcul du cholédoque et diverticule duodénal. — *MM. Bergeret* et *Caroli* pensent et montrent que dans certains cas il peut y avoir un rapport précis entre ces deux affections dans la genèse d'un ictère par rétention. Ils insistent en outre sur l'intérêt de la cholécystostomie qui dans les cas douteux permet outre l'examen bactériologique de la bile recueillie, le radio-diagnostic lipiodolé du siège de l'obstacle et de sa nature. En somme les auteurs adoptent les conclusions de M. Mialaret en ce que bien souvent l'existence d'un diverticule est indispensable de la lésion qu'il semble provoquer. Cependant dans des cas presque exceptionnels c'est bien le diverticule qui est l'agent responsable de certains troubles.

Lithiase pancréatique. — *M. Bergeret* apporte un nouveau cas de cette très rare affection. Il existait outre la lithiase une sclérose pancreatique telle que le cholédoque était étranglé dans son trajet intrapancréatique et qu'il fallut faire une cholédoco-duodénostomie.

Embolie artérielle fémorale. — *MM. Cadenat* et *Gautier* ont eu l'occasion d'intervenir pour une thrombose massive du membre inférieur probablement due à une embolie. Ils ont pratiqué une embolectomie fémorale et il n'y eut comme séquelles qu'une paralysie des muscles de la loge antéro-externe peut être par thrombose du territoire de la tibiale antérieure.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1937 (*suite et fin*)

Indication du forage de la prostate. — *M. Georges Luys* rappelant que forage de la prostate et résection endoscopique sont deux termes absolument synonymes précise que, c'est sur le critérium du volume de la prostate que doit être posée l'indication thérapeutique. Pour les petites prostates, c'est de l'avis unanime, le forage de la prostate seul qui doit être appliqué. Pour les prostates moyennes qui ne dépassent pas 10 centimètres de longueur antéro-postérieure, c'est encore sûrement au forage de la prostate qu'il faudra avoir recours en raison de la bénignité de son pronostic.

Enfin, dans les très grosses prostates, dont le volume atteint celui d'une orange ou d'une grosse mandarine, on peut envisager d'effectuer la prostatectomie, et encore pas dans tous les cas, car avec le forage de la prostate, on peut couper de gros morceaux de prostate, ce qui permet de pratiquer de cette façon une véritable prostatectomie endo-urétrale qui ne comporte pas les risques de l'opération de Freyer. Une observation typique est rapportée à ce sujet. Le forage de la prostate est vraiment l'operation de sécurité.

« Quand deux médecins se querellent pour soutenir chacun leurs idées ou leur théorie, il n'y a au milieu de leurs arguments contradictoires qu'une seule chose qui soit absolument certaine : c'est que les deux théories sont insuffisantes, et ne représentent la vérité ni l'une ni l'autre. » (Claude Bernard).

« L'association d'un pied bot avec le spina bifida est très fréquente. Sur 74 cas de ma statistique où le fait est signalé, je trouve 28 cas de pieds bots le plus souvent bilatéraux, 37,8 %. » (Jacques LEVEUF. — Etudes sur le spina bifida.1vol. Masson, édit.).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Vénéréologie et dermatologie

On ne doit considérer comme Wassermann irréductibles que les Wassermann résistant à un traitement intensif, plurimédicamenteux, poursuivi pendant deux ans, et en l'absence de tout repaire viscéral décelable, méningé en particulier, le problème des Wassermann irréductibles comporte encore beaucoup d'inconnues. Si certaines pathogénies ont pu être prouvées par des constatations thérapeutiques et évolutives, ces démonstrations cliniques demeurent l'exception. Dans la presque totalité des cas le médecin ne peut s'en tenir qu'à de simples hypothèses, et la conduite thérapeutique adoptée est plus le résultat de tendances personnelles que de données scientifiques. Mais, dans le domaine de la syphilis, les conséquences pathologiques et sociales sont si redoutables qu'il vaut mieux pécher par excès que par défaut en perpétuant un traitement spécifique dicté par la prudence.

(R. Degos. Les Wassermann irréductibles. *Paris Médical*, 6 mars 1937.)

Une observation de chancre mixte tertiaire de Milian est rapportée par MM. J. Nicolas et J. Rousset. Le chancre mixte tertiaire survient chez un individu dont la syphilis est déjà ancienne ou bien a été vieillie par le traitement et qui a contracté récemment un chancre simple. Au cours de l'évolution de celui-ci, la plaie se modifie par association *in situ* de lésions syphilitiques de forme tertiaire. La plaie d'abord due uniquement à la contagion par le bacille de Ducrey, se syphilise secondairement et la lésion qui résulte de cette association des deux processus prend des caractères particuliers qui permettent de l'individualiser.

Milian donne la description suivante de l'affection :

« *Le chancre mixte tertiaire* est, si l'on veut, un chancre mou géant. On est habitué à voir les chancres mous ordinaires de petites dimensions : de celle d'une pièce d'un franc en moyenne et au maximum. Le chancre mixte ulcéreux atteint quatre à dix fois cette surface. Il est remarquable par l'intensité de la douleur, qui torture le malade et l'empêche de dormir. Il est arrondi ou polycyclique. Ses bords sont taillés à pic. Il reste souvent des îlots de peau saine sur la surface ulcérée, tous caractères qui rappellent les syphilides tertiaires. C'est la douleur spontanée et à l'attouchement, souvent très vive, exquise, empêchant le sommeil, qui attire l'attention sur l'association chancrelleuse. La syphilis ulcéreuse est habituellement complètement indolore ou presque. Et cela est absolument anormal de voir le contraire, surtout avec le caractère d'intensité que revêt la douleur dans ce cas. »

Les ulcérations ont tous les caractères des lésions syphilitiques tertiaires : ulcérations de forme régulière, circulaire ou polycyclique, en croissant, en haricot, à bords taillés à pic, à évolution excentrique, mais souvent décollés, présentant fréquemment sur leur surface des îlots épidermisés, comme cela s'observe dans les îlots syphilitiques de jambe. Le fond de ces plaies est irrégulier et plus ou moins purulent, caractères différents de celui de l'ulcère syphilitique bourbillonneux ou à fond lisse et rouge, mais appartenant au chancre mou.

Il n'y a généralement pas d'engorgement ganglionnaire correspondant. Il n'y a pas de fétidité. La douleur au contact est très vive. Les ulcérations sont presque toujours multiples. Quelques-unes peuvent n'avoir qu'une surface minime, un grain de millet, une tête d'épingle, mais le stylet introduit montre une assez grande profondeur et le décollement des bords.

L'évolution de ces plaies est d'une extraordinaire lenteur. Les examens de laboratoire montrent que les bacilles de Ducrey sont peu nombreux ; le tréponème est fonctionnellement l'agent prédominant dans l'ulcération.

Les auto-inoculations sont très inconstantes et ne se développent que très lentement.

(J. Nicolas et J. Rousset. Le chancre mixte tertiaire de Milian. *Paris Médical*, 6 mars 1937.)

Parmi les néphrites qu'on peut observer au cours de la syphilis secondaire il est important de distinguer les néphrites réellement syphilitiques, imputables au tréponème, des néphrites médicamenteuses. Les néphrites syphilitiques sont entièrement superposables aux autres accidents de la syphilis secondaire. Même caractère résolutif — guérison souvent spontanée — guérison hâtée par le traitement.

Les néphrites médicamenteuses sont exceptionnellement des néphrites toxiques ou biotropiques. Le plus souvent ce sont des néphrites d'intolérance qui n'ont aucune autonomie au point de vue clinique et se caractérisent essentiellement par leur apparition pour des doses minimes. Elles commandent l'arrêt immédiat du traitement.

Les néphrites toxiques sont exceptionnelles et ne se voient que chez des sujets qui ont les reins antérieurement lésés.

(A. Négréanu et Mme Madeleine Négréanu. Les néphrites au cours de la syphilis secondaire. *Gazette des Hôpitaux*, 17 avril 1937.)

Les érosions ponctuées des ongles — petites dépressions cupuliformes de la dimension moyenne d'une petite tête d'épingle — ont une grande valeur et un grand intérêt dans la pratique de la médecine générale, aussi bien que dans la pratique dermatologique ; Milian les a ainsi dénommées par analogie avec l'érosion ponctuée des dents qu'on observe dans la syphilis héréditaire et qui, pas plus que celle des ongles, n'est une véritable érosion.

Dans la médecine générale, elles permettent d'affirmer que le sujet est syphilitique et que, d'autre part, sa syphilis est encore active quand bien même la réaction de Wassermann serait négative. Que, par conséquent, l'affection dont il est atteint peut relever de la syphilis et réclame un traitement antisyphilitique.

Pour le dermatologue, la question est encore peut-être plus intéressante. A chaque instant, surtout chez l'enfant, on rencontre des onyxis de formes variées et pour lesquels le diagnostic ne saute pas toujours aux yeux *a priori*. La chose est d'autant plus malaisée qu'il arrive que les enquêtes familiales restent négatives et que la mère comme le père nient ou ignorent toute syphilis antérieure. La présence d'érosions ponctuées sur les autres ongles permet de dire que l'onyxis constaté est d'origine interne et non pas mycosique d'origine externe : les érosions ponctuées des autres ongles sont là pour le prouver.

A côté de cette valeur diagnostique, l'érosion ponctuée a une valeur pronostique considérable. Elle indique à coup sûr que le patient n'est pas guéri, et si par exemple chez un candidat au mariage, malgré toutes les réactions sérologiques négatives du monde, on trouvait des réactions unguéales ponctuées, ayant les caractères de l'érosion syphilitique, il faudrait hésiter fortement à lui accorder l'autorisation de se marier.

(G. Milian. Les éruptions ponctuées des ongles. *Le Bulletin Médical*, 27 février 1937.)

Une enquête sur le rôle étiologique de la syphilis dans le cancer de la verge a été faite par M. Touraine qui a pu réunir 261 observations, dont 159 seulement ont pu être utilisées, — l'interrogatoire et l'examen des malades étant muets pour les cas éliminés, au point de vue de la syphilis, aussi bien pour l'affirmer que pour l'infirmer.

Il ressort de cette enquête que, sur 102 malades atteints de cancer de la verge, 76 (74,5 p. cent) avaient été antérieurement atteints de syphilis et que chez 13 autres (12,7 p. cent) cette infection était possible, sinon probable.

Dans 89 cas sur 102, par conséquent, c'est-à-dire dans 87,2 p. cent, la syphilis devait être prise en considération.

Dans les 13 derniers cas (12,7 p. cent), la syphilis avait été éliminée à la suite d'une recherche plus ou moins complète.

Cette proportion fort élevée permet de penser non plus à une simple coïncidence mais à une relation de cause à effet.

Il s'agit soit de syphilis récentes, soit plus souvent de syphilis anciennes de 15 à 30 et même 40 ans, syphilis non ou mal soignées et par conséquent restées virulentes, souvent entretenues par des manifestations cutanéo-muqueuses ou viscérales.

Si le cancer apparaît quelquefois en peau cliniquement saine (cancers post-syphilitiques, dans 15,9 % des cas), il se développe plus souvent au niveau même d'une lésion syphilitique active ou cicatrisée (cancers sur-syphilitiques dans 38,3 % des cas). Cette lésion peut être un chancre, des syphilides secondo-tertiaires, une gomme ; l'hybridité syphilo cancéreuse ainsi réalisée est un argument de grande valeur pour affirmer l'action cancérigène de la syphilis. Enfin, dans 45,8 % des cas, le cancer évolue sur un état pré-cancéreux tels que la leucoplasie ou les différents types d'érythroplasie.

Ce serait une grande erreur que d'affirmer l'origine syphilitique de *tous* les cancers de la peau et des muqueuses pavimenteuses stratifiées et en particulier du cancer de la verge. D'autres causes peuvent exercer la même action cancérigène (radiations, goudron, tuberculose, etc.), mais de beaucoup la plus importante, chez l'homme, est certainement la syphilis.

(A. Touraine. Syphilis et cancer de la verge. *Le Bulletin Médical*, 27 février 1937.)

Les injections intradermiques de vaso-dilatateurs constituent un traitement actif de la pelade, supérieur, dans les pelades de cause ignorée, à tout autre procédé thérapeutique, mais qui connaît encore un certain nombre d'échecs inexpliqués ; peut-être l'association d'injections d'hormones aux injections de sympathicomimétiques ou de sympatholytiques diminuera-t-elle le nombre de ces derniers.

(A. Levy-Franckel. Etude critique des traitements de la pelade. *Le Bulletin Médical*, 27 février 1937.)

Epidémiologie

La méningite des porchers constitue une individualité certaine parmi les méningites aiguës bénignes. — L'agent de contagion paraît bien être le porc. Cette maladie sévit surtout en Haute-Savoie et dans certains cantons suisses. Son agent causal paraît bien être un virus filtrant isolé par P. Durand qui reproduit expérimentalement la maladie chez l'homme. Cette maladie est caractérisée par des signes d'infection générale et des signes méningés. Il est possible que la méningite des porchers ne soit que la forme méningée de cette septicémie et qu'il faudra décrire, non pas la méningite des porchers, mais la « maladie ou fièvre des porchers ».

(G. Charleux. La méningite bénigne des porchers. *La Presse Médicale*, 24 mars 1937.)

Echos et Glanures

Les derniers jours de Paul Bourget. — *Sous ce titre :* PAUL BOURGET, HISTOIRE D'UN ESPRIT SOUS LA IIIe RÉPUBLIQUE, *M. Albert Feuillerat, beau-frère de Bourget, publie chez Plon, un ouvrage dont le* JOURNAL DES DÉBATS (25 avril 1927) *donne un chapitre. En voici un extrait :*

Pendant l'été, un séjour au château de Chantilly, dont il était conservateur, lui avait rendu quelques forces. Quand je le quittai, en septembre 1935, pour retourner aux Etats-Unis, je partis rassuré. Nous avions remué ensemble quelques souvenirs de sa jeunesse et la mémoire lui était revenue aussi sûre qu'autrefois. Nous avions parlé de Richepin et de William James, pour qui il professait toujours une vive admiration. Il avait plaisanté, à sa manière amère, ce qui me paraissait le meilleur des signes. Je ne devais plus le revoir.

Rentré à Paris, au commencement de l'hiver, il donna quelque temps l'illusion de la santé revenue. Il reprenait ses habitudes. Chaque après-midi il faisait, en voiture, une promenade au Bois. Avec ses amis, il recouvrait le goût de la conversation. Mais, en décembre, une attaque de pneumonie le força à garder chambre et bientôt le lit. Une torpeur étrange s'empara de lui et le plongea dans une demi-inconscience. Le 20, les médecins qui le soignaient, les Docteurs Fiessinger et Chevassu, s'alarmèrent ; ils publièrent un bulletin signalant une « situation plus grave ». Ce jour-là, son confesseur, le R. P. Le Breton, crut prudent de lui donner l'extrême-onction. Le 21, une consultation eut lieu entre le Docteur Guillain et les Docteurs Fiessinger et Chevassu en présence du Docteur Charles Broquet, neveu de Bourget. Le dimanche 22, le malade réclama ses amis Henry Bordeaux et Gérard Baüer pour leur dire adieu. Ce furent ses dernières paroles. Il entra dans le silence. De temps à autre, il ouvrait les yeux et regardait autour de lui, mais sans marquer qu'il reconnût personne. Sa pensée était déjà hors de ce monde.

Le 24, son état s'aggrava et parut désespéré. L'inconscience semblait totale. Seule sa respiration haletante indiquait que la vie en lui luttait encore. Le bulletin se fit affolant : « Il est à craindre que le maître Paul Bourget ne s'éteigne au cours de cette nuit de Noël. » Le pronostic était exact. A deux heures vingt du matin, alors que des groupes bruyants, au sortir de la messe de minuit, se répandaient dans les rues de Paris, tout à la joie du réveillon, Bourget s'endormit pour ne pas se réveiller Il était entré « dans la nuit où l'on ne travaille plus ». Il se tenait face à face avec cet Inconnaissable dont le mystère l'avait si longtemps torturé, mais qu'il affrontait maintenant en chrétien sans peur et sans reproche.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Radiophysiologie et radiothérapie. Vol. III. Fasc. 3. Br. : 50 fr. (*P. U. F.*)

SINGER (Dr Guillaume). — **Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépato-biliaires.** 32 p. Br. : 8 fr. (*Vigot.*)

Travaux du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Coll. Questions traitées. Br. : 80 fr. (*Vigot.*)

VALLERY-RADOT (Pasteur), MAURIC et HUGO (Mme A.). — **L'anaphylaxie expérimentale et humaine.** Ill. 25 fig. 130 p. Br. : 36 fr. (*Masson*).

BRUNET (Dr F.). — **Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles, le dernier auteur classique des grands médecins grecs de l'antiquité.** T. III. In-8 raisin IX et 254 p. Br. . 60 fr. (*P. Geuthner*).

CARLET (Dr). — **Histoire des idées sur la guérison des cavernes depuis Laënnec.** 74 p. Br. : 19 fr. (*A. Legrand*).

CHAUSSE (Dr). — **Méthode générale de centrage radiographique en deux temps (anatamogéométrique).** Br. : 25 fr. (*H. Le Soudier*).

CONTE. — **Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif. Applications à la pathogénie de la scarlatine.** Fig. et 1 pl. en coul. 192 p. Br. : 35 fr. (*A. Legrand*).

CORMAN (Dr L.). — **Quinze leçons de morpho-psychologie.** Ill. avec 80 portraits de A. Protopazzi. 216 p. Br. : 35 fr. (*A. Legrand*).

ECOT (F.-Ch.) et JULLIEN (W.). — **La thoracoplastie par voie axillaire.** Coll. Cahiers de la tuberculose. 32 p. Br. : 18 fr. (*Doin*).

FRANCK (Dr G.). — **Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennoragie.** 3e série. **Les deux doctrines en présence.** 120 p. Br. : 15 fr. (*A. Legrand*).

GASTON (Dr). — **Traitement ambulatoire des fistules ano-rectales.** 56 p. Br. . 12 fr. (*A. Legrand*).

GUILLAUMAT (Louis). — **Les méningiomes supra-sellaires.** 208 p. Br. . 30 fr. (*G. Doin et Cie*).

HANAUT (Dr A.). — **Contribution à l'étude de l'acrodyne infantile.** 168 p. Br. : 18 fr. (*A. Legrand*).

KLOTZ. — **La polynévrite alcolique.** 212 p. Br. : 40 fr. (*A. Legrand*).

LATIFI (Dr M.). — **Les fistules sigmoïdo-vésicales.** Préface du Prof. A. Gosset. Ill. 6 figures. 268 p. Br. : 40 fr. (*A. Legrand*).

LAZARD (Dr). — **Les stomites. Etude de certaines lésions des anastomoses gastro-jéjunales et du rôle des fils de suture dans leur pathogénie.** 138 p. Br. : 25 fr. (*A. Legrand*).

MARLIN (Pierre). — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.** 226 p. Br. : 35 fr. (*Doin*).

SCHIFF (P.). — **L'évolution des idées sur la folie de la persécution.** Coll. Monographies neuro-psychiatriques. 56 p. Br. ; 12 fr. (*Doin*).

THOORIS (A.). — **La médecine morphologique.** 300 p. Br. : 50 fr. (*Doin*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 20 — 15 MAI 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Chèque Postal Paris 357-81
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine*. — 10 mai. — M. VALAT : Acrodynie infantile. — M. BOCKMAN : Fœtor exore. — M. KRYOZEWSKI : Contribution à l'étude des lésions stellaires au cours des hépatites. — M. JUDET : Traitement chirurgical des pieds bots chez l'adulte.

11 mai. — M. COURTIN : Quelques cas d'images radiologiques pseudo-tuberculeuses du poumon. — M. ROSINBERG : Traitement de l'hydarthrose du genou par les injections intra-articulaires de quinine urée et, en particulier de chlorhydrate double de quinine urée. — M. SZMUSZKOWICZ : Contribution à l'étude des accidents de la bismutothérapie. — M. DUFOUR : Syndromes appendiculaires au début de la maladie de Bouillaud chez l'enfant. — Mme DE PRAT : Mortalité et morbidité infantiles en milieu tuberculeux. Action du B. C. G.

13 mai. — M. GOUDARD : Glutation et déficience hépatique. — M. EON : Contribution à l'étude de la torsion du testicule en ectopie. — M. GRÉVIN : Suppurations pharyngées et nasales associées à la diphtérie.

15 mai. — M. BAUMGARTNER : A propos des manifestations hépato-biliaires chez les rhumatisants chroniques. — M. BANSOULE : Contribution à l'étude des troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique. — M. BARDER : Etude sur l'obésité. — M. PORRET : Contribution à l'étude des dérivés acridiniques en thérapeutique. — M. SÉGUÉLAN : Essai de traitement et de prophylaxie de l'urétrite blennorragique par certaines solutions colloïdales métalliques.

19 mai. — M. DAGNAN : De l'ectopie congénitale du rein dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. YOVANOVITCH BRANKO : Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires. — Mlle HOFMANN : De l'ostéomyélite du nourrisson.

20 mai. — M. LIRON : Les pneumothorax inefficaces. — M. VELLY : Contribution à l'étude du système nerveux végétatif dans les infections. — M. BOUAN DU CHEF DU BOS : Claude Toussaint Marot, Comte de la Garaye (1675-1755). — M. MÉNAGER : Essai sur l'histoire médicale de la Vendée militaire. — M. SOULAIRAC : Les réactions pseudo-mélancoliques chez les pervers. — M. COURVOISIER : Les interventions mobilisatrices dans les raideurs des ankyloses du genou. — M. CULESCO : Sur quelques nouvelles acquisitions dans l'alimentation du nourrisson. — M. HOROWITZ : Essai sur l'influence des facteurs psycho-pathologiques sur les événements politiques. — M. LIKHATCHOFF : L'influence des trépidations industrielles et du bruit en général sur la fatigue des ouvriers. — M. TERDIMAN : Les formes anormales de la maladie de Little. — M. MALLET : La syphilis et le cancer dans un département rural (Deux-Sèvres).

21 mai. — M. BOULET : Contribution à l'étude des infections sypho-paratyphoïdiques chez les vaccinés. — M. MÉNET : Contribution à l'étude des pasteurelloses humaines. — M. NICOLAS (Michel) : Contribution à l'étude des corrélations physiologiques entre la préhypophyse et l'ovaire. — M. LE GOFF : Les abcès froids non tuberculeux.

22 mai. — M. BERNIS : Contribution à l'étude clinique et radiologique des pleuro-pneumopathies, des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. — M. LONGUET : Les formes mono-symptomatiques de la mélancolie intermittente. — Mlle PETIT : Les délires de persécution curables. — M. AUVRAY : Contribution à l'étude des encéphalites ourliennes.

Faculté de Paris. — ADJUVAT. — Sont nommés aides d'anatomie : MM. Guenin, Barcat, Cauchoix, Rouvillois, Lortat-Jacob ; M. Cordebar (provisoire).

PROSECTORAT. — Sont nommés prosecteurs : MM. Mialaret et Calvet.

Assistance publique. — *Jury du deuxième concours de médecin des hôpitaux*. — MM. les Docteurs Loeper, Lévesque, Pagniez, Ameuille, Tinel, Sergent, Tixier, Ribadeau-Dumas Sainton, Louis Ramond ; — Chirurgien : M. Picot.

— *Jury du concours de nomination d'électro-radiologiste des hôpitaux*. — MM. les Docteurs Bréchot, Beaujard, Parin, Desternes, Belot, Jacquelin.

Légion d'honneur. — *Ministère de la Santé publique*. — Est promu officier : M. Brandes, médecin chef du dispensaire de Lézardrieux.

Sont nommés chevaliers : MM. Caire, médecin de l'hôpital de Manosque ; Mlle Lemaire, assistante de radiologie à Paris.

XXVe Congrès français de médecine (Marseille, 26-28 septembre 1938). — Questions à l'ordre du jour.

Les spirochétoses ictérigènes : Les formes ictériques, par le Prof. Jules MONGES et Jean OLMER (de Marseille) ; Les formes anictériques, par le Prof. agrégé Jean TROISIER (de Paris) ; Les spirochétoses dans la France d'Outre-Mer, par BORDES et RIVOALEN, professeurs agrégés du Service de santé colonial.

Les hypochlorémies : Le chlore considéré au point de vue physiopathologique, par le Prof. AMBARD (de Strasbourg) ; Les hypochlorémies médicales, par le Docteur MACH (de Genève) ; Les hypochlorémies du point de vue chirurgical, par le Prof. MAYER, le Prof. BIGWOOD et VAN DOOREN (de Bruxelles).

La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte : Introduction à la thérapeutique des avitaminoses, par le Prof. MOURIQUAND (de Lyon) ; Thérapeutique des avitaminoses A, par le Prof. CHEVALIER (de Marseille) ; Thérapeutique des avitaminoses en pathologie coloniale (béribéri sprue), par le Prof. TOULLEC et le Docteur RIOU (d'Hanoï) ; Thérapeutique de la pellagre, par le Privat docent NITZULESCU (de Jassy) ; Thérapeutique des avitaminoses du type scorbutigène, par le Prof. agrégé GIROUD et LEBLOND (de Paris) ; Thérapeutique des avitaminoses D et E, par le Prof. WILDSTEADT (Copenhague).

Seules seront admises les communications ayant trait à ces sujets.

Service de santé. *Mutations semi-mensuelles*. — Les médecins commandants : Chauvin, de l'hôp. Louis-Vaillard, à Tunis, à l'hosp. mixte de Rouen ; Coulon, de l'hosp. mixte de Rouen, à l'hôp. Louis-Vaillard, à Tunis ; Tripeau, du 18e d'inf., au 33e d'art.

Les médecins capitaines : Guiter, du 7e spahis, au 18e d'inf. ; Galaup, des troupes de Tunisie, au 73e d'art. ; Garrié, du 33e d'art., aux troupes du Levant ; Fouquet, du 19e C. A., à l'hosp. mixte du Mans ; Dayries, du 73e d'art., aux troupes du Maroc ; Marcelli, du 19e C. A., au centre de réf. de Marseille ; Lafargue, des troupes du Levant, au 4e dragons portés ; Verrière, du 4e dragons portés, aux troupes du Levant ; Cassignol, du 93e d'inf., au 19e C. A.

Les médecins lieutenants : Brivet, du 71e bat. alpin de fort., au 19e C. A. ; Juillet, du 4e hussards, au 91e d'inf. ; Prades, du 504e chars, au 71e bat. alpin de fort ; Dairaux, du 1er chasseurs à cheval, aux troupes du Levant.

Ecole du Service de santé militaire. — Nul ne peut être admis à prendre part au concours spécial d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions :

S'il avait plus de vingt-neuf ans au 1er janvier de l'année du concours. Cette limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux ;

2° S'il n'est titulaire du brevet de préparation militaire supérieure spéciale (santé) ou bien qu'il n'a satisfait à l'examen de fin de peloton d'instruction visé par l'article 37 de la loi du 31 mars 1928, ou bien s'il n'a subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire institué par le décret du 21 novembre 1925, réglant l'organisation d'un cadre de médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires de réserve ;

3° S'il ne remplit, par ailleurs, les autres conditions imposées par les décrets susvisés des 19 septembre 1919 et 15 juillet 1929 modifiés en dernier lieu le 2 mars 1937.

Par dérogation aux dispositions de l'article 1er du décret du 21 janvier 1931, relatif à l'organisation de l'Ecole du Service de santé militaire, les élèves admis à cette école à la suite du concours spécial ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions ne rejoindront l'école que pour y subir les diverses opérations d'incorporation ; ils seront ensuite détachés pour y terminer leurs études, dans la ville siège de la Faculté auprès de laquelle ils auront accompli leur scolarité Les dispositions du décret du 19 septembre 1919 susvisé, concernant les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire détachés dans les villes de Faculté, leur seront applicables. Ils seront, d'autre part, tenus sous peine d'exclusion, de soutenir avec succès leur thèse de doctorat en médecine avant le 31 décembre de l'année de leur admission à l'Ecole.

Par dérogation aux dispositions du décret du 27 décembre 1930, relatif aux conditions d'engagement des jeunes gens reçus aux écoles militaires assurant le recrutement direct des officiers de l'armée active, et de l'article 6 du décret du 11 avril 1928 relatif aux engagements dans les troupes métropolitaines, les candidats mariés pourront être admis à contracter l'engagement prévu à l'article 30 de la loi du 31 mars 1928.

Toutes les dispositions du décret du 19 septembre 1919 modifié en dernier lieu le 2 mars 1937, qui ne sont pas contraires à celles du présent décret, seront applicables aux élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours spécial ouvert aux étudiants en médecine titulaires de vingt inscriptions, sous les réserves ci-après :

a) Le Conseil médical de l'Ecole prévu à l'article 8 dudit décret devra proposer au ministre, dans le plus bref délai, l'incorporation ou la non incorporation des élèves ainsi admis qui seraient présentés devant lui lors des opérations d'incorporation. En aucun cas, ces élèves ne pourront etre ajournés ni être tenus en observation ;

b) Les élèves admis à la suite du concours spécial ne portent pas l'uniforme. (*Journ. Offic.*, 1-2 mai 1937.)

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal Officiel* du 28 avril a publié une circulaire concernant la *chirurgie thoracique dans les sanatoriums.* Cette circulaire prescrit aux préfets de soumettre à l'approbation du ministre, conformément à l'avis de la Commission de la tuberculose, le nom des médecins ou chirurgiens appelés à procéder à des interventions thoraciques dans les sanatoriums publics et assimilés, et dans les sanatoriums privés, qui reçoivent des malades de l'Assistance médicale gratuite. Cette circulaire doit être communiquée aux médecins des sanatoriums et dispensaires d'hygiène, ainsi qu'aux groupements et organismes médicaux dans chaque département.

Sanatoriums publics. — Mlle le Docteur Boudon, médecin adjoint des sanatoriums publics, a été nommée médecin directeur stagiaire au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne).

MÉDECIN DIRECTEUR. — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur des sanatoriums publics pour le deuxième semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 52.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur les médecins adjoints des sanatoriums publics, nommés régulièrement par le ministre de la Santé publique et ayant au moins deux ans de fonctions avant le 31 décembre 1937. Les médecins directeurs ne pourront être titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanatorium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les demandes seront reçues jusqu'au 22 mai 1937 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

MÉDECIN ADJOINT. — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le deuxième semestre de l'année 1937.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er juillet 1937, être de nationalité française, et s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis. Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Les demandes seront reçues jusqu'au 22 mai 1937 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les maisons de santé et l'application des quarante heures. — Les directeurs et propriétaires des maisons de santé affiliés à la Fédération des maisons de santé de France, groupant la presque totalité des maisons de santé, ont étudié les modalités d'application de la semaine de quarante heures à leurs établissements. Ils ont constaté que cette application soulève de grandes difficultés. Le coût de la vie, d'autre part, a considérablement augmenté ; la clientèle libre se refuse à toute majoration supérieure à 20 % ; les tarifs pour soins aux mutilés, accidentés du travail et l'hospitalisation des assurés sociaux n'ont pas été augmentés. Pour ces raisons, les directeurs de maisons de santé sont acculés à des situations difficiles, alors qu'ils considèrent que la fermeture de leurs établissements entraînerait le chômage de nombreux travailleurs et la disparition d'établissements faisant partie de l'équipement sanitaire du pays. Dans ces conditions, ils sont décidés à exiger que la répartition de la durée hebdomadaire fixée se fasse d'une façon égale sur six jours, chaque employé devant avoir chaque semaine un repos d'une journée.

Sociétés médicale d'Aix-les-Bains. —La Société médicale tiendra le dimanche 6 juin, à 10 heures, la sixième de ses séances scientifiques annuelles.

Sujet : Séquelles traumatiques et traitement thermal d'Aix-les-Bains. Rapporteurs : F. Françon, R. Levaxelaire, E. Robert.

A l'issue de la réunion un déjeuner sera offert par la municipalité d'Aix aux médecins présents.

Les confrères qui désireraient assister à la séance ou prendre part à la discussion seront bienvenus. Ils sont priés de se faire inscrire avant le 15 mai par lettre adressée au président annuel de la Société, Docteur L. Bertier, rue Albert-Ier, Aix-les-Bains, ou au secrétaire général, Docteur Chevallier, avenue Marie, Aix-les-Bains. Inscription gratuite.

Prix Etienne Taesch (Donation faite par Mme Constance-Françoise Nicolay, sa veuve).—Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décéleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Le prix Etienne Taesch a été jusqu'à présent décerné aux lauréats dont les noms suivent :

En 1930, au Docteur Jacques Delarue, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour poursuivre ses recherches sur : « Les lésions élémentaires de l'alvéole pulmonaire en présence du virus tuberculeux ».

En 1931, à M. Gaston Cordier, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté, pour poursuivre : « L'étude clinique et expérimentale des injections intraveineuses du chlorure de sodium hypertonique dans les états graves toxi-infectieux ».

En 1932, à M. Contiades, interne des hôpitaux de Paris, pour poursuivre ses recherches sur : « Les modifications des voies urinaires au cours de la grossesse normale et des pyélonéphrites gravidiques ».

En 1933, au Docteur Pierre Verrière, ancien interne des hôpitaux de Lyon, pour poursuivre ses recherches sur « Le reflux pyéloveineux et l'absorption intra-rénale ».

En 1934, à M. Jean-Claude Rudler, interne et prosecteur des hôpitaux de Paris, pour continuer ses recherches sur : « Les facteurs de gravité immédiate des brûlures superficielles étendues ».

En 1935, à M. Jean Bernard, interne des hôpitaux de Paris, pour poursuivre ses recherches sur : « La reproduction expérimentale des leucémies par le goudron ».

En 1936, à M. Jean-Daniel Kuhlmann, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, pour poursuivre ses recherches sur : « Les troubles de la sécrétion rénale en fonction des taux des divers électrolytes dans le sang ».

Pour l'année 1937, le Prix Etienne Taesch sera de 7.000 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1937, à M. le Docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (VIIe).

Hommage au Dr Siredey. — Désireux de rendre hommage à M. Armand Siredey et de lui témoigner leur respectueuse et affectueuse reconnaissance, un groupe de ses anciens élèves, de ses collègues et de ses amis a eu la pensée de lui offrir un volume, au cours d'une réunion dont la date sera fixée ulté-

rieurement. Sur ce volume, qui reproduira quelques-unes de ses récentes publications, les signatures des membres présents seront apposées lors de cette réunion.

Une reproduction de cet ouvrage sera imprimée à tirage restreint et comportera deux éditions : l'une de luxe sur vélin d'Arches numérotée ; l'autre sur vélin O. S. N.

Un exemplaire sera remis, en souvenir, à tout souscripteur de 100 francs pour la première, de 50 francs pour la seconde.

La souscription sera close le 25 mai 1937

Prière d'adresser les souscriptions à MM. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe). Compte chèques postaux, Paris 201.74.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — En cas de cessation de fourniture d'essence, les médecins de Paris et de la banlieue de la Seine sont priés de s'adresser à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris (VIe), Tél. : Danton 93-42, qui leur donnera toutes indications utiles pour qu'ils puissent s'en procurer au titre médical.

Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. — *Soirée de bridge au profit des veuves et orphelins de médecins* (Société F. E. M.). — Le vendredi, 21 mai, de 21 heures à minuit, dans les Salons de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 60 boulebard de la Tour-Maubourg (cartes : 20 francs).

S'inscrire à l'avance, par téléphone, à Littré : 01-08, le matin ou au siège de la Société F. E. M.

Pour le tournoi, les joueurs sont priés de s'inscrire par équipes de deux.

Règlement du tournoi. — I. Le tournoi se joue par éliminatoires. La forme adoptée est le bridge français dit « plafond ». — II. *Sauf dans la finale* : *a*) toute manche demandée et gagnée vaut 300 points en supplément ; *b*) dans chaque partie, l'équipe gagnante est celle qui a totalisé le plus grand nombre de points en 3 donnes, l'équipe perdante étante éliminée. — III. La finale se joue en trois manches. — IV. La coupe sera offerte à l'équipe victorieuse.

La médecine en Allemagne. — Les Allemands de race israélite ne pourront plus désormais, dans le IIIe Reich, acquérir le grade de docteur. Par suite, tous les candidats à ce diplôme devront présenter aux autorités, non seulement leur propre acte de naissance, mais encore celui de leurs parents et grands-parents.

Certaines exceptions sont prévues pour les « demi-juifs » étudiants en médecine, lesquels pourront passer les examens de doctorat, à condition de quitter aussitôt après l'Allemagne et de s'établir à l'étranger. (*Le Temps.*)

Statistique des journaux professionnels. — Il se publie en France près de 2.000 journaux professionnels, entre autre 260 journaux d'alimentation, 270 de finances, 134 d'organisation commerciale, 30 de métallurgie, 50 d'électricité, 25 de sténographie, 12 de magnétisme, 3 de pompes funèbres, 4 de concierges, 4 de sapeurs-pompiers... et... 250 journaux de médecine environ. (*Lyon Médical.*)

« Avec Frédéric Sieburg, nous pouvons conclure en disant : « L'enfer de notre individualisme est plus agréable que le paradis de la collectivité. » (Dr Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la Société Moderne. Edition Delmas).

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Traitement des migraines, par le Docteur PASTEUR-VALLERY-RADOT, 1937. Un volume gr. in-8, 42 pages (collection *Les Thérapeutiques nouvelles*). Prix 10 francs. Baillière, éditeur, 19 rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Les notions nouvelles sur la pathogénie de la crise migraineuse, la connaissance de l'étiologie de nombreuses migraines permettent de traiter les malades d'une façon très rationnelle. Pour faire auprès d'un migraineux un traitement efficace il faut observer les faits avec la pleine objectivité du clinicien ; le but de ce livre est de montrer comment on peut s'orienter.

La Migraine ophtalmique, par G. RENARD et A. Pascal MERKDJIAN. Un volume, 146 pages (collection Médecine et chirurgie ; recherches et applications, n° 8), 22 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après un rappel historique et un exposé des symptômes cliniques, les auteurs précisent les problèmes que posent l'expression visuelle et douloureuse de l'affection, et sa localisation céphalique.

Dans une deuxième partie ils examinent le terrain spécial sur lequel surviennent les accidents, ses modifications avec l'âge du sujet, enfin les associations morbides que l'on peut rencontrer et leur signification.

Le traitement de l'accès lui-même puis celui du migraineux sont successivement envisagés.

Biologie mathématique, par V. A. KOSTITZIN. Un volume in-16, 16 figures, broché : 13 francs. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris-Ve.

Cet ouvrage permet au biologiste de prendre connaissance des services que la méthode mathématique peut lui rendre et donne au mathématicien une idée des problèmes biologiques qui attendent encore leur solution. Car l'auteur y expose un ensemble très vaste de faits biologiques susceptibles d'être traités par les mathématiques.

Divers

Dictionnaire médical de langue allemande et française, par Pal SCHOBER, 5e édit., Un volume broché 11 M 80. Ferdinand Enke éditeur, Stuttgart, 1937.

Cette nouvelle édition d'un dictionnaire dont la première édition date de quarante ans a été remaniée et mise à jour. Comme les précédentes, elle sera précieuse aux travailleurs qui veulent connaître les travaux médicaux parus dans les deux pays.

La Reine Victoria (1819-1901), par Lytton STRACHEY. Traduction de F. ROGER-CORNAZ. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, avec 8 gravures hors texte : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Lytton Strachey fut le premier qui dans un livre justement illustré osa peindre en Victoria non plus seulement un personnage mythique mais une femme. »

Le traducteur de *La Reine Victoria* a su donner du style même de Strachey l'idée la plus fine et la plus exacte.

L'ouvrage est illustré de très curieux portraits et photographies montrant la Reine Victoria aux divers âges de sa longue existence, depuis l'époque où la menue princesse de dix-huit ans monta sur le trône — c'était en 1837, il y a juste un siècle — jusqu'à celle où « Victoria Regina » était devenue la grand-mère de l'Europe, si imposante dans ses dentelles et ses velours somptueux et toute couverte des extraordinaires bijoux de sa collection unique au monde.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës

Par A. CHAUVENET (de Thouars)

I

Il peut paraître vain de revenir sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës dont les indications paraissent bien précisées.

Pour la plupart des auteurs, il ne saurait être question d'interventionisme « à tout coup » ou, même, d'interventionisme « de principe », et chacun insiste sur les différences cliniques et opératoires opposant cholécystite et appendicite aiguës. L'intervention n'est envisagée que dans les formes graves d'emblée ou que si le traitement médical n'empêche pas l'apparition des complications toxiques ou péritonitiques. L'intervention de principe est absolument proscrite.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette directive « classique » ait des bases inébranlables.

Certains ont leur attention attirée par la gravité réellement fréquente des infections vésiculaires aiguës ; ils considèrent que le traitement médical habituellement institué ne met pas à l'abri de cruels échecs : ils croient pouvoir remarquer la gravité particulière de certaines formes anatomo-cliniques. Et ainsi, il se fait un démembrement dans l'abstentionisme primitif.

La précision des indications opératoires est donc toute « actuelle » et relative.

La précision des indications opératoires est donc toute « actuelle » et relative.

A côté de ces indications générales de l'intervention, il existe aussi une discussion toujours ouverte ou renaissant sans cesse et qui porte sur le choix même de la « meilleure opération » à exécuter une fois la laparotomie faite.

Ici, depuis les écrits de Korte, Rhode, Quénu et Duval, Leriche et Cotte, F. Papin, Lecène, etc..., les ectomistes sont opposés aux partisans de la simple stomie dite de « sécurité » suivie ou non d'éradication secondaire du cholécyste.

Des deux côtés, on apporte des arguments, et avec une autorité d'apparence égale.

La plupart de ces arguments, il faut bien le reconnaître, n'ont pour base que de très petites séries d'interventions. Et l'on sait ce que valent ces séries et l'apport trop fréquent des cas isolés.

Entre les ectomistes et les stomistes, il est des éclectiques. Certains le sont d'une manière tout empirique. D'autres essaient d'appuyer leur jugement sur une distinction plus nette, à la fois clinique et anatomo-pathologique, et ceci n'est pas sans intérêt.

Nous voulons parler de la conception que Leriche a exprimée et précisée récemment dans l'excellent et clair travail de Bauer et Chinassi Hakki.

Cette conception nous a paru mériter discussion.

Il nous a semblé que, en regard de la statistique de la Clinique de Strasbourg, il pourrait être utile d'apporter une autre statistique relativement importante, venant d'un autre service chirurgical et ayant le mérite non douteux de l'homogénéité puisque dans tous les cas (sauf un) c'est le même opérateur qui est intervenu et qu'il a eu la bonne fortune de pouvoir suivre longuement ceux des malades qui ont guéri.

Cette statistique qui nous est personnelle porte sur 58 observations qui sont publiées *in extenso* dans la thèse de Marcel Girard, Paris 1937, où l'on voudra bien se référer.

La série que nous avons publiée comprend 33 cholécystectomies et 25 cholécystostomies pratiquées à chaud.

Pour nous débarrasser des nombres qu'il est d'usage de donner, notons que :

51 malades appartenaient au sexe féminin.
7 malades appartenaient au sexe masculin.

5 étaient âgées de 20 à 30 ans.
8 étaient âgées de 30 à 40 ans.
10 étaient âgées de 40 à 50 ans.
19 étaient âgées de 50 à 60 ans.
11 étaient âgées de 60 à 70 ans.
4 étaient âgées de 70 à 80 ans.
1 était âgé de plus de 80 ans.

Cette statistique est arrêtée en date du 28 février 1937 et ne comprend pas quelques observations de malades opérés par nous même (sans mortalité d'ailleurs) dans un autre service.

Nous serons très bref dans le rappel de certaines notions, car notre intention n'est nullement de présenter ici une « Revue générale » de la question.

Nous présentons simplement nos observations et les réflexions qu'elles ont pu nous suggérer.

Nous envisagerons tout d'abord les indications générales de l'intervention dans les cholécystites lithiasiques aiguës en discutant les arguments des « interventionistes » et des temporisateurs.

L'indication opératoire posée, nous étudierons les indications respectives de la *stomie* et de l'*ectomie*. Ceci nous conduira tout particulièrement à considérer la discrimination établie par Leriche et son école entre les *cholécystites aiguës vraies primitives*, et celles qui sont secondaires à un passé lithiasique et infectieux vésiculaire avéré, qui sont, en somme, les *épisodes aiguës d'une affection chronique*.

Nous terminerons par quelques courtes remarques d'ordre technique en insistant tout particulièrement sur le choix de l'anesthésie, sur le choix de l'incision et sur le mode de drainage.

Dans tout le cours de cet exposé, nous voudions échapper au reproche d'avoir une vue systématique de la question. Nous savons que le schéma n'a qu'une valeur didactique et nous ne perdons jamais de vue l'infinie variabilité des faits anatomiques et cliniques.

Il est admis que dans les cholécystites aiguës, on doit commencer par instaurer le traitement médical poursuivi sous le couvert de la surveillance et que seul l'échec de ce traitement implique de passer à l'acte opératoire.

Il est aussi admis que les formes à début grave par diffusion péritonéale ou par action toxique sont justiciables de l'intervention dès le diagnostic fait.

Dans ces formes sérieuses d'emblée tout le monde est d'accord, et il ne saurait en être autrement.

Quelles sont donc les bases de cette règle de conduite à peu près unanimement acceptée ?

Les voici résumées dans cette appréciation de F. Papin :

« Je ne crois pas, en effet, que l'on doive appliquer à la cholécystite aiguë la même règle opératoire absolue qu'à l'appendicite aiguë. Cette assimilation, que certains ont voulu faire, ne me paraît pas complètement juste, car, outre que la cholécystectomie se présente comme une intervention un peu plus compliquée techniquement que l'appendicectomie, l'expérience prouve que si les mêmes complications sont possibles au niveau de la vésicule enflammée qu'au niveau de l'appendice, elles sont *néanmoins plus rares* (c'est nous qui soulignons) *le processus infectieux s'y localise plus facilement, les infections aiguës y sont moins graves* ».

A la lumière de notre expérience, il nous a paru que cette opinion méritait discussion, révision, peut-être. Ne perdons pas le fil du classique parallèle entre appendicites et cholécystites aiguës.

Est-il bien vrai que ces dernières aient un « potentiel de gravité » aussi réduit ?

Est-il si prouvé que l'acte opératoire (en tenant compte de tous les facteurs qui peuvent l'alourdir) soit plus grave dans les infections aiguës du cholécyste que dans les appendicites ? Peut-on affirmer que le gain du traitement médical soit, en fin de compte, supérieur à celui que donnerait un interventionnisme de principe dans les cholécystites aiguës ?

Aussi bien, sans insister sur ce que les lectures que nous avons faites avaient déjà pu nous suggérer, essaierons-nous, à l'aide de notre série d'observations, de répondre à certaines questions qu'il nous paraît nécessaire de poser.

Il importe, en effet, de se demander :

1° Quelle est la gravité réelle des cholécystites aiguës ; quelle est leur « résistance » au traitement médical, quel est le pourcentage des cas devant être opérés à chaud devant l'échec avéré de ce traitement ?

2° Quelle est la mortalité de l'intervention dans ces cas ; quels en sont les facteurs déterminant ; quel est, en particulier, l'action du retard apporté à l'acte opératoire par l'essai du traitement médical ?

3° Les cas graves d'emblée exceptés, s'il est des signes permettant de classer anatomopathologiquement et de distinguer cliniquement des formes de cholécystites aiguës particulièrement susceptibles d'évoluer défavorablement malgré le traitement médical ?

Nous savons bien les raisons générales et particulières qui s'opposent à la possibilité de répondre à ce questionnaire avec la précision qui conviendrait.

Nous pensons cependant qu'il n'est pas vain de s'appliquer à le faire en suivant les faits du plus près que cela est possible.

1° *La gravité réelle des cholécystites aiguës.*

Si nous en jugeons par le texte que nous avons cité et qui nous paraît bien résumer l'opinion courante, le « potentiel » de gravité des cholécystites aiguës est relativement restreint surtout si on les compare à l'appendicite.

Si l'on peut mesurer ce « potentiel de gravité » à l'importance des lésions anatomo-pathologiques et à la résistance à la thérapeutique médicale, nos lectures et l'étude de nos observations nous ont conduit à une impression bien opposée à cet optimisme.

C'est déjà quelque chose que de noter le pourcentage de 10 % de perforations indiqué dans la statistique du Service de Leriche.

Mais nous verrons qu'il ne faut pas accorder une valeur trop absolue à ces nombres.

En outre des 58 cas pour lesquels nous sommes intervenus à chaud, soit primitivement, soit secondairement à l'échec du traitement médical, nous avons soigné « médicalement » dans notre Service, 11 malades qui ont guéri sans incidents. Six d'entre eux ont été opérés ultérieurement « à froid », avec des suites favorables.

Nous avons vu à domicile une dizaine d'autres malades qui ont guéri sans intervention à chaud. Deux d'entre eux ont été opérés à froid, par la suite, avec succès.

Une de ces malades guéries médicalement a refusé l'opération après refroidissement. Elle est morte à l'occasion d'une deuxième crise aiguë après une opération un peu tardive. Nous avons regretté de n'être pas intervenu dès la première attaque : nous aurions sans doute évité cet échec.

Restent les malades pour lesquels nous avons été conduit à opérer à chaud.

Ici, il convient de faire une remarque qui peut constituer une correction partielle à l'imprécision des nombres.

Les malades vus par le chirurgien ont subi un premier tri et il est matériellement impossible de dire sur quelle quantité exacte de malades il a été fait.

Les médecins qui ont fourni les éléments de notre statistique font, le plus souvent, le diagnostic exact des cholécystites aiguës.

Ils savent, ainsi qu'on le leur a enseigné, que cette affection doit, avant tout, être traitée médicalement (toujours l'opposition cholécystite-appendicite).

S'ils croient pouvoir affirmer le diagnostic, ils instituent le classique traitement des affections viscérales aiguës de l'abdomen. Ils n'appellent le chirurgien qu'après avoir plus ou moins heureusement persévéré dans ce traitement et qu'après en avoir indubitablement constaté l'échec.

Si le diagnostic permet le doute, *surtout s'il existe une hésitation en faveur de l'appendicite aiguë, il est fait appel au chirurgien ou le malade est adressé à l'hôpital.*

C'est ce qui s'est passé pour la plupart des malades que nous avons vus à domicile ou que nous avons traités médicalement dans notre service.

La plupart des médecins appellent le chirurgien ou envoient les malades si les signes sont graves d'emblée, que le diagnostic soit posé fermement ou non.

Ce « réflexe » est certainement dû en grande partie à l'habitude prise dans cette région, où les appendicites sont graves, de craindre cette maladie et de craindre de perdre du temps dans les syndromes douloureux aigus de l'abdomen.

Il nous plaît, à ce propos, de noter ici l'influence heureuse et très grande du beau livre de M. Mondor.

Si nous mettons à part les quelques cas pour lesquels nous avons été appelé dès le début des accidents pour leur gravité et ceux soignés par nous-même, il est impossible, et pour des raisons qu'il est facile d'imaginer, d'apprécier le pourcentage exact des échecs du traitement médical institué en clientèle.

Notons seulement que dans la plupart des cas que nous avons opérés l'intervention est venue compléter l'action nulle du traitement médical.

Si bien que, dans une certaine mesure, il est des échecs du traitement chirurgical qui doivent être mis en fin de compte au passif du refroidissement médical.

Si nous en jugeons par l'étude de notre série de cas et par une rapide enquête faite auprès des médecins qui nous ont fourni nos malades, nous pouvons assurer le bien fondé de cette opinion.

Si la résistance à la thérapeutique médicale est un critère de gravité, le plus grand nombre, sans doute, des cholécystites aiguës sont, inversement à la formule admise, d'une grande gravité.

Le nombre des cas graves d'emblée est lui-même relativement élevé puisque dans notre série, treize malades nous ont été conduits dès le début des accidents avec des signes imposant l'intervention d'extrême urgence.

Dans deux cas cependant, on est intervenu surtout parce qu'il existait un doute en faveur de l'appendicite. Dans ces deux cas, nous avons trouvé des lésions sévères de la vésicule. Dans tous ces cas opérés d'emblée, les lésions anatomo-pathologiques correspondaient par leur importance à la gravité des signes cliniques.

Dans un cas cependant où les douleurs étaient extrêmement violentes ; où la température était au-dessus de 39°, où la contracture était intense, les lésions vésiculaires étaient relativement discrètes (malade de l'observation 36, envoyée par le Docteur Frappereau). La cholécystectomie a assuré la guérison dans ce cas et de façon durable et nous ne regrettons pas d'être intervenu.

Si nous considérons maintenant l'ensemble des cas opérés (primitivement ou secondairement à l'échec du traitement médical), nous devons constater l'importance quasi constante des lésions anatomo-pathologiques.

Dans notre série de cas, on voit :

a) Six cas de gangrène massive de la paroi vésiculaire dont un cas de vésicule noire, « déliquescente », à contenu gazeux putride (observation 50, malade guéri par ectomie faite au huitième jour du traitement médical pour aggravation des signes cliniques) ;

b) Onze cas de gangrène en plaques plus ou moins étendues (obs. 10, 13, 15, 17, 24, 28, 29, 32, 34, 37, 39) ;

c) Six cas de péritonites biliaires sans perforation apparente, mais avec grosses lésions macroscopiques ou histologiques de la paroi du cholécyste (obs. 23, 33, 41, 47, 49, 57).

Il y a eu deux morts dans cette série (obs. 49 et 57 dont nous aurons à parler plus loin) ;

d) Six cas de péricholécystite suppurée circonscrite (obs. 4, 6, 11, 14, 21, 30).

Dans cette série, nous ne comprenons pas une observation que nous publierons ailleurs *de cholédocite* aiguë avec perforation du canal cholédoque et abcès sous-phrénique dont l'histoire est certainement intéressante à bien des titres.

En outre de cette série de cas où les lésions étaient particulièrement importantes, nous avons trouvé chez tous nos autres opérés des altérations graves du cholécyste qui ont été à diverses reprises confirmées par des examens histologiques pratiqués soit par Mlle le Docteur E. Dubreuilh, soit par le Docteur A. Bonnard.

On a constaté l'infiltration inflammatoire de la paroi vésiculaire ; l'existence d'abcès intra-muraux miliaires ou agminés en plages purulentes ; des calculs intra-muraux avec gangrène de la paroi amincie.

Le plus souvent, la paroi du cholécyste était épaissie, couverte de fausses membranes. Dans quelques cas la vésicule était énorme, distendue, de la même teinte que la glande hépatique, libre ou couverte d'épiploon plus ou moins lâchement adhérent, ou de fausses membranes.

D'autres fois, mais plus rarement dans nos cas, il s'agissait de vésicules rétractées, moulées sur des calculs, cachées sous un magma inflammatoire ou baignant dans le pus.

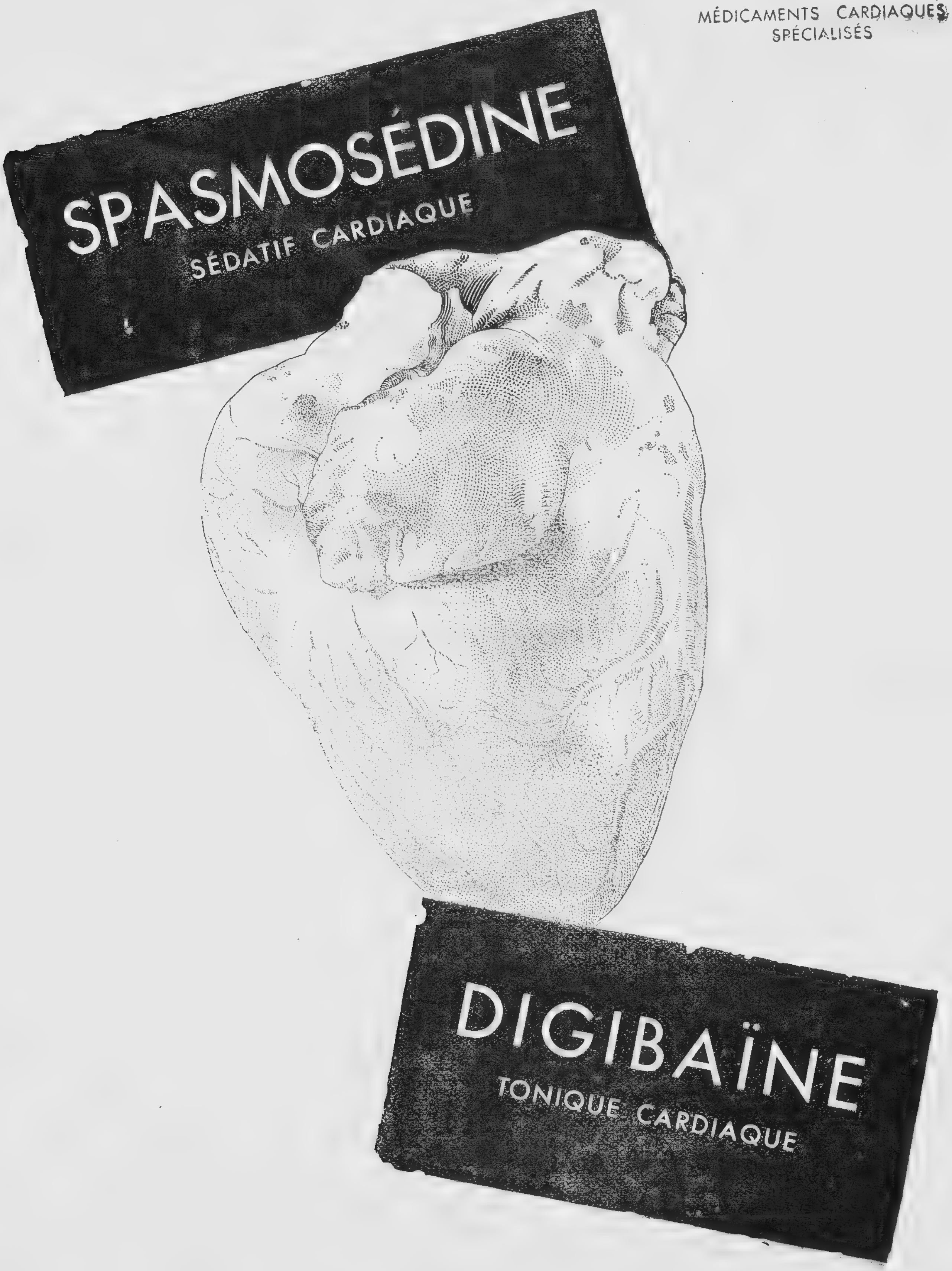
En général, le méso-hépatique était infiltré par l'œdème (une fois par un œdème important, tremblottant, de couleur verte). Les cas de péritonite « verte » mis à part, il existait souvent un liquide réactionnel clair ou légèrement louche dans la grande cavité péritonéale.

Toutes ces constatations concordent parfaitement avec ce qui est noté dans la statistique de Bauer et Chinassi Hakki.

Dans quelques cas, nous avons fait faire l'examen bactériologique du liquide vésiculaire (Docteur A. Vialle), et l'on a noté la présence fréquente de colibacille ou d'entérocoques.

Dans deux cas, il s'agissait d'infection éberthienne. Dans deux autres cas, il s'agissait de perfringens.

Dans un nombre très important des cas que nous avons observés, il existait donc des lésions graves du cholécyste et à cette gravité anatomo-pathologique correspondait une gravité des signes et de l'évolution clinique plus grandes que celles que l'on admet habituellement dans les cholécystites aiguës.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

La fréquence de telles lésions confirme notre impression sur l'échec relativement souvent constaté du traitement médical et sur le retard que ce traitement apporte à l'acte opératoire. Il ne faut pas trop se fier aux impressions.

Trois de nos observations nous ont pourtant beaucoup frappé et ont eu une action certaine dans notre changement d'attude (d'ailleurs relativement récent) en ce qui concerne les indications opératoires dans les cholécystites aiguës.

La première est l'observation 19. Il s'agissait d'une jeune femme vue pour une première crise en 1933. Nous avions obéi alors à la règle usuelle et nous avions traité cette femme par le refroidissement. L'intervention secondaire a été refusée. En 1934, nouvelle crise : péritonite diffuse sans perforation (infection à bacilles d'Eberth) et mort malgré la stomie et le drainage.

Si nous avions insisté, la malade (qui était venue en clinique) aurait certainement accepté l'opération d'urgence au moment de la première crise. Nous avons déjà parlé de ce cas plus haut.

Les deux autres opérations confirment ce que peut contenir de dangereux l'opposition cholécystite-appendicite.

Ce sont les observations 49 et 57.

Elles proviennent toutes deux du même médecin et qui est un excellent médecin. Dans les deux cas, il a fait le diagnostic de cholécystite aiguë et, comme on le lui avait appris, il a instauré un traitement médical. Dans les deux cas, les accidents ont continué leur marche et malgré l'intervention pratiquée à la première alerte la mort est survenue.

S'il s'était agi d'appendicites aiguës, les malades nous auraient été adressés dès le début des accidents...

Bien semblable à nos observations est aussi celle de Mondor qui n'a pas manqué de frapper Bauer et Chinassi Hakki qui la résument dans leur article.

Que l'on veuille bien lire attentivement nos observations et celles qui ont pu être publiées ailleurs et l'on sera convaincu que ce sont des faits et non des impressions qui nous font penser que l'on ne doit pas jouer sur la relative bénignité des cholécystites aiguës pour appuyer les arguments de la temporisation de principe.

Ce sont des faits qui nous poussent à une directive plus agissante.

2° *La mortalité propre à l'intervention chirurgicale dans les cholécystites aiguës.*

L'abstentionisme trouve-t-il un argument irréfutable (toujours en poursuivant la classique comparaison avec l'appendicite aiguë) dans la relative gravité des opérations dans les cholécystites aiguës ?

Remarquons pour mémoire qu'il est difficile de dégager de la discussion la mortalité médicale « masquée » qui entache les opérations un peu tardives...

D'un autre côté, dans les cas opérés d'emblée pour accidents très graves, il faut tenir compte de l'importance même de l'affection.

Qu'il est difficile de juger en chirurgie !

Considérons la série de nos cas où la mort a succédé à l'intervention.

L'observation 9 est celle d'un homme de 79 ans opéré pour un syndrome de perforation et qui présentait une gangrène massive du cholécyste. Le malade était absolument mourant lorsqu'on est intervenu. La vésicule était énorme, atteinte de gangrène massive feuille morte, contenait des calculs et du pus fétide ; il existait une réaction liquidienne de la grande cavité péritonéale. Après la stomie, la mort est survenue, le douzième jour, subitement, alors que, contre toute attente, on croyait la partie gagnée.

L'observation 19 est celle de cette jeune femme dont nous avons déjà parlé à deux reprises.

Nous avons parlé aussi des observations 49 et 57 provenant toutes deux du même médecin.

L'observation 24 est celle d'une femme soignée médicalement depuis cinq jours. L'aggravation des douleurs et l'altération de l'état général ont obligé à opérer et bien à contre-cœur, car il existait depuis longtemps chez cette malade des troubles cardio-rénaux sérieux.

L'opération pratiquée sous anesthésie locale a été une simple stomie. La malade est morte d'anurie le treizième jour.

Est-il vain de penser que dans notre série, ces cinq cas de mort ne sont pas entièrement imputables à l'acte opératoire ?

Certes, nous ne méconnaissons pas les risques propres à toute intervention portant sur les voies biliaires. Nous savons la difficulté de mesurer le fonctionnement de la glande hépatique : nous n'ignorons pas les difficultés techniques. Nous savons que demain grèvera peut-être notre statistique, arrêtée à ce jour, d'une mort vraiment opératoire...

Mais le chirurgien le plus exercé est-il bien sûr de n'avoir jamais eu une telle mort après appendicectomie ?... Il en est de bien difficiles !

Dans un de nos cas de cholécystectomie à chaud nous aurions très bien pu avoir une mort, soit immédiate, soit secondaire, du fait même d'une faute opératoire.

Il s'agissait de la malade de l'observation 45 (malade du Docteur Paul Frère).

Cette malade avait été opérée pour aggravation des douleurs, élévation de la température, altération de l'état général, malgré le traitement médical fait à domicile.

La vésicule était énorme, distendue, à paroi gangrenée. Il existait une grosse infiltration inflammatoire du pédicule hépatique.

La cholécystectomie rétrograde a entraîné la blessure du cholédoque entièrement sectionné. La fistule biliaire qui a suivi a été traitée ultérieurement avec succès par plastique cholédocienne sur tube perdu.

Mais si on lit les observations, il paraît bien que, dans l'ensemble, le risque et la mortalité opératoires proprement dite soient réduits au strict minimum... Et il faut rappeler que dans notre série, on n'a opéré que des cas graves d'emblée ou aggravés en cours de traitement médical. Remarquons, pour être juste, qu'il est bien difficile (toutes questions de technique mises à part) de comparer sur les mêmes bases, la mortalité de l'appendicectomie à chaud et celle des opérations pratiquées pour cholécystites aiguës. Il n'est pas de chirurgien qui ait de ces dernières, la même expérience que celle qu'il peut acquérir des appendicectomies.

Dans la statistique « d'abdomens aigus » de l'hôpital de Leeds, citée par M. Mondor, Flint note 1.080 cas d'appendicites aiguës contre 196 cholécystites aiguës.

Personnellement, nous avons opéré 1.587 appendicites aiguës contre les 58 cholécystites aiguës dont nous exposons ici les observations.

Notre série n'est pas assez importante pour que nous puissions évaluer le rôle du « facteur temps » dans la mortalité, d'ailleurs réduite, que nous avons eue.

Dans trois de nos cas de mort, ce facteur est certainement intervenu et de manière importante...

Le traitement médical implique, évidemment, en plus de sa correction d'application, la surveillance stricte, si possible en clinique, « à la portée » du chirurgien, et la ferme résolution de passer à l'acte opératoire au moindre signe d'aggravation. *Il serait même sage de décider de considérer comme un motif d'intervenir la résistance même de la maladie au traitement, sans attendre l'aggravation qui signe une complication.*

Mais ceci représenterait de la part du thérapeute, une tournure d'esprit fort avertie et qui n'est pas de règle.

Admettons que l'on veuille appliquer la fameuse *expectative armée*... Et alors nous nous demandons pourquoi ce qui vaut pour l'appendicite aiguë et pour toutes les affections viscérales aiguës de l'abdomen ne vaudrait pas pour les cholécystites ? Après la communication de Grégoire, nos divers articles, la communication de J.-L. Faure..., il paraît bien que l'on doive accepter ce *fait* qu'est le *décalage* existant entre la parution des accidents anatomo-pathologiques et leur expression clinique.

Mais nous ne saurions insister sur cette question que nous avons déjà bien souvent abordée.

A partir du moment où l'acte opératoire ne fait pas courir un risque vain et disproportionné avec la gravité même de l'affection en cause, il semble bien que l'on soit en droit de le préconiser dès le début des accidents, au moment optimum, plutôt que d'attendre, sous le couvert d'une surveillance en partie illusoire, la manifestation de signes cliniques d'une aggravation imposant, avec un retard souvent tragique, l'intervention que l'on avait essayé d'éviter.

En préconisant l'intervention « de principe » dans les cholécystites lithiasiques aiguës nous faisons bien des réserves au fort de nous même. Peut-être un peu plus que dans l'appendicite aiguë où les amendements à la règle sont souvent de pure forme.

Dans les cholécystites aiguës, l'âge, l'adiposité fréquente, les tares connues, l'impossibilité de préciser l'état du parenchyme hépatique sont bien des facteurs à envisager...

Mais est-il bien sur que chez de tels malades, le traitement médical et l'*opération retardée* qui a bien des chances de lui succéder, donneraient un meilleur gain et plus certain que l'intervention d'emblée ?

La fréquence relative des formes graves des cholécystites aiguës, l'importance et la sévérité des complications qui peuvent survenir au cours de leur évolution, malgré le traitement

médical, la difficulté d'intervenir en temps opportun même si la surveillance a été stricte et si l'on a agi à la moindre alerte, l'étude des faits que nous apportons et que nous avons exposés dans la thèse de Girard nous conduisent logiquement à préconiser l'intervention « de principe » dans le traitement des cholécystites aiguës dès le début des accidents constatés, dès le diagnostic fait.

Le traitement médical, mais dirigé sous surveillance, en clinique avec la ferme décision de passer à l'acte opératoire en cas de complication ou même si l'effet de la thérapeutique instaurée n'est pas rapide et net, ne doit vivre que des contre-indications formelles de l'intervention chirurgicale.

Nous sommes absolument persuadé que c'est la directive qui doit, en fin de compte, donner le gain maximum et nous pensons que l'éducation des médecins doit être faite dans ce sens comme elle a été faite en ce qui concerne les appendicites aiguës..

3° Existe-t-il des formes de cholécystites aiguës particulièrement justiciables de l'interventionisme de principe.

La crainte des formules absolues conduit à rechercher tout ce qui peut augmenter la souplesse des directives choisies.

L'idéal serait de différencier les cas particulièrement justiciables de l'opération d'emblée. C'est-à-dire ceux où l'évolution de la maladie a le plus de chances d'aboutir aux complications malgré le traitement médical.

Ces formes, du moins en théorie, correspondent aux *cholécystites aiguës vraies* que Leriche et ses élèves Bauer et Chinassi Kakki opposent aux *cholécystites chroniques en état de poussée aiguë.*

« Cette distinction est capitale, écrivent Bauer et Chinassi Hakki. On ne peut établir, en effet, aucune comparaison entre les grosses vésicules distendues brusquement, généralement par suite de l'oblitération soudaine du cystique, libres de toute adhérence, qui caractérisent les cholécystites aiguës, et ces vésicules à parois scléreuses, noyées dans un bloc de péricholécystite souvent suppurée, qui ne se rencontrent qu'à la suite de poussées inflammatoires successives. »

Ces vésicules distendues, libres, infectées en péritoine « vierge » possèdent, évidemment, le plus gros « potentiel » de gravité par diffusion de l'infection.

D'autre part, et cela offre un gros intérêt, ces infections vésiculaires quasi-primitives, soudaines, peuvent se constituer avant que le parenchyme hépatique ait eu le temps d'être altéré.

Ce sont bien deux raisons d'être particulièrement interventionniste dans ces formes.

Dans bien des cas, les faits donnent raison à cette distinction anatomo-clinique.

Et, dans ces cas, l'expérience nous pousse plus que jamais à préconiser l'opération d'emblée.

Mais bien souvent, les choses sont loin d'être aussi simples.

L'infection ancienne du cholécyste peut n'avoir, jusqu'à la crise majeure, donné qu'une symptomatologie frustre.

Dans l'histoire de beaucoup de nos opérés, nous pouvons retrouver (parfois après coup), des troubles digestifs plus ou moins nets. C'est ce qui existe dans bien des cas d'appendicites aiguës aussi.

Il est rare qu'on assiste vraiment à une crise aiguë du type décrit par Leriche et ses élèves (dans treize cas de notre série d'observations).

D'un autre côté, il faut noter que nous avons parfois trouvé une vésicule rétractée, entourée d'un bloc de péri-cholécystite suppurée ou non, alors qu'il n'existait aucun « passé » infectieux vésiculaire avéré.

Nous avons parfois, inversement, trouvé de grosses vésicules libres, distendues... alors que l'histoire pathologique du cholécyste avait été antérieurement marquée par une série de crises plus ou moins importantes sur un fond continu.

Nous sommes moins affirmatifs que M. Leriche et ses élèves ; mais nous ne rejetons pas son opinion.

Nous serions simplement tenté d'écrire ceci :

Lorsqu'une crise aiguë de cholécystite survient brutalement, en l'absence d'un passé vésiculaire infectieux, il faut penser à la probabilité de lésions importantes touchant une vésicule qui a beaucoup de chances d'être distendue et libre d'adhérence. Dans ces cas, on doit plus que jamais se souvenir du potentiel de gravité que représente un viscère infecté et fragile dans la grande cavité péritonéale.

Mais sur l'histoire clinique, s'il existe un passé chronique avéré même avec d'anciennes poussées connues, il ne faut pas « jouer », la vésicule rétractée et défendue par le processus inflammatoire péri-cholécystique.

II

Pour tant qu'on s'en défende, il est difficile d'éviter de paraître avoir l'esprit de système dans le choix que l'on fait des directives chirurgicales.

En préconisant, dans certains cas, la cholécystectomie ainsi que nous sommes conduit à le faire dans ce travail et ainsi que nous l'avons fait ailleurs, nous voulons, dès ici, dire que cette directive n'a pas pour nous la valeur d'une formule *ne varietur.*

Il s'agit de « tendance », non de système.

Lorsqu'il s'agit du traitement chirurgical des cholécystites aiguës, il existe deux attitudes.

Les uns sont partisans de la simple cholécystostomie, opération de « sécurité » (Pauchet) suivie ou non d'extirpation secondaire du cholécyste (Mocquot).

D'autres pensent que la cholécystectomie, du moins dans certaines conditions, est la « meilleure intervention » et ils la considèrent comme très supérieure à la stomie (Leriche et Cotte, Mayo, Rhode, Papin, Lecène même, malgré ses réserves).

Parmi ces auteurs, certains préconisent la cholécystectomie à chaud exécutée d'emblée, de façon quasi systématique ; d'autres estiment que cette intervention, malgré ses avantages théoriques, ne doit être faite qu'un peu exceptionnellement, dans quelques circonstances bien choisies (Papin).

Ainsi Lecène, qui écrit « je pense que bien souvent encore, il sera plus sage de se contenter de drainer primitivement puis d'enlever secondairement la vésicule infectée ».

On trouve les mêmes réserves dans les paroles de Quénu faisant suite à celles de Lecène : « on *peut* néanmoins recourir d'emblée à la résection de la vésicule dans certaines cholécystites purulentes calculeuses, par exemple chez les malades à bon état général, on *doit* y recourir quand au cours des fièvres typhoïdes, on découvre une vésicule à parois ulcérées et friables et encore, dans les cas de vésicules perforées ».

Nous n'insisterons pas sur les divers arguments des partisans de la cholécystostomie et de ceux de la cholécystectomie.

Les premiers ont pour base la difficulté fréquente de l'intervention, sa gravité, la nécessité de faire le minimum quitte à réintervenir ultérieurement pour achever d'obtenir la guérison par un acte plus radical mais pratiqué en de meilleurs temps.

La stomie, a d'ailleurs l'avantage (Quénu) d'assurer le drainage des voies biliaires et ceci a une grande importance dans les cas où il existe une diffusion angéiocholitique de l'infection. Nous considérons d'ailleurs comme une indication absolue de la stomie, quelles que soient les lésions du cholécyste, la présence d'ictère ou de sub-ictère.

Les partisans de l'ectomie objectent que cette intervention n'est pas plus grave en réalité, que la simple stomie.

Elle a une double action immédiate par l'ablation du foyer infectieux, ce qui met à l'abri de la diffusion toujours possible malgré le drainage, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique.

Elle peut éviter la septicémie secondaire.

Elle assure aussi l'avenir en mettant à l'abri du passage à la chronicité : elle fait ainsi d'une pierre deux coups.

La discussion n'existe, si l'on veut bien regarder les choses de près, que si l'esprit de système est en jeu.

Si on l'appliquait à tout coup, sans se soucier des formes cliniques et anatomiques, sans envisager l'état du malade et les conditions de réalisation technique, il est fort probable, que, même entre les mains les plus exercées, l'ectomie donnerait bien des déboires.

Mais il est fort probable aussi que l'attitude inverse (de manière un peu plus masquée, peut-être) ne mettrait pas à l'abri de quelques graves ennuis.

Il n'est d'ailleurs pas prouvé que les actes chirurgicaux les plus simples soient les plus efficaces en chirurgie d'urgence.

Mais nous avons exposé ici même, dans un travail récent, notre conception des directives générales qui doivent dicter le choix des interventions en chirurgie d'urgence.

Nous ne saurions y revenir.

C'est le désir de faire le *maximum utile* qui doit pousser à faire l'ablation de la vésicule lorsqu'elle est atteinte de lésions telles que le drainage *in situ*, sans éradiction du foyer infectieux, peut paraître insuffisant.

Mais cette ablation ne doit pas être faite si elle paraît outrancièrement risquée.

A condition de ne pas être pratiquée coûte que coûte et par pur esprit de système, nous pouvons assurer que la cholécystectomie à chaud n'est certainement pas plus grave que la simple stomie, qu'elle a des chances d'être en fin de compte plus efficace et pour le présent et pour l'avenir.

Cette affirmation découle naturellement, pour nous, de l'étude minutieuse de la série des cas que nous avons pu observer.


PHYTOGYL
GRANULÉ REMINÉRALISATEUR
UNE CUILLERÉE A CAFÉ
GERMINE ASSIMILABLE 0gr10
VITAMINE D CRISTALLISÉE CHIMIQUEMENT PURE 1/5 mgr
TOUTES DÉCALCIFICATIONS
CONVALESCENCES • ANÉMIE
1 A 3 CUILLERÉES PAR JOUR
PRIX du FLACON
15 Frs.
LABORATOIRES du Dr ROUSSEL. 89 Rue du Cherche-Midi. PARIS (6e)

Pour lui donner plus de poids encore, il faut remarquer que les indications de la stomie n'ont pas été seulement dévolues aux cas cliniquement les plus graves ; tant s'en faut ! Ce sont surtout les conditions de facilité technique de l'ectomie qui ont guidé le choix du chirurgien.

Pour nous, les indications de l'ectomie sont données :

1° Par la résistance de l'état général.

Mais ceci est très relatif... Dans certaines formes graves gangréneuses en particulier, l'état général aurait dû, en principe, faire recourir à l'acte minimum... Et c'est pourtant dans ces formes que l'ectomie est peut être anatomiquement et « pathogéniquement » la plus indiquée.

2° Par le caractère de gravité des lésions de la paroi de la vésicule.

Il est plus indiqué d'enlever une vésicule gangrénée par plaques ou de façon massive, qu'une vésicule à parois apparemment peu altérées (endo-cholécystites). Dans une de nos observations, le cholécyste était absolument « déliquescent » noir, fétide, à contenu gazeux. Dans ce cas, le doute n'était certes pas permis et pourtant l'état général était bien mauvais.

Ne vaut-il pas mieux d'ailleurs enlever l'appendice dans les abcès circonscrits que d'en faire comme autrefois l'abandon en drainant et en envisageant l'appendicectomie secondaire. Ici encore l'expérience montre qu'il vaut mieux enlever le foyer infectieux lorsque faire se peut.

3° Les conditions de facilité technique.

Chaque fois que la vésicule paraît facilement enlevable, lorsque l'acte opératoire ne paraît pas par lui-même et, surtout du *fait des lésions actuelles inflammatoires circumvoisines*, excessivement sérieux, il vaut mieux faire l'ectomie.

Remarquons ici que ces vésicules libres, distendues, à parois amincies et souvent gangrénées, correspondent à ces cholécystites aiguës vraies que M. Leriche a voulu différencier.

Dans ces cas, les indications de l'ectomie seraient réunies de façon parfaite :

Lésions graves à potentiel de complications poussé ; vésicules libres ; méso légèrement œdémateux (ce qui facilite l'acte radical) ; malades en état général satisfaisant ; *à foie peu touché* (il s'agit en principe d'une première crise, les lésions cholécystiques sont récentes).

Mais pour nous, ce n'est pas ce caractère de cholécystites primitives à lui seul qui est une indication.

Le plus souvent des accidents gastralgiques nets ont précédé et longuement la crise, il est impossible de mesurer le degré d'altération du parenchyme hépatique...

Si l'on intervient, c'est sur le type des lésions anatomopathologiques que l'on doit trouver les bases de la décision de pratiquer l'ectomie.

A côté de ces indications de l'ectomie, il est celles de la stomie :

1° Etat général vraiment très bas. Et encore dans de tels cas, on a pu pratiquer des ectomies faciles avec de bons résultats, malades très tarés et anciennement (insuffisance cardio-rénale dans un de nos cas suivi de mort après stomie faite à la locale) ; péricholécystite empêchant la libération de la vésicule sans risque de diffusion dans la grande cavité péritonéale ; péricholécystite suppurée...

2° Signes d'angéiocholite.

La présence d'ictère ou de sub-ictère, même léger, paraît être une indications formelle de s'en tenir à la stomie.

Elle sera ou non suivie ultérieurement d'ectomie à froid.

Nous pouvons nous résumer en rappelant que nous avons écrit en parlant de la stomie et de l'ectomie :

« Ici encore l'*opposition* des deux méthodes est un contresens. La sagesse est peut-être encore dans l'éclectisme.

Que l'on fasse des stomies dans des cas très graves, où il existe une importante péricholécystite, surtout s'il y a suppuration péri-vasculaire.

Mais que l'on n'hésite pas à faire des ectomies dans les cas faciles, où la vésicule est libre ou facilement libérée.

Le maximum, dans ces cas, donnera de grosses satisfactions.

Nous n'avons donné ici que les grandes lignes d'une discussion que nous ferons plus poussée dans un travail ultérieur.

III

Remarques techniques

Nous serons très bref dans ce dernier chapitre.

Nous voulons seulement attirer l'attention par quelques points relevés dans nos observations.

1° *Anesthésie.*

Le plus souvent, c'est l'anesthésie à l'éther, seul ou avec adjonction de carbogène, qui a été administré.

Nous utilisons très volontiers l'anesthésie loco-régionale par infiltration. Elle est souvent suffisante et chez les sujets fatigués ses avantages ne sont pas négligeables.

Cette anesthésie est pratiquée selon la technique usuelle.

Comme dans la chirurgie gastrique, il y a avantage à la compléter en cours d'intervention (comme le préconise Finsterer pour les gastrectomies) en faisant une infiltration sous-péritonéale après avoir soulevé avec un écarteur à griffes la lèvre de la plaie d'un côté d'abord, puis de l'autre.

Il est parfois utile de faire une légère infiltration du pédicule hépatique.

En agissant ainsi et en ayant la douceur toujours nécessaire dans ces cas, on a des anesthésies parfaites.

Nous employons actuellement cette anesthésie de façon presque régulière en chirurgie des voies biliaires.

Nous avons l'impression en particulier que lorsqu'il s'agit d'ictériques par rétention cette façon de faire a nettement amélioré nos résultats.

2° *L'incision.*

Dans notre statistique, on a été assez éclectique puisque l'on a employé tantôt l'incision transversale sous-costale, tantôt une incision médiane (depuis la communication de M. Gosset suivie de l'appui que l'on sait donné par M. P. Duval), tantôt une longue incision du type Jalaguier.

Très souvent, on a utilisé un autre mode de voie d'accès en pratiquant une laparotomie verticale « trans-rectale ». Le feuillet antérieur de l'aponévrose du grand droit incisé, on dissocie verticalement les fibres du muscle en faisant l'hémostase progressive.

Cette incision nous a paru le plus souvent plus aisée que la laparotomie médiane sus-ombilicale, du moins en ce qui concerne les cholécystites aiguës.

Elle peut être très courte, sans section de filets nreveux et permettre ainsi le drainage de la vésicule avec une incision minima, si c'est au drainage que l'on s'en tient.

Nous devons dire aussi que, même si l'on a sacrifié une ou deux branches nerveuses, cette incision donne d'excellentes parois par la suite.

Nous en parlons après une expérience assez grande pour pouvoir l'affirmer.

Bien entendu, ici comme ailleurs, la solidité pariétale éloignée tient non tant à la sauvegarde des nerfs qu'aux soins mis dans l'exécution de la réfection par plans.

Cette incision a de plus l'avantage de permettre l'exploration facile de l'appendice dont les lésions sont très fréquentes au cours de cholécystites.

Dans une de nos observations, il y avait coïncidence de lésions gangréneuses de l'appendice et du cholécyste. De tels faits ont été publiés par d'autres auteurs.

Cette voie d'accès est, par conséquent, aussi très bonne lorsqu'il existe un doute entre appendicite et cholécystite aiguë.

3° *Mode employé pour l'exérèse vésiculaire.*

Tantôt la cholécystectomie a été « directe », tantôt « rétrograde ». Ce dernier mode a été peut-être le plus souvent employé. Tout d'abord parce qu'en général, nous l'utilisons « à froid ». Ensuite parce que dans les cholécystites aiguës, ainsi que le font d'ailleurs remarquer Bauer et Chinassi Hakki, il existe un léger œdème sous-séreux qui facilite la libération vésiculaire de son lit hépatique, une fois cystique et artère sectionnés.

Le plus souvent la cholécystectomie a été suivie de drainage par mèches sous-hépatiques.

En chirurgie d'urgence, nous n'avons pas l'expérience de la cholécystectomie « idéale » pourtant préconisée ici aussi par certains (en particulier cholécystectomie sous-séreuse). Peut-être est-ce par excès de scrupule que l'on a drainé dans presque tous les cas.

De toute façon, les éventrations consécutives à ce drainage, nous ont paru bien rares ; de même, en est-il pour les troubles douloureux éloignés pouvant être imputés à l'intervention.

4° *Mode de pratiquer la stomie.*

Si la vésicule est assez volumineuse et libre, elle est souvent vidangée par le trocard monté sur l'aspirateur électrique, puis abouchée à la peau comme on le fait usuellement.

Dans les cas où la vésicule est profondément cachée, surtout si la péricholécystite suppurée ou non est importante, on fait une cholécystostomie à distance en drainant avec une sonde de Pezzer et en plaçant deux ou trois mèches de protection.

5° *Sérothérapie.*

Dans la plupart des cas, il a été employé le sérum anticolibacillaire de Vincent en se basant sur la fréquence des infections à coli.

◆◆

Lorsqu'il a été trouvé des lésions gangréneuses importantes, il a été adjoint au sérum de Vincent, du sérum anti-gangréneux polyvalent de l'Institut Pasteur.

Notre expérience n'est pas suffisante pour que nous puissions tirer une conclusion de cette thérapeutique adjuvante.

CONCLUSIONS

Les formes anatomiquement et cliniquement graves des cholécystites aiguës sont certainement bien plus fréquentes qu'on ne l'admet habituellement.

Le traitement médical que l'on instaure en général ne met pas à l'abri des complications qui peuvent survenir et qui sont d'autant plus redoutables que la surveillance la plus stricte n'évite pas le retard dans la décision opératoire que l'on reprendra en cas d'échec.

L'acte opératoire, quelqu'il soit, est le plus souvent d'une réelle bénignité et met à l'abri des complications.

De ces faits que l'expérience montre de façon certaine, il découle que l'on doit renoncer à l'opposition communément faite entre appendicite et cholécystite aiguës.

Ici comme là, l'interventionisme de principe est parfaitement justifié et doit, en fin de compte, diminuer la mortalité globale.

L'intervention décidée, il semble que la cholécystectomie soit l'acte le meilleur dans les cas où elle est techniquement réalisable avec facilité et ces cas correspondent assez souvent aux formes *primitives* décrites par Leriche et son Ecole.

Mais ces formes n'ont pas de caractère assez tranché pour que leur différenciation puisse être un guide certain tant au point de vue de la décision opératoire qu'à celui du choix de l'opération elle-même.

Interventionisme de principe et la préférence allant à l'ectomie à chaud doivent représenter des directives que l'étude de chaque cas, l'examen des lésions, une mesure aussi précise que faire se peut du risque et du gain, doivent faire très souples et adaptables à l'infinie variabilité qui est la marque des phénomènes biologiques dans la pathologie comme dans la norme (1).

CLINIQUE INFANTILE

La transfusion du sang dans l'enfance (2)

Par le Dr R. LIÈGE

Les mêmes principes d'ordre général que chez l'adulte, président à la transfusion du sang dans l'enfance ; mais, du fait des différences entre la pathologie infantile et la pathologie de l'âge adulte, il s'ensuit des indications propres à l'enfance. De même, du fait du défaut d'apparence du système veineux superficiel du pli du coude, lieu habituel de la transfusion chez l'adulte, on rencontre chez l'enfant des difficultés de technique que l'on ne trouve habituellement pas chez l'adulte, et qui nécessitent dans le tout premier âge, la mise en œuvre de techniques très spéciales.

J'envisagerai simplement ici les indications de la transfusion aux différentes périodes de l'enfance, les techniques et l'appareillage à utiliser, les doses à employer et les accidents à éviter.

***

Dans *la petite enfance*, jusqu'à trente mois, la transfusion du sang présente des indications très spéciales.

Chez *le nouveau-né*, la transfusion est indiquée dans toutes les hémorragies externes lorsqu'elles sont tant soit peu abondantes ; il ne faut pas perdre de vue que la quantité de sang que possède un nouveau-né est relativement minime, du fait même de son poids, et que toute perte de sang d'une quantité égale au tiers de la masse sanguine de l'enfant met sa vie en danger.

Rentrent également dans les indications de la transfusion sanguine les hémorragies internes, telles que le mælena du nouveau-né.

Dans *les premières semaines* et dans *les premiers mois de la vie*, les indications de la transfusion du sang sont fournies par les troubles relevant de la sous-alimentation (sténose hypertrophique du pylore, vomissements, répétés, etc.), ou les troubles graves de la nutrition (hypotrepsie, athrepsie) ; quelquefois par des accidents infectieux (érysipèle), et surtout par les troubles digestifs graves avec déshydratation importante (diarrhée verte, choléra infantile).

Sont encore justiciables de la transfusion du sang, les états anémiques du premier âge, comme le sont du reste, selon leur intensité et leur forme, les anémies que l'on rencontre chez l'enfant et chez l'adulte.

Dans *la moyenne* et *la grande enfance*, les indications de la transfusion du sang, ont encore des particularités mais elles tendent de plus en plus à se confondre avec les indications de cette intervention chez l'adulte.

On utilise la transfusion dans les broncho-pneumonies de l'enfance. Certains auteurs la considèrent comme une thérapeutique remarquable, d'autres n'hésitent pas à la qualifier d'inopérante et de dangereuse. La vérité, je crois, est qu'elle peut être très utile dans les formes toxiques et qu'il faut s'en abstenir lorsqu'il existe de la cyanose.

L'on a conseillé la transfusion du sang dans les fièvres éruptives graves (rougeole, scarlatine). Elle peut certes avoir là, comme dans nombre de maladies, ses indications ; toutefois, dans les cas où je l'ai utilisée dans des fièvres éruptives graves, elle ne m'a pas paru modifier l'évolution de l'affection dont le pronostic apparaissait de prime abord comme très grave.

La transfusion est indiquée dans les septicémies et dans les infections graves de l'enfance, mais elle agit là beaucoup plus comme médication antitoxique que comme anti-infectieux. Son action n'est pas à négliger car, au cours des septicémies, s'il arrive très souvent que les transfusions sont répétées sans que la courbe thermique soit modifiée, il n'en reste pas moins certain que la transfusion relève l'état général, soutient l'organisme dans sa lutte contre la maladie, et est l'auxiliaire précieux d'autres thérapeutiques.

La *fièvre typhoïde* constitue incontestablement une des belles acquisitions de la transfusion du sang dans le domaine médical ; son indication est formelle dans les hémorragies intestinales, où, lorsque celles-ci se répètent, il convient de renouveler la transfusion aussi souvent qu'il est nécessaire.

Dans *les fièvres typhoïdes graves ataxo-adynamiques*, les bons effets de la transfusion ont été notés par nombre d'auteurs et certains pensent même qu'elle a autant d'action que l'immuno-transfusion.

Dans l'enfance, la transfusion du sang rend également des services dans les *infections subaiguës ou chroniques* ; dans les abcès du poumon, dans la gangrène pulmonaire, ou lorsque certaines maladies infectieuses se succèdent, elle stimule les forces du malade et permet souvent des interventions que l'on n'oserait pas tenter sans elle.

J'ai souvenir d'une fillette de onze ans et demi, atteinte d'un abcès gangréneux du poumon, dans un état de cachexie grave, qui fut maintenue en vie par des transfusions répétées pendant plus de deux mois. Elle put être opérée. L'opération fut menée à bien ; malheureusement, l'action des transfusions s'épuisant à la longue, elle succomba aux progrès de la cachexie.

Un jeune garçon qui présente un abcès putride du poumon est traité précocement par la sérothérapie et par la transfusion ; il guérit.

Une fillette entrée à l'hôpital, pour une angine diphtérique, et successivement atteinte de varicelle, de coqueluche intriquée avec une rougeole, fait une pleurésie purulente, puis un

(1) On trouvera les éléments bibliographiques sur la question des traitements des cholécystites aiguës dans la thèse de Girard. Paris, 1937.

(2) Conférence faite à la Clinique médicale infantile de l'Hôpital des Enfants-Malades, le mardi 6 avril 1937.



LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Traitement de la crise d'asthme

Je distinguerai ce traitement en préventif et curatif. Par traitement préventif, à long ou à court terme, je n'envisage aucunement le traitement de fond qui vise à guérir ou du moins à atténuer la maladie asthmatique elle-même. Il est bien entendu que ce dernier objectif est désirable au premier chef et que ne pas l'envisager serait d'un déplorable médecin. A ce traitement de fond, je consacrerai un article ultérieur.

A. *La prévention.* — Elle peut être, disais-je, à long ou à court terme. Je m'explique : certains asthmes reconnaissent une cause déclenchante évidente, ou tout au moins que l'on a pu déterminer par l'interrogatoire, par différentes méthodes cliniques ou biologiques ; de ces asthmes dont on connaît la cause provocatrice immédiate on peut supprimer (au moins pour un temps), ou diminuer de fréquence, les crises, par la suppression du contact, qu'il s'agisse d' « allergènes » de maison ou de climat, selon la terminologie de Storm Van Leuwen, qu'il s'agisse d'asthmes d'inhalation ou d'ingestion. On peut leur opposer les thérapeutiques dites de désensibilisation qui ne sont guère en réalité que d'accoutumance (Pasteur Vallery-Radot). A ces thérapeutiques de désensibilisation, dont la médecine actuelle use et abuse, nous avons consacré une consultation spéciale. On voudra bien s'y reporter.

On peut enfin, sans que ceci soit à proprement parler un traitement de fond ou tout au moins un traitement d'effet profond et durable, modifier dans le sens reconnu désirable la réserve alcaline (Pasteur Vallery-Radot est revenu tout récemment sur ces faits), renforcer le tonus sympathique et abaisser celui du vague, calmer d'une façon générale les susceptibilités neuro-psychiques du sujet.

Ainsi, de nombreux asthmatiques se trouvent bien de demeurer fidèles à la prise habituelle, ou tout au moins par longues séries, des pilules de belladone formulées par Trousseau :

Extrait de belladone....................	ââ un centigramme
Poudre de racine de belladone,..........	

F. S. A., une pilule n° 0.

On les prescrit habituellement au moment du coucher, surtout s'il s'agit d'asthme nocturne ou matutinal. Suivant besoin ou en peut donner de une à quatre.

Suivant l'horaire de l'asthme, on peut changer l'horaire de la prise ou répartir les pilules en plusieurs prises. On peut également substituer l'atropine à la belladone, sous forme de granules à un milligramme.

De remarquables résultats (Pagniez, Vincent et récemment Jacquelin) ont pu être observés par l'emploi des barbituriques, en particulier du gardénal, à doses suffisantes mais d'ailleurs variables avec chaque sujet. Par exemple, on pourra donner deux à quatre comprimés à cinq centigrammes dans la journée et un comprimé à dix centigrammes le soir. Une pratique excellente consiste encore à donner un ou deux comprimés à un centigramme toutes les heures.

Il est souvent heureux d'associer les solanées vireuses (belladone, jusquiame) aux barbituriques (gardénal, isonal, sonéryl, rutonal). Il existe de telles associations en spécialité et, par ailleurs, il est bien facile de les prescrire en cachets ou pilules magistrales.

La teinture de lobélie (deux fois X à XX gouttes), les xanthiques, les bromures, les iodures, les arsenicaux, séparément ou en association, retiennent l'attention de nombreux thérapeutes et de quelques malades.

En principe, il vaut mieux ne pas faire de polypharmacie. Cependant, après avoir tâtonné un peu et m'être assuré que les divers constituants en étaient bien tolérés, il m'est arrivé souvent de prescrire les cachets suivants et d'obtenir (dans des asthmes à paroxysmes, il est vrai, bénins), de remarquables résultats, voire des guérisons apparentes, de cette « auxothérapie » :

Méthyl-éthyl-phényl-malonyl-urée..	0,03 cent.
Valérianate de caféine..............	0,06
Théobromine.....................	0,20
Extrait de lobélie..................	ââ un demi-centigramme
Chlorhydrate d'éphédrine naturelle.	
Extrait de belladone................	
Extrait de jasmin de Virginie........	
Phosphate de codéine..............	un centigramme

pour un cachet n° 0000.

En prendre un aux heures suivantes : 8 heures, 10 heures, 15 heures, 18 heures, 21 heures, soit cinq par jour.

La prévention à court terme, elle est bien connue de la plupart des asthmatiques. Elle est généralement très personnelle, et parfois originale au point que (comme toujours quand il s'agit des « fantaisies thérapeutiques » de l'asthme, selon que disait Trousseau), on ne peut s'empêcher d'évoquer, une part psychique importante. Il ne s'agit sans doute d'ailleurs souvent que de ces réflexes conditionnés dont nous devons à Pawlow la précieuse notion. Trousseau aspirait quelques bouffées de son cigare. Nos malades sont fidèles, qui aux diverses cigarettes anti-asthmatiques du commerce, qui aux pulvérisations, qui aux fumigations de papier nitré ou de poudres de datura (dont l'usage est plus que centenaire). Tout ceci ne va guère que pour les petites crises. De même d'ailleurs l'éphédrine dont l'action est certaine, mais modeste. On la donne habituellement, par doses réfractées, à raison de quinze, à vingt centigrammes par jour, après avoir tâté la susceptibilité du sujet.

B. *Le traitement de la crise déclenchée.* — Les petits moyens sus-indiqués ont tous été employés. Ils ont échoué. La crise est déclenchée : le médicament type en est l'adrénaline. On injecte sous la peau un demi à un milligramme de chlorhydrate d'adrénaline, soit seul, soit associé au post-hypophyse, ou à la papavérine. Il existe, on le sait, dans le commerce, de telles associations, très connues, et de vieille renommée. De même en ce qui concerne l'extrait surrénal total que préfèrent certains malades.

L'adrénaline est un parfait médicament des crises moyennes. Mais son usage ne présente pas que des avantages, surtout si les paroxysmes se répètent et qu'on est obligé de le renouveler souvent (les malades ont d'ailleurs généralement tendance à en abuser à la moindre alerte). Certes, la tension n'est pas modifiée, mais, à la longue, tout se passe « comme si l'adrénaline, en jugulant momentanément la crise, ne faisait plus qu'exaspérer le déséquilibre vago-sympathique » (Pagniez), en sorte que les périodes de sédation deviennent de plus en plus courtes et que les crises prennent une acuité plus grande.

Enfin peut s'installer avec le temps, un certain état de besoin (adrénalinomanie).

Le sulfate d'atropine, en injection sous-cutanée, peut être employé. Je le trouve inférieur dans l'ensemble à l'adrénaline et son emploi présente quelques inconvénients non négligeables.

Une crise intense peut nécessiter l'emploi de la morphine, soit seule, soit associée à la scopolamine, à l'atropine, à la papavérine. Il faut ne recourir à la morphine que la main forcée et en dernier ressort. Souvent la dionine injectable rendra les mêmes services à moindres frais.

D'ailleurs, les crises assez fortes, ou assez durables et tenaces, pour faire envisager l'usage des opiacés entrent dans le cadre des asthmes sévères où se réalise en quelque sorte un « état de mal ». A la thérapeutique de cet état de mal asthmatique nous consacrerons une prochaine consultation.

Dr Marcel PERRAULT,
Chef de Clinique à la Faculté.

pneumothorax, et reçoit pendant plus de quatre mois de petites transfusions sanguines répétées de 80 c. c., totalisant près de deux litres de sang ; elle finit par guérir. La transfusion fut incontestablement l'auxiliaire précieux de cette guérison. Je pourrais multiplier les exemples.

Dans les *anémies de l'enfance*, dont il existe de nombreuses variétés, la transfusion est fréquemment indiquée, et donne souvent de très beaux résultats.

Dans les anémies légères, les médications anti-anémiques habituelles, l'hygiène générale, le grand air, l'altitude, suffisent le plus souvent à ramener le nombre des globules rouges à la normale. En principe, pour que l'on soit amené à employer la transfusion dans les anémies de l'enfance, il faut ou qu'elles soient très importantes et que la diminution du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine fassent redouter des accidents d'anoxhémie, ou qu'elles résistent aux méthodes de traitement habituelles, ou que la formule sanguine montre de l'hypopolynucléose et des signes de régénérescence faibles ou nuls, ou encore que l'anémie s'accompagne de fragilité globulaire, ou qu'elles présente et prenne les caractères d'une anémie pernicieuse.

Dans les *anémies aiguës fébriles de l'enfance* (1), la transfusion sanguine donne de véritables résurrections.

Dans les *leucémies aiguës*, la transfusion du sang ne saurait amener la guérison ; elle paraît cependant apporter dans certains cas des rémissions appréciables et empêcher une déglobulisation trop rapide des malades : dans les *leucémies chroniques*, myéloïdes et lymphoïdes, elle est un utile appoint aux méthodes thérapeutiques habituellement employées.

Dans l'*hémophilie*, dans l'*hémogénie*, dans la *lymphogranulomatose*, dans les *purpuras*, dans l'*agranulocytose* et les *syndromes agranulocytaires*, la transfusion du sang présente de fréquentes indications, sur lesquelles je ne puis m'étendre ici (2).

Les intoxications, et en particulier, celles dues aux brûlures graves et étendues, si fréquentes dans l'enfance, constituent une indication de la transfusion.

* * *

L'on a beaucoup discuté des doses de sang à utiliser dans l'enfance.

Dans la petite enfance, chez les nourrissons, la dose habituelle est de 10 à 30 c. c. de sang par kilogramme de poids. Certains médecins, et en particulier les Américains, utilisent des doses beaucoup plus importantes et vont jusqu'à 150 grammes par kilogramme de poids. Il est certain que, par rapport à l'adulte, de tous jeunes bébés supportent bien des quantités importantes de sang. Une observation que j'ai rapportée au Premier Congrès international de la transfusion (3) du sang est très démonstrative à cet égard.

Un bébé athrepsique de deux mois reçoit une série de transfusions du sang. En quatre fois, à huit jours d'intervalle, il reçoit 435 grammes de sang. Trois des transfusions qui ont été faites sont importantes (100 et 115 c. c.) pour un bébé dont le poids est de 2 kgr. 940.

En effet, si l'on considère ce poids, on voit que de telles transfusions, pour un adulte du poids moyen de 60 kilos, équivaudront à des transfusions de près de trois litres, dose que l'on utilise que dans les très grandes hémorragies.

La tolérance fut parfaite ; et cet enfant est actuellement en vie.

Quoi qu'il en soit, en pratique on utilise le plus souvent des doses moindres. Une notion de suffisance de dose est donnée par la coloration rose de la face ; la cyanose ne doit jamais être atteinte.

Dans la moyenne enfance, les doses de sang à utiliser sont en rapport avec le poids de l'enfant, et surtout avec l'effet que l'on veut obtenir de la transfusion. Celle-ci peut être *substitutive*, c'est-à-dire viser à remplacer le sang perdu, auquel cas, on utilise de fortes doses que l'on répète tant que persiste l'hémorragie. Elle peut être faite dans un but *hémostatique* ou pour stimuler l'*hématopoïèse*, auquel cas, on utilise habituellement de petites doses que l'on répète.

* * *

On peut se servir, chez l'enfant comme chez l'adulte, des appareillages modernes qui permettent de réaliser la transfusion du sang pur ; chez le nourrisson, il est souvent plus pratique de recourir à l'injection du sang citraté recueilli dans une banale seringue en verre.

Chez les jeunes enfants, l'intervention, du fait de la difficulté à trouver des veines accessibles au niveau du pli du coude, est plus délicate que chez l'adulte.

En pratique, on cherchera toujours chez l'enfant, quel que soit son âge, à transfuser au niveau du pli du coude. Il m'est arrivé de transfuser très facilement au pli du coude, et sans dénudation des veines, par simple ponction de jeunes athrepsiques chez lesquels la disparition de la graisse sous-cutanée au niveau du pli du coude rendait les veines parfaitement saillantes.

Toutefois, si l'intervention n'est pas possible à ce niveau, on utilise soit la voie du sinus longitudinal supérieur, soit celle de la veine jugulaire externe.

Ce qui est important, ce n'est pas d'utiliser telle ou telle voie, mais de réussir la transfusion lorsque les circonstances exigent sa prompte exécution.

Donc, si celle-ci ne peut être faite dans une veine superficielle, on utilisera la *veine jugulaire* externe. Il suffit de se rappeler son trajet pour la ponctionner sans crainte. Elle part de l'angle de la mâchoire et se dirige vers la partie moyenne de la clavicule, croisant la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; elle est superficielle dans un grande partie de son trajet. Après avoir croisé ce muscle, elle traverse l'aponévrose cervicale superficielle, puis la moyenne, et se termine dans le tronc de la sous-clavière, un peu en dehors du point d'abouchement de la veine jugulaire interne.

Il faut l'aborder de haut en bas, ce qui est difficile étant donné la dépression du cou et la saillie du menton, et il faut reconnaître que cette ponction veineuse est assez incommode ; toutefois, en règle générale, lorsque l'on comprime la veine l'on peut introduire un trocart à son intérieur.

Pour aborder le *sinus longitudinal supérieur*, on pique à l'angle postérieur de la grande fontanelle rigoureusement sur la ligne médiane et l'on dirige l'aiguille le plus obliquement possible. On traverse successivement les téguments, l'aponévrose, l'espace virtuel sous-aponévrotique, le périoste, la dure-mère, et l'on arrive au sinus. Le sang vient spontanément sourdre par l'aiguille.

Le gros écueil de cette technique est qu'au cours de l'opération, l'enfant peut remuer, l'aiguille sortir du sinus et que l'on risque d'injecter le sang dans le cerveau ou les espaces sous-arachnoïdiens.

Il ne faut donc jamais injecter de sang avant d'avoir la certitude que l'on est toujours bien dans le sinus.

Ces difficultés de technique mises à part, la transfusion du sang s'effectue chez l'enfant comme chez l'adulte.

* * *

En pratique, grâce à l'organisation actuelle de la transfusion sanguine dans les grands centres et aux travaux parus dans ces dernières années, les accidents de la transfusion du sang sont exceptionnels.

Chez l'enfant, à part quelques accidents qui lui sont propres du fait de technique spéciales (surcharge aiguë du cœur droit, injections dans le cerveau ou dans les espaces sous-

(1) NOBÉCOURT et R. LIÈGE. — Anémie aiguë grave au cours d'une infection indéterminée. Guérison par transfusion sanguine. (Société de Pédiatrie de Paris, 10 janvier 1934).
TIXIER, R. LIÈGE et DUCAS. — Anémie aiguë fébrile de l'enfance. Communication au Premier Congrès international de la transfuion du sang. Rome, septembre 1935.

(2) LIÈGE. — Transfusion et immuno-transfusion en pratique médicale. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un vol., Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1934.

(3) R. LIÈGE. — Athrepsie et transfusion du sang. Communication au Premier Congrès international de la transfusion du sang, Rome, 26-29 septembre 1935.

arachnoïdiens), mais qui sont en pratique exceptionnels, les accidents sont les mêmes que chez l'adulte.

Les accidents d'incompatibilité sanguine, la transmission de maladies infectieuses (syphilis, paludisme), doivent être évités. Seuls persistent les accidents de choc, en général peu graves, mais toujours imprévisibles, dépendant non pas de l'appareillage de la technique, comme le croient certains auteurs, mais surtout et avant tout, du malade — du terrain — de la maladie en cause.

En règle général, utile en maintes circonstances bien que souvent plus difficile à pratiquer chez l'enfant que chez l'adulte, la transfusion du sang, si elle ne doit pas donner lieu à des abus, à des engouements excessifs, ne doit pas non plus, comme elle l'est encore trop souvent, être considérée comme la thérapeutique héroïque de la dernière heure.

Convenablement maniée, elle donne à ceux qui la pratiquent chez l'enfant plus de joies et de succès que d'échecs.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

CHIRURGIE

La maladie post-opératoire et les moyens propres à la résoudre

En demeurant aseptique, en ne commettant aucun manquement aux lois de sa technique, l'acte chirurgical peut être dangereux. Il peut tuer. Des observations accumulées ont montré, dit M. Leriche (*Journ. int. de chirurgie*, mai-juin 1937) que nous devons compter avec la vie des tissus. Le moindre de nos gestes thérapeutiques a des conséquences biologiques importantes, provoque des phénomènes chimiques complexes, des déséquilibres osmotiques, des mouvements leucocytaires, des actions vaso-motrices, dont l'ensemble crée une véritable maladie, la maladie post-opératoire, le plus souvent cliniquement inapparente sous le masque des suites normales, mais toujours réelle, parfois grave, quelquefois mortelle.

La maladie post-opératoire est essentiellement une maladie d'origine traumatique, nerveuse dans son mécanisme. La clef en est donnée par l'étude des réactions vaso-motrices qui se font dès le début même de l'acte opératoire et dans le décours de celui-ci. Elle est essentiellement déterminée par des réflexes vaso-moteurs partis de la plaie.

Le shock en est la forme suraiguë.

L'inconfort ordinaire de l'opéré avec ses multiples manifestations cliniques (douleur, soif, rétention d'urine, etc.) en est la seconde forme. D'habitude passagère et spontanément curable, elle peut être aggravée par l'apparition de complications qui sont dans la ligne directe des troubles déclenchés par les réflexes d'origine traumatique sur les divers appareils :

Ainsi, le collapsus pulmonaire est l'exagération de la rétraction des bords pulmonaires, visible à la radiographie, qui se fait sur la table d'opération. Ce collapsus et la diminution de la capacité respiratoire préparent le terrain aux complications d'ordre infectieux.

Ainsi les modifications sanguines commençant normalement pendant l'opération, avec la crise des hématoblastes, peuvent conduire à la thrombose et à la phlébite, etc...

La troisième forme est l'état toxique cliniquement secondaire, mais correspondant en fait à des modifications humorales précoces. Elle débute de bonne heure, mais cliniquement ne se traduit que secondairement : elle est due en premier lieu aux destructions anatomiques locales, mais plus encore probablement à des lyses protéiques à distance déclenchées par des réflexes végétatifs.

Dès lors, la prophylaxie de la maladie post-opératoire est aisément réalisable.

Le premier élément de cette prophylaxie est la douceur opératoire. Il faut chercher à faire une opération atraumatique.

Le second est l'emploi de l'anesthésie locale, dont M. Leriche étudie les effets heureux, avec une statistique de 19.560 anesthésies.

Le troisième est le souci constant de l'hémostase : toute perte de sang facilite l'apparition de réflexes vaso-constrictifs et de shock. Il faut être très ménager du sang.

Le quatrième est la transfusion rééquilibrante après les opérations graves (gastrectomie, colectomie, thyroïdectomie pour basedowisme, ablation de tumeur cérébrale), même en l'absence de toute perte sanguine.

Enfin, l'emploi des rayons infra-rouges, qui produisent une hyperhémie locale et diminuent peut-être l'absorption des protéines.

M. Leriche est, par ailleurs, d'avis que la maladie post-opératoire, ordinairement décrite, est seulement celle des opérations abdominales.

En fait, le type de la maladie post-opératoire est fonction de la physiologie des tissus, sur lesquels porte l'opération ; il y a une maladie post-opératoire des opérations sur le cerveau, une des opérations osseuses, une des opérations articulaires, comme il y a celle des opérations abdominales.

La réussite d'une opération réclame un certain équilibre de la vie végétative. Nos succès exigent une collaboration des tissus. Cette collaboration se refuse à nous, si l'équilibre de la vie végétative est détruit par le traumatisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1937

Hémorragies intracraniennes traumatiques. — *M. Auvray* communique deux observations de *MM. Pervès* et *Badelon* concernant des cas de compression cérébrale par rupture traumatique d'affluents du sinus latéral, veine émissaire mastoïdienne et veine cérébrale postérieure. Cliniquement ces ruptures rares n'entraînent pas de syndrome particulier reconnaissable mais simplement le syndrome général des compressions cérébrales par hématomes.

Un point spécial de technique cependant : si on ne peut pas lier directement le vaisseau lésé, on peut tenter de lier le sinus de part et d'autre de la veine cérébrale rompue.

Radiographie et occlusion intestinale aiguë. — *MM. Sicard* et *Malgras* ont eu l'occasion d'observer un malade atteint de volvulus du cœcum qui présentait à la radiographie un énorme ballon hydroaérique étendu d'un flanc à l'autre. Puis avant l'opération le volvulus s'étant perforé, ils purent constater radiographiquement le dégonflement du cœcum et l'existence d'un pneumo-péritoine. Le diagnostic est confirmé à l'intervention.

M. Moulonguet (rapporteur) résume les connaissances acquises sur la radiographie sans réparation dans les occlusions. Une image est typique, ce sont les aspects hydro-aériques multiples de l'occlusion du grêle, plus précoces que les signes fonctionnels ou généraux. Les images d'occlusion colique sont moins nettes que les précédentes ; plus volumineuses elles sont continues ou subcontinues, alors que les images hydroaériques données par le grêle sont discontinues.

Enfin à côté du diagnostic d'occlusion, la radio permet le départ de ce qui est crises pseudo-occlusives.

Fibrome du mésentère. — *M. Braine* communique un travail de *M. Bota Popovitch* (Belgrade) qui a trait à l'ablation d'un fibrome du mésentère situé très près de la racine de celui-ci et dont l'énucléation ne put être faite qu'au prix d'une résection intestinale étendue.

M. Braine rappelle les discussions classiques sur l'utilité d'une résection intestinale complémentaire et les inconvénients que l'énucléation simple peut faire subir à l'innervation intestinale.

M. Mocquot préconise de pratiquer d'abord l'énucléation


SÉDOSINE
SÉDATIF DU SYSTÊME NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE (Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE (Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets | Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

car à la suite de celle-ci on peut s'apercevoir que le territoire d'intestin à enlever n'est pas exactement celui qui semble devoir être atteint à priori.

Pâleur hyperthermie. — *M. Hustin* (Bruxelles) a fait pendant les opérations chirurgicales des examens d'où il peut conclure qu'elles sont en général suivies d'un syndrome de vaso-constriction avec hyperthermie. Cette vaso-constriction est plus ou moins étendue et prédomine souvent en certains segments des membres. En règle ce syndrome est suivi d'une détente rapide mais dans certains cas la température remonte après l'accalmie, la vaso-constriction réapparaît et on peut voir des formes qui s'apparentent au syndrome d'Ombredanne.

Appendicite aiguë. — *M. Georges Leclerc* (Dijon) est aussi d'avis que quelle que soit l'ancienneté d'une appendicite, tant qu'il n'y a pas de plastron, il faut opérer. Le plastron stabilisé constitue la seule contre-indication formelle.

La voie artérielle dans le traitement du tétanos. — *M. de Fourmestreaux* (Chartres) a eu l'occasion d'utiliser la voie carotidienne dans l'injection du sérum antitétanique avec deux morts et un succès. Il y a là une méthode intéressante qui, appliquée plus précocement, pourrait rendre des services.

M. L. Bazy insiste à nouveau sur la nécessité des injections préventives de vaccin et sur les dangers de la sérothérapie répétée.

Election d'un membre associé parisien. — *M. Douay* est élu membre associé parisien.

Séance du 28 avril 1937

Appendicite aiguë. — *M. Okinczyc* apporte une statistique de 1.314 appendicites. Il obéit en règle à la loi de l'appendicectomie d'urgence. Cependant, l'auteur rappelle la possibilité des erreurs de diagnostic au début, et le très grand danger qu'il y a à opérer des appendicites avec plastron. Certaines formes, en particulier les formes occlusives d'emblée, donnent lieu à une mortalité très importante quel que soit le moment de l'opération. En somme après un certain temps, il vaut mieux apprécier exactement l'état des lésions que d'opérer d'urgence. L'intervention retardée quand elle est possible dans des cas tardifs est moins grevée de mortalité. Sauf les cas où l'apparition des signes impose l'appendicectomie d'urgence, c'est le taux de la polynucléose qui fixe la date de l'opération dans les cas d'intervention secondaire. Si la polynucléose est normale, l'intervention peut être immédiate. Sinon elle sera utilement retardée. Quand il s'agit d'appendicites subaiguës, il y a souvent intérêt à apprécier aussi la formule sanguine et les moyens de résistance du malade avant de pratiquer l'intervention. L'auteur en apporte 230 cas sans mortalité.

Syndrome hyperthermique. — *M. J. Okinczyc* a observé chez une jeune femme une grossesse ectopique rompue. Il fait une castration unilatérale. Après l'opération 1.500 c. c. de sérum physiologique. Le lendemain température élevée. A nouveau sérum physiologique. Le lendemain encore même état et même thérapeutique. Cependant l'état s'aggrave surtout après l'injection de sérum. Celui-ci semblant à la base des accidents, suppression du sérum et en deux jours guérison sans incidents. Dans une deuxième observation, mêmes constatations : castration pour hémato-salpinx, inconvénients apparents de l'injection de sérum avec toujours même aspect chez la malade de pâleur apparente, et rétrocession après l'arrêt des injections de sérum. L'auteur pense qu'il s'agit d'une véritable sensibilisation au sérum chez des malades en état de déséquilibre humoral physiologique après des hémorragies importantes. L'apport massif de sérum thérapeutique a peut-être créé dans certains territoires un véritable œdème expérimental responsable des accidents.

M. J. Quénu pense aussi que le sérum physiologique fait sans indications très précises peut parfois être nocif dans les suites opératoires.

M. Folliasson (Grenoble) a observé chez une jeune femme de 37 ans qu'il avait opérée d'un important fibrome utérin et à laquelle il avait en outre fait un dégraissage de la paroi abdominale, l'apparition d'un état progressif de pâleur et d'hyperthermie entraînant la mort le soir de l'intervention. Il ne fut pas fait d'autopsie. Cette observation, étiquetée pâleur-hyperthermie chez l'adulte, n'entraîne pas la conviction. (Rapport de M. Quénu.)

Tumeur d'un pancréas accessoire. — *M. Meyer-May* (Hanoï) a observé chez une femme une tumeur kystique péri-ombilicale qui paraissait d'origine pancréatique. A l'intervention on découvrit un énorme kyste à contenu brunâtre occupant le siège habituel des kystes pancréatiques. Mais le décollement de la masse kystique montra quelle possédait un pédicule gastrique qui obligea à une résection gastrique partielle. L'examen de la pièce au niveau de la zone d'implantation gastrique révéla une ulcération dont les bords avaient l'aspect d'un épithélioma Langerhansien. Il s'est agi en somme d'un pancréas accessoire intragastrique avec développement d'un kyste en voie de dégénérescence. Cependant il est curieux que le pancréas accessoire en question ne se soit manifeste que par des îlots endocrines. On peut donc supposer qu'il s'est agi aussi d'une tumeur métaplasique à type d'adénome endocrine. (Rapport de M. Petit-Dutaillis.)

Abcès de la rate. — *M. Meyer-May* a eu l'occasion de découvrir au cours d'un syndrome de péritonite par perforation, un abcès de la rate à staphylocoque ouvert dans la grande cavité péritoneale. Il lui semble d'autre part que le paludisme constitue au niveau de la rate un point d'appel à la localisation d'une infection générale. Enfin l'auteur a relevé un certain nombre (25) d'exemples semblables de rupture péritonéale d'un abcès splénique. (Rapport de M. Petit-Dutaillis.)

Complications septiques de l'avortement provoqué. — *M. Petit-Dutaillis* rapporte deux observations de *M. Boudreaux*. La première concerne une masse faisant corps avec la corne utérine, cette masse était un abcès interstitiel de l'utérus.

A l'examen de la pièce on remarquait aisément la perforation utérine communiquant avec la poche de l'abcès. Le deuxième cas a trait à une gangrène gazeuse généralisée consécutive probablement à une gangrène utérine. D'après l'observation il est possible qu'il se soit agi d'une gangrène gazeuse à foyers multiples d'ordre métastatique à point de départ utérin.

M. Banzet a observé chez une avortée une perforation utérine. La laparatomie a montré entre vessie et utérus un épanchement putride sous-péritonéal. Celui-ci est peut-être dans certains cas à l'origine d'infiltration gangréneuse du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cancer ano-rectal et cancer gastrique. — *M. Louis Michon* a observé chez une malade une tumeur bénigne de la fourchette (1929). En août 1932 néoplasme anal évident à type d'épithélioma cylindrique. Anus iliaque gauche, puis ablation périnéale de la tumeur.

En 1936, pas de récidive ano-vulvaire, mais amaigrissement de la malade et quelques troubles douloureux épigastriques. L'examen radiographique décèle un néoplasme gastrique. La laparotomie montre une volumineuse tumeur gastrique adhérente au côlon transverse mais qui put cependant être enlevée avec un segment du côlon transverse en deux temps. A propos de cette observation l'auteur insiste sur la nécessité de faire les deux temps de l'exérèse très rapprochés l'un de l'autre.

A la suite de cette communication, s'ouvre une courte discussion où il est parlé de la gastro entérostomie antérieure. *MM. Métivet* et *Richard* ont eu quelquefois d'heureux résultats de cette intervention cependant théoriquement condamnable.

Séance du 5 mai 1937

Appareil pour enclouage du col du fémur. — *M. Mathieu* rapporte un travail de *M. Vals* (Buenos-Ayres). Cet appareil comporte un dispositif fiché dans la tête fémorale mais il lui manque le parallélogramme déformable de l'appareil de Brocq et Dulot. Son emploi ne présente donc pas d'avantages sur les méthedes actuellement utilisées.

Les enchevillements dans les fractures diaphysaires. — *M. Lafitte* (Niort) apporte des observations où il a employé des chevilles d'os purum dans le traitement de certaines fractures (plateaux tibiaux, fémurs, radius) avec des résultats remarquables et rapides. La cheville d'os purum qu'il utilise est cannelée et quand elle dépasse 6 cm. perforée. Elle paraît se résorber comme une greffe osseuse ordinaire. L'auteur insiste sur la nécessité d'une immobilisation plâtrée prolongée

et sur l'obligation de fixer la greffe d'une manière parfaite. Des coupes histologiques lui ont montré que avec l'os purum comme d'ailleurs avec des greffes autogènes, si le rôle de tuteur est parfait, le rôle ostéogénique et le pouvoir de réhabitation sont minimes.

M. Mathieu pense que la méthode des enchevillements centraux donne de nombreux succès. Il a utilisé les transplants centraux d'os purum et il estime aussi que le rôle de tuteur est leur fonction principale. Il est de toute nécessité d'immobiliser d'une manière absolue jusqu'à consolidation complète surtout lorsqu'on intervient pour une pseudarthrose. Albee a immobilisé jusqu'à dix-huit mois.

M. Huet a traité avec succès trois cas de pseudarthrose par des enchevillements centraux à l'aide de greffons autogènes extemporanément prélevés.

M. Sorrel se demande si l'os purum n'est pas supérieur aux transplants autogènes.

Chirurgie endo-vésicale et haute fréquence. — *M. Heitz-Boyer* montre tout l'intérêt de la haute fréquence dans la chirurgie vésicale. Mais cette méthode impose de la prudence et un grand jour sur les lésions. Il faut donc une voie d'abord large de la vessie. Pour le faire il propose de fixer l'écarteur de Gosset à la peau par des fils, et d'ourler la vessie à la peau. Ensuite il enlève la tumeur en utilisant les variantes de la haute fréquence, coagulantes, coupantes et coagulantes suivant qu'on peut couper les pédicules ou assécher les branches artérielles. Deux films illustrent cette communication, l'un concerne l'ablation de tumeurs bénignes, l'autre l'ablation de néoplasmes.

D'autres applications de la haute fréquence sont possibles : étincelage sur les lésions tuberculeuses vésicales, chirurgie des diverticules vésicaux, fistules vésico-vaginales.

A propos de l'iléus biliaire. — *MM. Huet, Delafontaine Porcher* apportent l'observation d'une femme de 72 ans, obèse qui fit d'abord un plastron sous-hépatique et épigastrique puis présenta des douleurs vives sous-hépatiques qui cédèrent rapidement. Il n'y avait à l'examen aucun signe abdominal. Le troisième jour survinrent des vomissements fécaloïdes. Pensant à une occlusion, on fit ingérer à la malade 10 c. c. de collothor dissous dans 30 c. c. d'eau. La radio montra alors l'injection du duodénum puis de 80 c. m. de grêle. A cet endroit un arrêt brusque de l'image opaque traduisait l'existence et le siège du calcul, ce qui fut vérifié par l'entérotomie.

Ce moyen de diagnostic est donc des plus intéressants puisqu'il évite des explorations prolongées et shockantes.

M. Mondor insiste sur l'intérêt qu'il y a à confier ces malades à un bon radiologiste.

Assez souvent les sujets atteints d'iléus biliaire ont une urée sanguine et une glycémie élevées, ce qui bien entendu ne constitue pas une contre-indication à l'opération

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1937

Gangrène diabétique et tétanos. — *MM. R. Boulin, P. Uhry* et *Charousset* relatent une observation de gangrène diabétique remarquable par la survenue de tétanos. Des soins locaux (pulvérisations) associés au traitement du diabète (régime et insuline) et à la thérapeutique habituelle du tétanos (sérothérapie, anesthésie, anatoxine) entraînèrent la guérison.

Les auteurs insistent sur la rareté de cette association (7 cas dans la littérature) et sur son extrême gravité habituelle (toutes les observations connues sauf celle rapportée par les auteurs se sont terminées tragiquement par la mort). Ils soulignent l'absence de tout retentissement du tétanos sur le diabète.

M. Paraf a observé un cas et a eu connaissance de deux autres cas de gangrène diabétique compliquée de tétanos qui se sont tous terminés par la mort.

Cancer métastatique du poumon. — *MM. P. Jacob* et *Piton* présentent l'observation d'un malade qui, au cours de l'évolution d'une pleurésie gauche à allure de pleurésie chronique avec formule cytologique lymphocytaire, a présenté un état démentiel faisant penser à une paralysie générale, une crise comitiale, puis un ictère chronique par obstruction, enfin des adénopathies multiples et des nodules sous-cutanés abdominaux et thoraciques que la biopsie a montré être des nodules épithéliomateux. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer du poumon à localisation hilaire avec métastases dans tous les organes, dans le pancréas envahi d'une façon massive d'où l'ictère et, en particulier, dans le cerveau criblé de très petites métastases, protubérentielles, corticales allant des dimensions d'un gros pois à celles d'une petite tête d'épingle.

Les auteurs insistent sur la valeur diagnostique d'une image d'opacité homogène d'un hémithorax due à un épanchement pleural, associée à une attraction du médiastin et de la trachée du côté de l'épanchement relevant d'une atélectasie pulmonaire. Cette association d'épanchement pleural et d'atélectasie a été observée chez un autre malade chez qui l'évolution a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer du poumon.

M. Monier-Vinard relate un cas de cancer du poumon latent s'étant révélé par une paraplégie. Il rappelle la très grande fréquence des métastases nerveuses (30 cas sur 140 cancers latents).

M. Kindberg insiste sur la précocité des métastases dans le cancer du poumon latent. Il rapporte un cas dans lequel l'existence d'une grosse rate associée à la présence de deux ganglions cervicaux fit pratiquer une biopsie d'un de ces ganglions ; l'examen révéla une métastase d'un cancer bronchique absolument latent, tant du point de vue clinique que du point de vue radiologique. La tumeur pulmonaire n'apparut que trois mois après.

Encéphalite de groupement symptomatique anormal. — *MM. Loeper, Lemaire, L. Roy* et *Mme Lœwe-Lyon* rapportent l'observation d'une malade ayant présenté d'abord une hémiplégie gauche progressive à prédominance crurale ayant fait poser le diagnostic d'artérite syphilitique qui se trouva infirmé par la négativité des examens de laboratoire ; puis s'installa une névrite optique rétro-bulbaire gauche ; enfin apparurent successivement d'une part un syndrome méningé typique qui régressa en même temps que l'hémiplégie évoluait vers la spasticité, d'autre part quelques signes de la série pallidale (hypertoine, exagération des réflexes de posture, facies figé). L'apparition terminale de signes bulbaires entraîna la mort par syncope.

Les auteurs discutent le diagnostic de sclérose en plaques et concluent à une encéphalite de groupement symptomatique anormal.

L'intoxication par le bromure de méthyle. — *MM. Duvoir, René Fabre* et *E. Layani*, à propos de plusieurs cas personnels ou inédits, reprennent l'étude clinique, anatomo-pathologique, toxicologique et expérimentale de l'intoxication par le bromure de méthyle, actuellement utilisé en grand comme extincteur d'incendie. En raison de l'allure aiguë, fluxionnaire, des troubles observés et de leur régression totale dans les cas favorables d'une part, des caractères des lésions anatomiques d'autre part, les auteurs invoquent à l'origine des accidents aigus, la constitution d'un œdème viscéral plus ou moins généralisé d'origine vaso motrice.

Septicémie à pneumobacilles de Friedlander. Mort avec azotémie survenue à la suite d'injections de gonacrine. — *MM. Guy Laroche* et *H. Brochard* rapportent une observation de septicemie pure à bacilles de Friedlander, ayant évolué pendant 33 jours sans localisations cliniques et marquée par l'intensité et la fréquence des frissons. Devant l'état très grave de cette infection et l'absence de toute insuffisance rénale cliniquement décelable, ils ont pratiqué cinq injections de 0 gr. 20 de gonacrine qui ont déclenché une azotémie rapidement mortelle.

Septicémie à pneumobacilles avec méningite et pleurésie double. — *MM. Ch. Aubertin* et *Raoul Perrot* rapportent un cas de septicémie à pneumo bacilles ; dans la première phase le tableau clinique fut celui d'une infection intestinale et le diagnostic dothiénentrie avait été posé ; dans une seconde phase, apparut une méningite suppurée et une pleurésie purulente bilatérale. Le pneumo bacille fut trouvé dans le sang et dans les liquides pleuraux et méningés. A signaler l'absence de phénomènes hémorragiques.

Présence d'un bacille paratyphique A dans le sang au cours d'une rougeole. — *MM. A. Lemierre et R. Laplane*, chez une femme atteinte d'une rougeole très benigne survenue pendant la convalescence d'une scarlatine, ont isolé du sang par hémoculture un bacille paratyphique A, le premier jour de la période d'éruption.

Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de ce fait. Le bacille paratyphique A n'est en effet connu que comme

agent d'une infection septicémique humaine évoluant sous l'aspect d'une fièvre typhoïde. On ne le trouve pas à titre de microbe de sortie, à l'encontre des bacilles paratyphiques B, qu'il est assez fréquent d'isoler du sang au cours des infections les plus diverses.

Chez cette rougeoleuse, le bacille paratyphique A s'est bien comporté comme un germe de sortie et son passage transitoire dans la circulation n'a imprimé aucun caractère spécial à la fièvre éruption.

Cependant, il a marqué son empreinte sur l'organisme, car huit jours après l'hémoculture, le sérum de la malade a agglutiné le baccille paratyphique A à 1/150.

Angiospasme cérébral au cours d'une maladie rhumatismale. — *MM. A Germain* et *A. Morvan* relatent l'observation d'une hémiparésie gauche transitoire au cours d'une rechute de maladie rhumatismale ; pas de lésions artérielle pas d'hypertension, dystonie neuro-végétative accentuée à prédominance sympathicotonique, acidose légère. Les auteurs attribuent au terrain un rôle primordial, ne retiennent pas l'action indirecte possible de l'acidose et incriminent le virus ou les toxines de la maladie de Bouillaud comme cause déclanchante de cet angiospasme cérébral.

Crises angineuses à répétion avec hypertension paroxystique et troubles vaso-moteurs. Echecs de nombreux traitements et de deux interventions chirurgicales. Efficacite d'un médicament sympathicolytique de synthèse. — *MM. A. Clerc* et *J. Sterne* présentent une malade atteinte depuis plus de trois ans, de crises douloureuses précordiales extrêmement pénibles accompagnées de poussées hypertensives paroxystique et de troubles vaso-moteurs ; ces crises se succédaient sans répit et rendaient à la malade la vie intolérable ; les traitements les plus variés, y compris deux interventions sur le sympathique cervical, demeurèrent sans résultats ; l'administration quotidienne *per os* d'un benzodioxan (883 F.) continuée depuis septembre 1936 a fait disparaitre les paroxysmes hypertensifs et amené la sédation presque total des douleurs.

Un cas d'érithroblastose amélioré par la radiothérapie, par *M. May*.

Séance du 30 avril 1937

Etude radiokymographique du phénomène de Kienböck. — *MM. P. Thoyer Rozat* et *Jacques Bernard* montrent que l'on confond souvent sous le même nom de phénomène de Kienböck l'élévation inspiratoire du niveau liquide d'un hydropneumothorax et l'élévation inspiratoire d'une coupole diaphragmatique. Dans sa description primitive, Kienböck ne s'occupait que de l'hydropneumothorax. D'après cet auteur, le liquide ne faisait que suivre la coupole diaphragmatique dans son mouvement paradoxal.

M. Rist, à la suite de ses observations radioscopiques nie l'existence d'un mouvement paradoxal de la coupole dans l'hydropneumothorax et note un mouvement pendulaire du médiastin qui se laisse aspirer par l'hémithorax malade. La pénétration de la masse cardio médiastinale dans l'hémithorax rétrécit dans le sens de la largeur les dimensions de l'entonnoir pleural et oblige la colonne liquide à monter.

L'observation radiokymographique apporte la preuve objective de ce mécanisme. L'élévation inspiratoire du diaphragme s'observe dans un grand nombre de syndromes dont la phrénicectomie est le plus connu. Elle s'accompagne d'une diminution de la capacité hémithoracique dans le sens vertical.

L'élévation inspiratoire du niveau liquide dans l'hydropneumothorax et l'élévation paradoxale de la coupole diaphragmatique sont donc deux phénomènes distincts comme étiologie et comme mécanisme.

Un cas de syphilis pulmonaire. — *M Rist* rapporte l'observation d'un homme de 43 ans, subfébrile, présentant de la toux et de l'expectoration chez lequel l'examen radiographique révéla trois foyers de condensation pulmonaire non homogènes, formes de taches et de marbrures, mais sans images cavitaires. Une cure climatique fut conseillée au cours de laquelle de nombreux examens de l'expectoration ne purent mettre en évidence de bacilles de Koch. Seize mois après le début, le malade qui avait suivi un traitement arsenical et hydrargyrique, *per os* était dejà amelioré. Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang se révéla positive et l'on put alors retrouver dans les antécédents la notion d'un chancre induré contracté à l'âge de 18 ans et insuffisamment traité. Un traitement arsenical et bismuthique fut dès lors institué. Il amena très rapidement une amélioration considérable des signes fonctionnels en même temps qu'un éclaircissement des ombres radiologiques. L'examen radioscopique permit de constater la distention inspiratoire du cœur ; ce signe, associé à la baisse inspiratoire de la pression artérielle systolique traduit chez ce malade une sclérose pulmonaire généralisée. L'auteur a déjà insisté sur la valeur de ces deux symptômes pour le diagnostic de sclérose pulmonaire. Il ne parait douteux qu'il s'agisse ici d'un cas de syphilis du poumon, primitivement scléro-gommeuse, ainsi que le montraient les images radiologiques, et évoluant secondairement vers la sclérose bilatérale.

M. Lian rappelle que l'association des signes décrits par M. Rist se retrouve en dehors de la sclérose pulmonaire.

M. Et. Bernard a eu l'occasion d'observer chez un grand scléreux pulmonaire une baisse si intense de la tension artérielle systolique dans l'inspiration que la maxima se confondait à peu près avec la minima ; dans les grandes inspirations, le malade présentait même des tendances syncopales.

M. Béclère insiste sur l'avantage qu'il y a à toujours faire précéder la radiographie du thorax d'un examen radioscopique.

M. Rist reconnaît que la baisse inspiratoire de la tension artérielle systolique n'est que l'exagération d'un phénomène normal ; ce signe ne se rencontre pas seulement dans les scléroses pulmonaires, mais aussi dans certaines affections cardiaques, en particulier dans la tachycardie paroxystique.

Les pneumonies du lobe moyen. — *MM. Ribadeau-Dumas, Gharib* et *Mme Siguier* rappellent que les pneumonies ont été observées fréquemment cet hiver chez le nourrisson. Elles ont souvent adopté une localisation dans le lobe moyen.

Le diagnostic radiologique est facile si, comme cela a été conseillé, la radiographie est faite à la fois dans le sens sagittal et dans le sens frontal. Mais il y a lieu de remarquer que ces images appartiennent également à la tuberculose, à forme pneumonique. L'image triangulaire du hile considérée comme caractéristique de l'adénopathie donne lieu dans la position de profil à une image en bande caractéristique. Qu'elle soit aiguë franche ou tuberculeuse, la localisation pulmonaire est susceptible de donner naissance à des scissurites qui apparaissent ainsi secondaires à des lésions parenchymateuses.

M. Rist pense que dans ces séquelles, il s'agit plus d'une limitation de la lésion parenchymateuse par la scissure que d'une véritable scissurite avec adhérences de la plèvre interlobaire.

Kyste aérien pulmonaire latent. Développement progressif dans le kyste d'une tumeur dense et opaque. Etude radiotomique. — *MM. Pierre Bourgeois, Augé, Thiel* et *Etienne* présentent les radiographies d un malade âgé de 24 ans chez qui un examen radioscopique fortuit a fait découvrir un volumineux kyste aérien lobulé de la base droite. Ce sujet est suivi depuis plus d'un an et l'on a observé le développement progressif d'une masse opaque, arrondie, homogène, située à la partie postéro inférieure du kyste aérien et que les auteurs interpréteraient volontiers comme une tumeur solide benigne.

Les auteurs présentent une étude complète de la localisation en profondeur des diverses parties du kyste, obtenue à la fois par repérage des points remarquables du kyste sur cliché stéréoscopique standarisé (construction schématique) et par radiographie en coupe mince (planigraphie).

Méningo-encéphalite mélitococcique à évolution rapidement mortelle. — *MM. G. Lemaire, Portier* et *Ivan Bertrand*.

Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique chez des mineurs. — *MM. L. Rimbaud, M. Janbon* et *Mlle Labraque Bordenave* (Montpellier) ont observé trois cas de spirochétose ictero-hémorragique chez des mineurs du Gard. La forme clinique fut classique : syndrome fébrile, ictère, réaction méningée, hyperazotemie, séro diagnostic de Martin et Pettit positif.

Ils insistent particulièrement sur l'importance et les caractères de l'élimination urinaire de l'urée qui, certains jours, a évolué chez ces malades entre 60 et 68 grammes par 24 heures.

Ils estiment qu'il y aurait intérêt à étendre le bénéfice de la spirochétose ictéro-hémorragique considérée comme maladie professionnelle aux ouvriers employés dans les mines.

Deux cas atypiques de spirochétose ictéro hémorragique. Formes anictériques (pseudo-grippale et méningo-rénale). — *MM. L. Rimbaud, M. Janbon* et *Mlle Labraque-Bordenave* (Montpellier) rapportent l'observation de deux cas atypiques de spirochétose sans ictère et sans hémorragies.

Le diagnostic fut démontré par le séro-diagnostic de Martin et Pettit fortement positif.

Hypertension juvénile et syphilis camouflée. — *M. Pinard* et *Mlle Corbillon.* — Hypertension à 25-15, aortite chez une femme de 27 ans à sérologie négative ; trois grossesses ont donné trois enfants morts. Les parents de la malade ont eu des manifestations syphilitiques. L'examen de la malade ne révélait rien en faveur du diagnostic de syphilis. Seul, le poids de naissance à 5 kgr. 500 aurait dû suffire pour instituer un traitement antisyphilitique qui aurait prévenu ces catastrophes.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril 1937

Abcès froid sternal. — *M. Grimberg* présente une malade atteinte d'un abcès froid sternal guéri par son extrait bacillaire colloïdal.

M. Dupuy de Frenelle demande si la vaccination sous-cutanée est supérieure à la vaccination par voie buccale.

M. Grimberg et *M. Rosenthal* préfèrent la voie sous-cutanée.

M. A. Trêves est un peu sceptique sur les résultats du traitement par vaccins dans les tuberculoses osseuses.

M. Séjournet et *M. Joly* sont du même avis.

Présentation d'appareil. — *M. Grimberg* présente un nouvel appareil oxygénateur.

Rhinoplastie par lambeau tubulé abdominal avec enjambement antibrachial. — *M. Claque* à l'occasion de ce cas, insiste sur trois points essentiels : 1° il faut éviter les lambeaux prélevés sur la face, sinon on ajoute des difformités secondaires à la difformité principale ; 2° la région abdominale constitue la réserve de peau de choix et se transporte par inclusion dermique ; 3° la naissance des ailes du nez constitue le problème le plus délicat de réfection.

Accoutumance au froid et à l'humidité. — *M. G. Rosenthal* considère que nombre de rhumatisants sont devenus de grands malades en raison d'une sensibilité exagérée au froid et à l'humidité. Cette sensibilité marque leur entrée dans la voie morbide et il est nécessaire de la combattre. La douche froide matinale sur les pieds, le quart d'heure le torse nu, le séchage retardé ou incomplet du torse après la toilette matinale sont la base de cette éducation.

Algies faciales et système nerveux sympathiques. — *M. Dechaume* montre que les algies faciales consécutives aux extractions semblent rentrer dans le groupe des causalgies avec vaso-constriction. L'injection autour de la faciale de novocaïne sans adrénaline, les médicaments sympathicolytiques, ont une heureuse action sur elles, de même que sur les algies faciales continues. C'est dans cette voie que doit s'orienter la thérapeutique de la douleur.

Immobilisation de la hanche par une vis plantée dans la tête fémorale au travers du toit de la cavité cotyloïde. — *M. Dupuy de Frenelle* préconise le vissage de la tête fémorale au travers du toit de la cotyloïde pour immobiliser l'articulation de la hanche. Cette opération n'est indiquée que lorsque les parties osseuses traversées par la vis sont compactes et ne présentent aucune tache claire de raréfaction.

Lithiase biliaire dans l'ictère hémolytique. — *M. P. Le Gac* en apporte trois observations : une splenectomie faite à l'âge de 17 ans pour un ictère hémolytique, qui fut suivie de guérison.

Une deuxième observation dans laquelle on fit d'abord une cholécystectomie pour boue biliaire cause d'ictère additionnel, puis secondairement une splénectomie pour guérir l'ictère hémolytique. Enfin, une troisième observation d'une malade splenectomisée il y a quatorze ans et opérée cette année de cholécystectomie pour lithiase pigmentaire. Il faut donc traiter tôt l'ictère hémolytique par la splénectomie pour éviter les complications biliaires à distance.

Ce que j'ai vu à Berlin. — *M. Pierre Le Gac.* — Invité au Congrès allemand de chirurgie, en compagnie de *Bécart* qui présenta un film sur la transfusion du sang, de *Claque* qui présenta un film sur la chirurgie réparatrice du sein, l'auteur a montré son film sur la gastrectomie. Il rapporte différentes choses intéressantes vues à Berlin et projette un film montrant l'admirable résultat obtenu par *Sauerbruch,* dans un cas d'amputation des deux avant-bras. La prothèse par le procédé dit du « canal cutané » permet à l'opéré de se servir avec précision de ses mains artificielles.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'hygiène de l'angineux

Suffit-il aux angineux d'absorber des médicaments ? Certainement non, et le médecin doit inscrire dans son ordonnance non seulement les drogues nécessaires, mais encore les règles de vie et de régime. Jacques Saillant, dans le *Journal des Praticiens* (24 avril 1937) souligne leur importance.

Elle est d'autant plus grande que les angineux ont souvent une hérédité prédisposante.

Ils doivent éviter tout surmenage physique et moral et se garder de tout excès. Ils doivent maîtriser leur émotivité et régler de la façon la plus stricte comme la plus modérée, leurs diverses activités. Ils doivent se connaître et savoir si la viande, le tabac, le café, leur sont nuisibles. Ils doivent enfin être volontairement des optimistes.

Doivent-ils joindre à ces prescriptions hygiéniques des pratiques thérapeutiques régulières, même en dehors des temps de crise ? On a reproché aux médications préventives de la crise d'angor d'en masquer les prodromes, notamment la douleur qui en est le signal d'alarme. Cela est vrai pour des drogues fugaces telles que la trinitrine et le nitrite d'amyle dont l'action s'exerce surtout sur le myocarde.

Mais Caréna (aminophylline française), qui amène la dilatation permanente des coronaires, met le cœur à l'abri non seulement de la douleur, mais aussi des réactions myocardiques ou l'ischémie joue habituellement un rôle de premier plan. Caréna constitue par conséquent le vrai médicament préventif des crises d'angor qui peut être employé à la dose de 2 à 6 comprimés par jour pendant de longues périodes.

L'insuffisance hépatique dans le prurigo strophulus de l'enfant et son traitement par l'extrait de cynara scolymus

C'est au Cynara et seulement au principe actif cristallisé de Cynara isolé en 1933 par G. Edgard-Rosa (Chophytol cristallisé injectable) que M. Albrecht (*Thèse de Paris*, 1937) accorde sa confiance parmi toutes les thérapeutiques qu'il a éprouvées pendant son expérimentation. Après un bref rappel des principales propriétés du principe actif cristallisé de Cynara et de ses indications en pédiatrie (assimilation défectueuse, intolérances alimentaires, néphrites aiguës, anuries infectieuses et toxiques) l'auteur en précise la posologie dans le traitement du prurigo strophulus.

Il préconise les injections intraveineuses et intramusculaires de chophytol cristallisé à la dose de 5 c. c. de la solution à 2 % tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 10 à 15 injections. La guérison obtenue, il conseille de poursuivre le traitement de l'insuffisance hépatique par des cures régulières, mensuelles par exemple, de chophytol en *gouttes* à raison de 10 à 20 *gouttes*, à chacun des deux principaux repas pendant deux jours par mois.

L'action thérapeutique du cynara s'est toujours montrée dans les dix observations que rapporte l'auteur particulièrement rapide et efficace. Dès les toutes premières injections le prurit s'évanouit, les signes digestifs s'améliorent, puis l'éruption tourne court. La guérison complète et définitive a toujours été obtenue par une seule série de piqûres.

Il semble donc qu'il y ait là une nouvelle méthode de traitement extrêmement précieuse pour combattre une affection qui, jusqu'ici s'était montrée particulièrement rebelle aux thérapeutiques classiques.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La tuberculose pulmonaire est-elle une maladie chirurgicale ? — « Il fut un temps où le tuberculeux pulmonaire était conduit dans un climat agréable, couché sur une chaise longue, nourri de lait, de lard, de miel et de calcium, puis, gros et gras, il mettait dix ans à cracher ses deux poumons.

« Depuis lors, quelque chose a dû changer, puisque des chirurgiens, tout à fait dignes de foi, annonçent jusqu'à 76 % de guérisons absolues (B K —) dans de grandes séries de cas ».

L'auteur passe en revue les différentes méthodes chirurgicales et en montre tout l'intérêt au point de vue thérapeutique et social.

(Dumont. La tuberculose pulmonaire est une maladie chirurgicale. *Scalpel*, 6 février 1937.)

L'appendicite chronique est toujours un sujet d'actualité. — L'appendicite est un organe qui a une fonction spécifique, motrice et régulatrice autonome du cæcum et du côlon ; mais, sous l'influence d'une inflammation chronique, il devient un perturbateur des fonctions du côlon ; la colopathie relève elle-même de l'insuffisance hépatique, du dysfonctionnement muqueux et de l'inhibition musculaire.

L'appendicectomie permet alors de se débarrasser d'un organe gênant et dangereux et surtout de traiter la colite avec efficacité. Elle marque la fin du traitement de l'appendicite chronique et le début de celui de la colopathie.

(Guillermo Zorraquin. Appendicitis cronica. Concepto clinico quirurgico. *Prensa medica argentina*, 13 janvier 1937).

Sur la nature réelle du psoriasis nous ne possédons que des données aussi vagues qu'hypothétiques ; elles ont été indifféremment approuvées ou rejetées et la dernière en date, actuellement celle du Pulay, semble toujours la meilleure. La thérapeutique se ressent nécessairement de ce flottement, car une thérapeutique purement empirique n'a jamais satisfait pleinement l'esprit.

La cure proposée consiste 1° à réduire l'apport des corps gras et 2° à développer la fonction oxydante des cellules épithéliales et les phénomènes d'oxydation en général. Si la première condition de cette méthode est facile à réaliser, il n'en est pas de même de la seconde ; mais il est toujours intéressant d'avoir un fil conducteur et de savoir à peu près dans quelle direction se trouve le succès.

(Ferrari. La terapia della psoriasi in rapporto alle piu moderne acquisizioni scientifiche. *Minerva medica*, 7 janvier 1937.)

La protéinothérapie et, plus spécialement, la lactothérapie, sont des acquisitions importantes de la thérapeutique ophtalmologique, avec les indications suivantes : ulcère de la cornée, ulcère avec hypopion, dacryocystite aiguë, abcès de la paupière, orgelet, blépharite ulcéreuse, iritis et iridocyclite, plaie pénétrante.

Les contre-indications sont l'artériosclérose avancée, la décompensation cardiaque, les infections chroniques généralisées ou diffuses, la tuberculose pulmonaire active ou évolutive, les diathèses hémorragiques, l'alcoolisme chronique, la grossesse, l'allergie.

Ce traitement nécessite une étroite collaboration de l'oculiste et de l'interniste.

(Alberto Riva. Proteinoterapia en oftalmologia. *Semana medica*, 7 janvier 1937.)

La solution de percaïne, de densité moindre que le liquide céphalo-rachidien, est utilisable pour une diffusion homogène de rachianesthésie.

On pratique une injection de 8 à 10 c. c. d'une solution titrée à 1/1.5000 entre les 4e et 5e vertèbres lombaires ; puis on fait prendre au sujet différentes positions pour arriver à une anesthésie, dont l'intérêt est d'être réalisée avec des doses très faibles.

(Raul Baptista. Acerca da percaîna nas anesthesias racheanas. *O Hospital*, janvier 1937.)

Le Paludex est un nouveau dérivé quinoléique, le cupro-oxyquinoléine sulfonate sodique, complexe organo-métallique, contenant le radical cuprique sous une forme dissimulée. Il se présente sous forme de poudre verdâtre, amorphe, soluble dans l'eau ; il n'a pas de saveur.

On injecte de 25 à 58 centigrammes de paludex, dissous dans 18 c. c. d'eau distillée. On peut le prendre également par voie buccale à des doses variant de 28 à 40 centigrammes et répétées trois ou quatre fois dans la journée.

Le paludex s'est montré actif dans les formes sexuées et asexuées des trois espèces de paludisme, ce qui en fait un produit antimalarique plus complet que la quinine ; l'atébrine ou la plasmochine.

L'association de la quinine et du paludex est recommandable dans toutes les formes du paludisme ; le paludex doit être réservé aux cas d'intolérance à la quinine de fièvre bilieuse hémoglobinurique et de grossesse.

(Van Nitsen. Contribution à la chimiothérapie du paludisme. *Bruxelles médical*, 14 février 1937.) J. LAFONT.

Echos et Glanures

Molière, la médecine et l'obligation morale. — *Sous ce titre, une communication de M. Jacques Arnavon à l'Académie des Sciences morales et politiques que le* JOURNAL DES DÉBATS (25 avril 1937) *résume ainsi* :

M. Jacques Arnavon s'applique à dégager le sens profond des attaques que Molière livre à la médecine de son temps.

Plaçant au centre de son étude *le Malade imaginaire*, il note que les persiflages, relativement anodins, des pièces antérieures font place, dans ce dernier chef-d'œuvre, à une critique très âpre, qui ressemble par moments à une flétrissure. Certes, des interprétations autobiographiques peuvent être proposées ; mais elles ne conduisent qu'à des explications de caractère fragile et fort limité. Au contraire, si l'on s'attache au fondement moral sur lequel repose la satire, on ne tarde pas à constater que la Faculté est frappée par l'auteur d'une censure sévère, non point en raison de son ignorance ou de ses insuccès, mais bien parce qu'elle méconnaît l'obligation morale et le service de la vérité. Ne voulant pas renoncer à des erreurs qui lui profitent ou qui la flattent, elle égare les hommes en leur donnant « des mots pour des raisons et des promesses pour des effets.

Que Molière n'ait nullement été, de parti pris, l'ennemi de la médecine loyale, certains rapprochements (Tartuffe, préface et 1, 4) permettent de l'établir à l'évidence. Entièrement favorable à une science probe et pure, il oppose le « roman de la médecine », qui lui paraît pitoyable, à la « vérité et à l'expérience », seules règles honnêtes et sûres.

La maison de Cuvier va-t-elle disparaître ? — *De M. Jean Kervil dans* PARIS-SOIR (24 avril 1937) :

Le Jardin des Plantes, l'ancien jardin de M. de Buffon, connaît en ce moment une grande agitation ; des crédits récents viennent, en effet, de permettre des agrandissements : tout un plan d'ensemble va être exécuté, la fauverie va être reconstruite et l'amphithéâtre rajeuni. Mais hélas ! ces grands et utiles travaux demandent une victime et déjà de nombreux chevaliers se lèvent pour la défendre : la maison de Cuvier.

Qui ne la connaît, avec ses murs vétustes où s'accroche une

vigne vierge centenaire, sa pittoresque cheminée apparente et la niche où gîte, le buste délavé de son locataire d'antan ? Délaissée, abandonnée à la poussière et aux araignées, elle dresse pourtant, non sans fierté, sa façade décrépie et grise.

Sa construction date de la fin du XVIIIe siècle, Cuvier, qui venait du faubourg Saint-Germain, l'habita vers 1800, alors qu'il succédait à Mertrud, comme titulaire de la chaire d'anatomie comparée. Comblé de charges et d'honneurs sous l'Empire et la restauration, le ci-devant citoyen Georges Cuvier, devenu baron authentique, ne quitta plus guère ce domicile, tout de quiétude et de charme mélancolique.

C'est là que le célèbre savant avait réuni ses collections d'anatomie connues dans le monde entier.

Ce sanctuaire de la science, cette relique de notre histoire va-t-elle être livrée à la pioche des démolisseurs ?

Une opinion d'Emile de Girardin sur la publicité. — *Il y aurait peut-être encore aujourd'hui intérêt à méditer ce qu'Emile de Girardin écrivait dans la* PRESSE *du 29 avril 1845, à propos de la publicité :*

« Beaucoup de commerçants, abusés par d'insinuans inter-
« médiaires, croient faire à la fois acte d'habileté et de conve-
« nance en déguisant tant bien que mal, les annonces de leurs
« maisons et en présentant au public ces annonces délayées
« sous forme d'articles, écrits, on ne sait en quelle langue et por-
« tant prétentieusement des titres comme ceux-ci : Bulletin des
« modes, Revue de l'Industrie, etc., etc...

« C'est là une erreur profonde.

« Le moindre défaut de ces articles est de coûter fort cher,
« en raison des développements sous lesquels, ils s'efforcent de
« cacher leur origine.

« Ils ne trompent personne.

« Ou ils ne sont pas lus, ou ils sont tournés en dérision.

« Pour être utile à celui qui les fait et commander la confiance
« de celui à qui elle s'adresse, l'annonce doit être :

« Concise,

« Simple,

« Franche,

« Ne porter jamais aucun masque.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Traité de chirurgie orthopédique EN 5 VOLUMES publié sous la direction de MM. les Professeurs L. OMBRÉDANNE et P. MATHIEU. Vient de paraître : Tome I. — Physiologie, Pathologie et Thérapeutique générale, 902 pages, 433 figures, relié : 300 fr. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans le tome I du traité de Chirurgie orthopédique se trouvent réunies les généralités, au point de vue de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique.

Les auteurs envisagent successivement les malformations congénitales des membres, les affections osseuses et articulaires ainsi que certaines interventions comme les ostéotomies, les ostéosynthèses, les arthrodèses ; puis les affections des muscles, tendons et aponévroses.

Dans un premier chapitre, le Professeur Ombrédanne définit le domaine de la chirurgie orthopédique. Il précise les origines, l'évolution de celle-ci et en indique les tendances actuelles.

M. Fèvre étudie ensuite certaines malformations congénitales des membres (allongements et hypertrophies), tandis que le Professeur Ombrédanne s'est réservé la description de la maladie amniotique (amputations, sillons et stigmates) et des aplasies des grands segments de membres.

C'est aux professeurs Leriche et Policard qu'a été confié le soin d'étudier le système nerveux au point de vue physiopathologique. Envisageant la substance osseuse ils en indiquent les caractères histologiques, puis les modes de sa formation et de sa destruction. Traitant ensuite des organes osseux ils décrivent la croissance et l'ossification normales ; puis les ossifications réparatrices, c'est-à-dire la formation du cal. Ils exposent après la question des greffes osseuses, envisagée du point de vue biologique (le côté technique étant réservé au chapitre ayant trait aux pseudarthroses). Ils montrent enfin l'intérêt et toute la portée de l'étude des ossifications hétérotopiques au point de vue de la compréhension du mécanisme de l'ostéogenèse.

P. Gérard Marchant passe en revue les fractures fermées et les fractures ouvertes.

Le Professeur Mathieu consacre une importante étude à la question des pseudarthroses. Il s'attache surtout à l'étude de leur traitement chirurgical et décrit avec détails la technique, les indications et les résultats des diverses greffes osseuses.

M. Aurousseau a groupé les caractères généraux des décollements traumatiques et épiphysaires et leur retentissement sur l'ostéogenèse.

M. Leveuf décrit l'ostéomyélite des adolescents. Il expose,à côté des données classiques, le problème actuel du traitement de l'ostéomyélite aiguë, en particulier la question des résections diaphysaires. Puis il envisage l'ostéomyélite des nourrissons ainsi que les ostéites au cours des maladies infectieuses.

M. Sorrel résume les données générales ayant trait à l'évolution anatomique et clinique des ostéites tuberculeuses, des ostéites syphilitique héréditaires et acquises et des ostéites chimiques.

Le Professeur Lombard, d'Alger, expose les ostéites parasitaires : mycoses osseuses, échinococcose osseuse.

Une importante étude de M. Sorrel et de Mme Sorrel-Dejerine est consacrée aux dystrophies osseuses. Le rachitisme y occupe la première place Les principales déformations (genu valgum, incurvations tibiales font l'objet d'une description complète y compris les techniques chirurgicales propres à y remédier (ostéotomies simples, cunéiformes, modelantes). La seconde partie est consacrée à l'examen des déformations osseuses de croissance. Sont successivement passées en revue les diverses épiphysites vertébrales, l'ostéochondrite déformante de l'extrémité supérieure du fémur et la coxa vara. Il s'agit là d'une vue d'ensemble de ces diverses affections qui seront étudiées isolément en détails dans les autres tomes du traité.

M. Fève étudie dans le chapitre suivant la maladie ostéogénique. Il englobe sous cette dénomination d'une part les exostoses et hyperossoses ostéogéniques, d'autre part les chondromes ostéogéniques. Il envitage ensuite les chondrodystrophies sous deux formes, l'achondroplasie et la dyschondroplasie. Il insiste sur les relations étroites entres ces diverses affections du tissu chondral.

Après avoir traité de la fragilité essentielle des os, M. Fèvre étudie l'ostéomalacie. Il aborde ensuite le problème des ostéites fibreuses. Ce syndrome anatomo-pathologique groupe les kystes des os, l'ostéite fibreuse localisée, l'ostéite fibro-kystique généralisée ou maladie de Recklinghausen. La question du rôle des glandes endocrines et en particulier des parathyroïdes est particulièrement mise en lumière.

La tumeur à myéloplaxes qui pourrait s'intégrer au cadre des dystrophies osseuses a été décrite par M. Moulonguet. Celui-ci envisage ensuite les néoplasmes bénins du squelette, puis les néoplasmes malins ostéosarcomes, tumeur de la série hématopoïétique, tumeurs épithéliales).

Ch. Lasserre, qui avait en 1931 écrit un rapport important sur cette question, a rédigé le chapitre des hypertrophies acquises du squelette où se trouvent associées la maladie de Paget et l'acromégalie pour lesquelles une étude anatomo-radiographique très complètes trouve réalisée.

Le chapitre consacré aux affections articulaires débute par une très utile mse au point de la physiopathologie des maladies et des réparations articulaires écrite par MM. Leriche et Policard.

Viennent ensuite les raideurs articulaires congénitales décrites par F.-D. Cuilleret et les articulations ballantes congénitales étudiées par L. Aurousseau.

Le Professeur Paitre a rédigé le chapitre des traumatismes articulaires. Il envisage successivement les luxations traumatiques en général, dans leurs variétés récentes, anciennes et récidivantes ; les entorses avec la conception moderne de leur physiopathologie et les traitements qui découlent de celle-ci ; les hémorthroses traumatiques et hémophiliques; enfin les plaies articulaires.

P. Huet aborde le chapitre des infections articulaires par l'étude des arthrites suppurées non traumatiques suivie de celle des arthrites gonococciques et des arthrites mycosiques. Aboutissant fréquent des infections articulaires, les raideurs et ankyloses font l'objet des pagessuivantes :

E. Sorrel et P. Mozer envisagent ensuite l'étiologie, l'évolution anatomo-clinique et les principes généraux du traitement des arthrites tuberculeuses.

La question du rhumatisme a été réservée à F. Coste qui considère successivement le rhumatisme déformant en général, en particulier dans les rapports avec la chirurgie orthopédique, le rhumatisme métatraumatique, le rhumatisme ankylosant infantile et le syndrome de Chauffard-Still.

P. Moulonguet a signé les chapitres des arthrites déformantes et des corps étrangers articulaires. Une place importante est, dans ce dernier, réservée à l'ostéochondrite disséquante.

C. Rœderer poursuit ensuite l'étude des arthropathies nerveuses tabétiques ou syringomyéliques et insiste sur les possibilités thérapeutique qu'elles offrent.

Dans un cours chapitre P. Moulonguet résume les connaissances acquises concernant les rares tumeurs des articulations.

F.-M. Cadenat décrit les techniques modernes d'ostéotomie permettant de réaliser celles-ci avec toute la précision et la sécurité desirable.

P. Fredet donne toutes précisions touchant, tant chez l'adulte que chez l'enfant, les divers modes d'ostéosynthèses à matériel perdu ou par prothèse externe.

M. Bertrand indique les possibilités et la techique des arthrorises en général.

Dans un dernier chapitre, P. Huet envisage les plaies ruptures et hernies musculaires, tandis que M. Boppe étudie les dystrophies musculaires généralisées et les myosites ossifiantes.

Après une introduction des Professeur Leriche et Policard sur le physiopathologie des tendons, M. Iselin poursuit l'étude des plaies et sections tendineuses, de la biologie de leur réparation et des moyens d'obtenir celle-ci chirurgicalement.

La descriptions des cicatrices vicieuses des membres et le principes de leurs corrections autoplastiques, rédigée par le Professeur Ombrédanne, termine ce premier tome.

Quelques formes cliniques de lithiase urinaire, par Madeleine-H. PAILLARD, 1937, 1 vol. grand in-8 de 75 pages, avec 45 fig. originales : 25 fr. Baillière éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe.

Ce travail est la réunion de nombreuses observations personnelles ayant trait à divers sujets dont plusieurs ont été encore peu étudiés.

Ce travail est la réunion de nombreuses observations personnelles ayant trait à divers sujets dont plusieurs ont été encore peu étudiés.

Un chapitre est consacré aux reins criblés de calculs ; les calculs siègent dans les calices, mais aussi dans le parenchyme rénal ; ils peuvent entraîner une réaction parenchymateuse secondaire. Leur nature peut être urique, oxalique, phosphatique ou cystinique.

Un second chapitre rapporte 4 cas inédits de lithiase à cystine ; c'est donc une contribution importante à l'étude de cette affection relativement rare. Dans tous les cas, le diagnostic a été fait par l'examen du sédiment urinaire, qui a montré la présence de cristaux de cystine ; mais dans deux cas, les cristaux ne sont apparus dans les urines qu'après palpation du rein ; l'auteur décrit la technique de cette exploration.

Le chapitre suivant, montre les diverses modalités suivant lesquelles les calculs peuvent être éliminés spontanément hors des voies urinaires. De nombreuses radiographies et de nombreuses photographies de calculs fournissent des documents très objectifs à cet égard.

Un quatrième chapitre est consacré aux calculs uretéraux, avec une tentative de différenciation pour l'interprétation des taches pelviennes.

Enfin, un cinquième chapitre a trait aux faux calculs des voies urinaires où l'auteur passe en revue les multiples causes d'erreur constituées par la lithiase biliaire, les concrétions mésentériques ou juxta-vertébrales, les concrétions pelviennes. En somme, excellent recueil d'observations choisies dans une riche documentation.

Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension, par A. DUMAS. Un volume de 136 pages (Collection « Médecine et chirurgie : recherches et applications n° 6), 22 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce petit volume, l'auteur apporte un peu de clarté dans le lot compact des affections hypertensives. Il montre la place prépondérante qu'occupe la maladie hypertensive au milieu des autres syndromes tensionnels. L'ouvrage est divisé en trois parties hypertenisons symptomatiques, syndromes hypertensifs et enfin hypertension chronique progressive ou maladie hypertensive.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie cliniques, par Emile SERGENT. Un volume de 84 pages (Collection des vérités premières), 24 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur s'est attaché à montrer la valeur primordiale d'une « Vérité première » qui est à la base de l'Exploration clinique en général et qui trouve son application dans l'étude de la pneumologie ; à savoir qu'un diagnostic est le résultat de la mise en œuvre de tous les moyens d'exploration dont dispose la clinique.

Travaux pratiques de bactériologie, par Henri BONNET et Armand NÉVOT. Un volume de 178 pages avec 76 figures et 6 planches en couleurs, 38 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est destiné aux étudiants en médecine de troisième année. C'est pour eux qu'il a été composé, et il correspond à l'enseignement pratique qui leur est donné dans les Facultés et les Ecoles. Le texte, très condensé, clair et précis, est divisé en chapitre courts rappelant l'enseignement oral qui précède chaque séance de travaux pratiques.

L'analyse mentale en pratique médicale, par A. AUSTREGÉSILO. Un volume, 130 pages (collection médecine et chirurgie, n° 4), 10 francs. Masson ,éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce livre, l'auteur, s'appuyant sur sa propre expérience, émet des opinions complémentaires sur l'analyse profonde ou psychanalyse comme moyen d'investigation et procédé thérapeutique des psychonévroses et des psychoses.

Chirurgie des glandes parathyroïdés, par J. BRAINE et R. RIVOIRE. Un volume, 174 pages, 14 figures, une planche en couleur, 45 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il importait de codifier, de canaliser, parfois même de réfreiner une chirurgie jeune et chargée d'espoirs, en examinant les données et les résultats avec une objectivité et une impartialité absolues. Tel est le but de Braine et Rivoire ; on y trouvera exposées les bases actuelles de la chirurgie parathyroïdienne : biologie, expérimentation, clinique et technique opératoire.

Divers

Gœthe et son temps, par Herman GRIMM. Traduction de Jacques Chifelle-Astier. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, 30 francs. Payot, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le grand mérite du livre d'Herman Grimm c'est qu'après l'avoir lu on sait qui était Gœthe.

Ce qui donne à cette étude vivante, humaine, une valeur toute particulière, c'est qu'elle nous montre que Gœthe ne fut pas l'Olympien raidi, calfeutré, fermé de la légende, mais un être se transformant sans cesse jusqu'à sa dernière heure. Grimm nous explique la prodigieuse évolution qui fit petit à petit du jeune provincial de Francfort le sage Européen de Weimar.

François Ier (1494-1547), par Francis HACKETT. Traduit de l'anglais par Rose Celli. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Biographie à laquelle l'auteur a consacré plus de six années et qui a eu un tel succès en Angleterre et en Amérique qu'elle était célèbre chez nous avant même d'être traduite. Car M. Francis Hackett est un historien d'envergure, n'ignorant rien de l'histoire politique,religieuse, diplomatique et guerrière de l'Europe au XVIe siècle.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BEGOUIN. — **Précis de pathologie chirurgicale**. T. I. **Pathologie chirurgicale générale. Maladies des tissus**. Ill. 134 fig. 1.214 p. Cart. : 120 fr. (*Masson.*)

BEGOUIN. — **Précis de pathologie chirurgicale**. T. V. **Appareil génital de l'homme. Pathologie urinaire. Gynécologie**. Ill. 413 fig. 1.300 p. Cart. : 120 fr. (1321). (*Masson.*)

FROIN (Dr G.). — **Pression solaire. Faisceau énergétique et biologie (biogénèse et pathogenèse)**. 327 p. Br. : 30 fr. (*Girardot.*)

LEMIERRE (A.).— **Queiques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses**. 78 p. Br. : 24 fr. (*Masson.*)

OMBREDANNE (Marcel). — **Quelques vérités (ou soi-disant telles) en oto-ohino-laryngologie**. Br. : 24 fr. (*Masson.*)

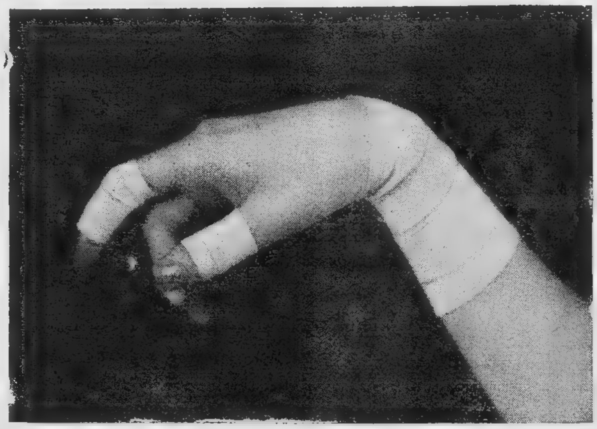
OMBREDANNE et MATHIEU. — **Traité de chirurgie orthopédique**. T. V. (*dernier*). **Bassin et membre inférieur. Techniques générales. Législation des séquelles et invalidités**. 473 fig. 706 p. Rel. : 300 fr. (*Masson.*)

PASTEUR VALLERY-RADOT. — **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des reins**. 68 p. Br. 24 fr. (*Masson.*)

FICHON (Edouard) et BOREL-MAISONNY (S.). — **Le bégaiement. Sa nature et son traitement**. 100 p. Br. : 18 fr. (*Masson.*)

IIIe Congrès international de pathologie comparée. T. II : **Comptes rendus et communications** avec figures et 1 pl. 662 p.. Br. : 92 fr. (*Masson*).

LUDO VAN BOGAERT, HANS J. SCHERER et EPSTEIN (Emile). — **Une forme cérébrale de la cholesterniose généralisée**. Ill. 61 fig. 184 p. Br. : 45 fr. (*Masson.*)



Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 21 — 22 MAI 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 24 mai. — M. Gautreau : Le diagnostic des lésions chroniques de la région du hile chez l'enfant. — Conséquences médico-sociales. — M. Pincovici : A propos d'un cas de sarcoïdes disséminées de Darier avec diabète insipide associé. — M. Chatain : La radiothérapie dans les hémiplégies.

25 mai. — M. Bauer : Les difficultés qui se présentent lorsque l'on veut diminuer la durée du séjour des malades dans les hôpitaux parisiens. — M. Busuiocesco : Rétentions biliaires et angiocholites par péricholédecite chronique. — M. Javelier : Le Marquis de Sade et les cent vingt journées de Sodome devant la psychiatrie et la médecine légale.

26 mai. — M. Hallé : Périostite albumineuse. Sa localisation à l'os iliaque. — M. Squillante : Les anesthésiques généraux en chirurgie maxillo-faciale.

27 mai. — M. Roux : Des accidents de lithiase rénale au cours des décalcifications osseuses. — M. Garcia : L'ablation totale du corps thyroïde normal dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique et de l'angine de poitrine. — M. Karsenti : Contribution à l'étude de la prognathie alvéolaire supérieure. (Son traitement chirurgical).

Hygiène urbaine et protection contre les gaz. — Le cours de perfectionnement sur l'hygiène urbaine et les gaz de guerre aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine du 14 juin au 3 juillet 1937. Il s'adresse à l'ensemble du personnel sanitaire destiné à protéger la population civile en cas d'attaque aérienne. Il est organisé sous la direction de M. le Professeur Tanon et de M. le Médecin inspecteur général Sieur, avec la collaboration de MM. le médecin-colonel Anglade, Bois ; le pharmacien colonel Bruère, le lieutenant-colonel Carville, Clerc, le Médecin colonel Cot, François, le colonel Islert, Joannon, Navarre, Neveu, Peytel et Sée.

Le cours aura lieu au Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de 10 à 19 heures. Il comprendra des leçons théoriques, la présentation de films et des visites et exercices pratiques au poste de secours sous abri de la Faculté de médecine.

S'inscrire au Laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le cours est gratuit.

Juin 1937 de 18 à 19 heures : lundi 14, M. Tanon : Plan général du cours ; M. Sieur : Protection des populations civiles en cas d'attaque aérienne. Historique et état actuel de la question. — Mardi 15, M. Navarre : Gaz de combat : définition et classification. — Mercredi 16, M. Navarre : Gaz de combat : action physiologique et lésions. — Jeudi 17, M. Cot : Traitement. Exposé des grands moyens thérapeutiques utilisés en matière d'asphyxie par le sauveteur ou le médecin. Respiration artificielle. Inhalation d'oxygène et de carbogène. Saignée. Injections intra-veineuses. — Vendredi 18, M. Cot : Application de ces moyens aux cas d'espèce posés par les diverses variétés de gaz. Traitement des gaz vésicants. — Samedi 19, M. Clerc : Désinfection de l'atmosphère et des surfaces souillées par les gaz de combat. — Lundi 21, M. Cot : Protection individuelle. Les masques. — Mardi 22, M. Bois : Principes de la construction et de l'adaptation des abris. — Mercredi 23, M. Bruère : Organisation des abris. Principes à appliquer pour le conditionnement de l'air. — Jeudi 24, M. Anglade : Protection de l'habitation familiale. — Vendredi 25, M. Joannon : Plan de secours urbain. Rôle de l'inspecteur départemental d'hygiène et du directeur municipal de bureau d'hygiène. — Samedi 26, M. Bruère : La détection. Prélèvements sur place. Détection d'urgence. Détection au Laboratoire (physiologique, physique, chimique). Lundi 28, M. Peytel : Protection et neutralisation des produits alimentaires. — Mardi 29, M. François : Brancards et voitures. Fournitures de matériel. Aménagements. — Mercredi 30, M. le colonel Islert : Le péril incendiaire.

Juillet : Jeudi 1er, M. Neveu : Le péril microbien. — Vendredi 2, M. Sée : Le personnel sanitaire aux divers échelons. Fonctionnement du poste de secours (film). — Samedi 3, M. le lieutenant-colonel Carville : Conception générale de la défense passive.

Les visites du poste-secours sous abri de la Faculté de médecine, avec démonstrations pratiques, auront lieu à des dates et heures indiquées pendant le cours.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en sept leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 7 juin 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins du 7 mai 19 juin* 1937. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration de MM. Chevassu, Boltanski, Julien Marie, Mollaret, Froment, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Moline, Pautrat, Doubrow et de Traverse.

Programme du cours. — Les théories de la sécrétion rénale. — Les grands syndromes : Albuminurie ; Polyurie et diabète insipide ; Anurie ; Acidose rénale ; œdèmes ; Les accidents nerveux de l'urémie. — Les méthodes d'exploration rénale : Sécrétion de l'eau, du NaCl et des subtances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes. — Les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale. — Les classifications des néphrites. — Les lésions anatomo-pathologiques types. — Les néphrites aiguës : Néphrite mercurielle ; Néphrites infantiles ; Syphilis rénale ; Tuberculose rénale ; Hépatonéphrites aiguës ; Néphrites et transfusion sanguine ; La néphrose lipoïdique. — Les différents types cliniques des néphrites chroniques : Néphrites avec œdème ; Néphrites avec azotémie ; L'amylose rénale. — La thérapeutique des néphrites : Les diurétiques. — Les régimes.

Exercices pratiques. — Les auditeurs du cours seront initiés aux différentes méthodes concernant l'étude des fonctions rénales et aux recherches anatomo-pathologiques : La réserve alcaline ; Le dosage du NaCl dans le sang et les urines ; La recherche de l'urée sanguine ; La constante uréo-sécrétoire ; L'indoxylémie ; La réaction xantho-protéique ; La créatininémie ; Les épreuves de diurèse povoquée et la densimétrie ; L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine ; La cylindrurie ; Les techniques histologiques.

Les exercices seront faits sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Inscriptions. — Les inscriptions à ce cours seront reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis

mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard,) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 francs. Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

Facultés de médecine. — Seront admis à la retraite le 1er octobre 1937 :

Aix-Marseille : MM. les Professeurs Imbert et Cassoute.
Bordeaux : M. le Professeur Dupouy.
Lille : MM. les Professeurs Bué, Le Fort et Potel.
Lyon : MM. les Professeurs Nicolas, Nové-Josserand et Villard.
Montpellier : MM. les Professeurs Cabannes, Villard et Virès.
Nancy : MM. les Professeurs Lambert et Hoche.
Toulouse : MM. les Professeurs Barbier et Sorel.

Faculté de pharmacie de Paris. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 30 avril 1937, la chaire d'histoire naturelle des médicaments simples d'origine végétale (dernier titulaire : M. Perrot) de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

Assistance publique. — *Concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux.* — MM. les Docteurs Bidoire, 25, 22, 19, 66. — Mme Fayot-Petitmaire, 24, 23, 28, 75, admissible. — Lepage, 25, 24, 29, 78, admissible. — Mayer, 25, 21, 23, 69, admissible. — Merger, 24, 18, 16, 58. — Séguy, 28, 26, 27, 81, admissible. — Weill, 22, 19, 16, 57.

— *Concours de médecins des hôpitaux* (deuxième concours de nomination à deux places). — Jury : MM. les Docteurs Loeper, Pagniez, Levesque, Tinel, Sergent, Tixier, Louis Ramond, Ameuille, Sainton, Ribadeau-Dumas et Picot qui ont accepté.

— *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux* (concours de nomination). — MM. les Docteurs Parin, Belot, Jacquelin, Ronneaux, Mahar, Chifoliau et Bréchot qui ont accepté.

— *Concours de médecins du service de l'Assistance à domicile.* — Jury : MM. les Docteurs Paraf, Vignes, Vallée, Viancin, Chevé, Houlnick qui ont accepté et Mme le Docteur Buguet.

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'argent* : MM. Gernez, Laine, Soleil, Vaesken (Lille), Véron (Montbéliard), Damas, Gassend, Romieu et Rougon (Digne), Jouve (Aiglun).

Médaille de bronze : MM. Dragon (Oraison) et Yves Bardet (Paris).

Service de santé. — Le médecin colonel Goursolas est nommé directeur par intérim du S. S. de la 17e région. Le médecin colonel Mahaut est nommé directeur par intérim du S. S. de la 4e région.

Service de santé colonial. — Le médecin général Botreau Roussel est nommé directeur de l'Ecole d'application à Marseille.

Le médecin général Pezet est nommé directeur du S. S. et inspecteur des services sanitaires à Dakar.

Le médecin général Frontgous est nommé membre du Comité consultatif de santé.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement. — M. Herpin propose au Conseil général l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil général déclare que les conditions particulières à l'enseignement de la médecine nécessitent que la limite d'âge ne soit pas abaissée au-dessous de 70 ans, et cela pour tous les professeurs.

« Et se plaçant en dehors de toute question de personne et en dehors de toute discussion des mérites incontestables de quiconque.

« Considère que l'établissement d'une liste officielle de professeurs exceptionnels constitue, par le fait même, une injustice pour ceux d'entre eux qui, malgré leur haute valeur reconnue tant en France qu'à l'Etranger, s'en trouvent exclus.

« Que d'autre part, cette mesure est susceptible de leur porter le plus grave préjudice tant moral que matériel,

« Leur adresse l'expression de sa confiance et de son estime,

« Et demande que ces mesures parfaitement injustifiées soient rapportées ».

Le Conseil général adopte l'ordre du jour présenté par M. Herpin, et décide que cet ordre du jour sera communiqué aux journaux, tant médicaux que politiques.

Société d'histoire de la pharmacie. — L'excursion annuelle de la Société aura lieu le dimanche 6 juin 1937, à Amiens.

Départ de Paris, par autocar à 7 h. 45 place de la République, à l'angle du boulevard Saint-Martin. Itinéraire à l'aller : Creil, Clermont, Breteuil. Arrivée à Amiens vers 9 h. 45, place de la Cathédrale (Rendez-vous général). 10 heures : Historique et extérieur du monument. 11 heures : Vieux quartier. Midi : Grand déjeuner aux Salons Godbert (Restaurant François). 3 heures : Musée. 4 heures : Intérieur de la Cathédrale. 5 h. 30 : Départ pour Montdidier. Séance de la S. H. P. devant la statue de Parmentier, à l'occasion de son deuxième centenaire. Retour par Compiègne et Senlis avec arrêt de l'autocar permettant une collation facultative (aux frais de chacun). Arrivée à Paris, vers 21 h. 30.

Prix de l'excursion (autocar, déjeuner, pourboires divers) : 85 francs. Prix pour les personnes qui assureront leur transport (donc déjeuner et pourboires seuls) : 45 francs.

Il est nécessaire de s'inscrire (en précisant nombre de personnes et tarif) chez M. A. Royer, trésorier de la S. H. P., 71, rue du Temple, Paris (IIIe), (tél. : Tur. 70-00).

Journées d'amitié médicale franco-polonaise. — Des Journées d'amitié médicale franco-polonaise auront lieu les 28, 29 et 30 juin 1937, à l'Exposition de Paris. Elles réuniront les médecins français et polonais qui veulent voir se maintenir et se resserrer les liens culturels médicaux entre leurs deux pays.

Elles sont placées sous la présidence de M. le Professeur Achard

Programme. — Lundi 28 juin : 9 h. 30 : Réception à l'Exposition. Discours du Professeur Achard, président. Séance de travail. — 11 heures : Visite de l'Exposition. Déjeuner intime. — 16 heures : Concert Paderewsky au Théâtre des Champs-Elysées ; — 17 heures : Réception à l'Hôtel-de-Ville. — Soirée. Représentation théâtrale offerte par le ministre de l'Education nationale.

Mardi 29 juin : 9 heures : Séance spéciale des diverses Sociétés médicales. — 15 heures : Séance solennelle de l'Académie de médecine. — 17 heures : Réception à la Faculté de médecine. Collation. — 20 heures : Banquet officiel.

Mercredi 30 juin : Depuis 9 heures, visite d'Instituts scientifiques et d'hôpitaux. — 17 heures : Réception au Pavillon des vins à l'Exposition. — Soirée : Banquet de clôture des Journées médicales internationales de Paris.

Jeudi 1er juillet : Excursion : Visite de Vittel.

Vendredi 2 juillet : Réception à Nancy par l'Université et la ville.

Adresser les adhésions et les cotisations (80 francs pour les membres adhérents) avant le 15 juin 1937 au trésorier : Professeur agrégé Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).

Demandes de renseignements : Professeur agrégé Chevallier, 241, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Permanence, pendant les Journées : Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine (Bureau de l'A. D. R. M.).

Ve Congrès international de radiologie. — Le Ve Congrès international de radiologie se tiendra à Chicago, du 13 au 17 septembre prochain, sous la présidence du Docteur Arthur C. Christie, de Washington. Il réunira plus de 2.000 édlégués venus de toutes les nations d'Europe et d'Amérique. Rappelons que les précédents Congrès internationaux de radiologie ont eu lieu en 1925 à Londres, en 1928, à Stockholm, en 1931 à Paris et en 1934 à Zurich. M. Antoine Béclère fait partie du Comité international du Congrès , M. J. Belot sera président de la délégation française.

De nombreuses personnalités appartenant à toutes les branches de la médecine participeront aux travaux dont le thème général sera « l'Unité de la médecine ».

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire du Congrès : Docteur B. H. Orndoff, 2561 N. Clark street, Chicago (Illinois) U. S. A.

Les médecins étrangers en France.— Sur la proposition de M. Josse, le conseil général de l'Eure, a émis le vœu suivant :

« Considérant le nombre croissant des médecins étrangers en France qui se chiffrait en 1936 pour le département de la Seine seulement à plus de 25 pour cent et à 15 pour cent sur le reste du territoire, considérant que la Faculté de Paris compte 3.332 étudiants français et 1.530 étrangers et que de ce fait l'envahissement de la profession médicale par les étrangers va s'accentuer encore ; considérant qu'il est juste et urgent de protéger les médecins français contre leurs concurrents étrangers ; le Conseil général de l'Eure émet le vœu qu'avant d'avoir le droit d'exercer leur profession, les médecins étrangers soient tenus de faire un stage de dix ans en France après leur naturalisation et qu'ils donnent des gages de leurs sentiments en accomplissant les obligations des lois militaires françaises. »

L'Association internationale de la lèpre a pris l'initiative d'organiser pour le 21 mars 1938 au Caire (Egypte) avec l'assentiment et l'appui du Gouvernement égyptien, la IVe Conférence internationale de la lèpre. On sait que les trois premières se sont tenues à Berlin en 1897, à Bergen en 1909 et à Strasbourg en 1923. En dehors des délégués officiels cette réunion est ouverte à tous les léprologues. Pour plus amples renseignements s'adresser à M. le Professeur Muir, secrétaire général de la conférence, 131, Baker Street, Londre W. L.

Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — A la suite d'une réunion qui a eu lieu à Paris sous la présidence du Professeur Fernand Bezançon et à laquelle assistaient le Professeur Lopo de Carvalho, président de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose et le Docteur Castello Branco, secrétaire général de la Conférence, il a été décidé que celle-ci se réunirait à Lisbonne du 5 au 9 septembre prochain. Le Comité d'organisation portugais adressera à tous les congressistes le nouveau programme de la Conférence.

Nous rappelons que la discussion sera limitée à trois sujets principaux : question biologique : « Les aspects radiologiques du hile pulmonaire et leur interprétation », rapporteur Professeur LOPO DE CARVALHO (Portugal) ; question clinique : « Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte », rapporteur Docteur OLAF SCHEEL (Norvège) ; question sociale : « prophylaxie de la tuberculose à domicile », rapporteurs Docteurs Ch.-J. HATFIELD (Etats-Unis) et D.-A. POWELL (Grande-Bretagne). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 44 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion s'ils ne l'on déjà fait précédemment, soit par l'intermédiaire de leur Gouvernement ou Assotion nationale, soit directement au Comité d'organisation de la Conférence l'adresse suivante : Comité d'organisation de la Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose Assistencia Nacional aos Tuberculosos Avenida 24 de Julho, Lisbonne (Portugal).

Les inscriptions pourront également être reçues au siège du secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme membres de la Conférence doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 200 escudos, exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les personnes qui ont déjà acquitté l'année dernière leur cotisation de membres de la conférence sont exemptées de tous nouveaux frais.

Union internationale contre la tuberculose. FONDATION LÉON BERNARD. — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose met à la disposition des Gouvernements et Associations, membres de l'Union, un prix bisannuel d'une valeur de 2.500 francs français destiné à commémorer le souvenir du Professeur Léon Bernard, fondateur et pendant quatorze ans secrétaire général de l'Union.

Ce prix sera décerné pour la première fois au cours de l'année 1938 à l'auteur d'un travail original sur l'aspect social de la tuberculose, rédigé en anglais ou en français. Ces deux langues sont choisies uniquement dans le but de faciliter la tâche du Comité exécutif.

Les travaux préparés en vue de l'attribution de ce prix devront être imprimés ou dactylographiés et ne pas dépasser 10.000 mots. Ils devront être transmis par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union, au secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 1er mai 1938.

Si le Comité exécutif décide qu'aucun des travaux soumis ne présente une valeur suffisante, le prix ne sera pas décerné en 1938 mais sera offert à nouveau pour l'année suivante.

La décision du Comité exécutif est sans appel.

Bourses d'études à l'institut « Carlo Forlanini » à Rome. — Nous rappelons aux Gouvernements et aux Sociétés nationales membres de l'Union, que la Fédération nationale italienne fascite de Lutte contre la tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Calo Forlanini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le directeur de l'Institut et le candidat.

La priorité de la publication de ces travaux est réservée au *Bulletin* de l'Union internationale contre la tuberculose.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif qui doit se réunir au mois de septembre 1937 à Lisbonne. Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle, doivent parvenir au secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe), avant le 15 juillet 1937.

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité exécutif par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union.

Club aéro-médical de France. — A l'occasion des Journées internationales d'aviation sanitaire et de médecine aéronautique, qui auront lieu à Paris en juillet prochain, le Club aéro-médical de France organise pour le 7 juillet, les premières assises de médecine aéronautique.

La question proposée est : de l'importance comparée du sens stéréoscopique et de l'acuité visuelle pour le pilotage des aéronefs.

Tous les membres du Corps médical sont invités à assister à la réunion et à participer à la discussion. Les inscriptions et les communications doivent être adressées avant le premier juin, au secrétariat du Club Aéro-Médical, 24, rue Pierre-Demours, Paris (XVIIe).

« On a coutume de croire que la France est le dernier pays à porter sa contribution aux découvertes scientifiques médicales. C'est une injure qu'on lui fait. Il suffit après Pasteur et Claude Bernard, de jeter les yeux sur Roux et Calmette et Nicolle et bien d'autres encore. Peut-être avons-nous tendance à ralentir notre élan. C'est une raison supplémentaire pour vérifier les rouages de notre machine et cette machine elle-même. » (Docteur Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la société moderne. Editions Delmas.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Tuberculose du tube digestif, par André CADE, Paul SANTY et Jean HERTZ. (Bibliothèque de la tuberculose). Un volume in-8°, 410 pages, 23 figures, 4 planches hors texte. Cartonné, 85 francs. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (VI°).

Les auteurs, que leur expérience propre, leurs publications personnelles et celles de leurs élèves, désignaient pour écrire le présent livre, apportent une mise au point, patiemment mûrie, très méthodiquement conduite, clairement rédigée, et qui sera d'autant plus appréciée qu'elle est le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale.

Traité de thérapeutique biologique, par Gaston LYON. Un volume in-8, 650 pages, 80 francs. Librairie Doin, 8 place de l'Odéon, Paris (VI°).

Les traitements biologiques sont exposés dans un grand nombre de publications, mais jusqu'ici — ce qui peut sembler paradoxal — aucun travail d'ensemble n'avait réalisé la synthèse de ces traitements. Le Docteur G. Lyon a estimé qu'il était intéressant et utile de combler cette lacune ; il était d'ailleurs particulièrement qualifié pour cela, ayant exposé précédemment, dans un ouvrage devenu classique, les éléments de la thérapeutique « clinique ».

Il a réalisé sa tâche sous une forme à dessein accessible aux étudiants et à la masse des praticiens.

Les médications dermatologiques, par Georges LÉVY et Paul CHÉRAMY. Un volume in-8°, 240 pages, 45 francs. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6VI°).

Successivement et minutieusement sont étudiées les médications externes et les médications internes en dermatologie. De très nombreuses formules sont donnés chemin faisant et rendront un incontestable service aux praticiens désireux de traiter rationnellement les affections cutanées.

Maladies infectieuses (Deuxième série. Leçons cliniques professées à l'Hôpital Claude-Bernard), par A. LEMIERRE. Un volume, 310 pages, 55 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Lemierre a déjà publié un premier recueil où il a groupé des études cliniques très complètes sur les affections d'origine infectieuse les plus fréquentes et les plus redoutables.

On trouvera dans ce nouveau volume qui le complète dix-sept études nouvelles portant principalement sur des cas de septicémie, de spirochétose, d'érysipèle, de pharyngo-stomatite, de kala-azar, de paludisme.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pathologie cardio-vasculaire, par E. DONZELOT. Un volume de 82 pages (Collection des vérités premières). 24 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il paraît, *à priori*, bien périlleux de tenter d'enfermer toute la pathologie cardio-vasculaire si vaste, si nuancée, si complexe, en quatre-vingts pages. C'est cependant ce que l'auteur a réussi à faire, en ciselant de courtes formules dont tous les éléments ont été minutieusement choisis et posés.

Divers

Histoire de la Civilisation. I. *Les origines. — La Sumérie. — L'Egypte. — La Babylonie. — L'Assyrie*, par Will DURANT. Préface et traduction de Charles MOUREY. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 2 cartes, 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage est traduit en français et préfacé par M. Charles Mourey, qui le présente ainsi au lecteur français : « C'est en humaniste, en encyclopédiste, que Will Durant traite l'immense sujet qu'il a choisi. C'était, au surplus, la seule manière de l'aborder. Ne pouvant songer à reconstruire patiemment sur les documents de première main d'histoire de la civilisation, il a utilisé les travaux de ses devanciers, mais la liste des ouvrages qu'il a consultés — avec quel soin, les milliers de références contenues dans le corps de son livre l'attestent — montre l'étendue et la variété de ses « consultations ». Il a en outre soumis sa première rédaction au jugement de spécialistes réputés. Enfin il a voulu voir les pays dont il se proposait de décrire le passé. Après deux séjours en Europe, il a parcouru l'Egypte, le Proche-Orient, l'Inde, la Chine et le Japon. L'on s'apercevra en lisant les chapitres de ce livre consacrés à l'Egypte, à l'Inde, au Japon, combien ces voyages ont donné de vie à certains aperçus de l'auteur. A ce souci d'exactitude, à cette conscience dans la recherche de ses matériaux, M. Durant joint un art dans leur élaboration et dans leur présentation, une aisance dans la discussion des problèmes les plus ardus, dans l'exposé des doctrines philosophiques — où il est passé maître — dont nos amis anglo-saxons nous excuseront sans doute de vouloir faire remonter le mérite des ascendants, évidemment d'origine française, de M. Durant. Nous ne pensons pas que le public auquel la présente édition est destinée demeure insensible à des qualités qu'il aime par dessus tout ; nous sommes convaincus que toute personne qui aura lu, au hasard, deux des pages de ce livre ne résistera pas au plaisir d'en lire davantage et que tout le volume — en attendant les autres — y passera. »

TRAVAUX ORIGINAUX

La Tyraminémie des hépatiques [1]

Par **Maurice LOEPER, André LESURE**
et **Jacqueline BROUET-SAINTON**

On a très fréquemment étudié les variations de la tyrosine dans les urines et dans le sang des hépatiques et attribué à son accroissement une réelle valeur pronostique.

La tyrosine est un acide aminé normal de notre sang et de nos tissus et son rôle nutritif est incontestable.

Sa toxicité par contre est nulle.

Sous certaines influences, elle se tranfsorme en tyramine par décarboxylation. Cette transformation semble pouvoir se faire au sein même de nos tissus au cours de certains états morbides, mais elle se fait surtout dans l'intestin sous l'influence de certains microbes, en particulier du coli, du proteus, du putrificus, du pyocyanique.

Quelle que soit son origine , elle peut être arrêtée par le foie, s'oxyder ou se désaminer.

Lorsqu'elle est en excès dans le sang, elle s'élimine par les urines et un peu par la salive. En raison de son élimination par le rein, Volhardt a pensé qu'elle ne s'élevait dans le sang qu'au cours des néphrites.

Il nous a paru certain qu'elle s'élevait aussi dans les hypertensions, dans l'athérome et nous l'avons déjà dit ici-même.

Notre technique, brièvement résumée, est la suivante :

Précipitation par un réactif à l'acétone, à l'alcool isopropylique et à l'acide phosphotungstique.

Distillation.

Déplacement des phosphotungstates par la soude.

Extraction du résidu par l'éther.

Titrage de la tyramine avec le réactif phosphomolybdotungstique.

Cette méthode élimine les imidazols, les phénols, la tyrosine et l'histamine.

Nous voudrions aujourd'hui montrer son accroissement dans les hépatites et insister sur la valeur pronostique d'abord, pathogénique ensuite de cet accroissement.

Nous diviserons nos observations en deux catégories : hépatites stabilisées et hépatites évolutives graves.

Hépatites stabilisées
en milligr. pour 1.000 de sang frais

	Histamine	Tyramine
L. cirrhose	0	4,3
P. cirrhose, œdèmes	2,8	3,1
C. cirrhose	1.7	3,2
D. cirrhose, œdèmes	2,1	1,8
R. cirrhose	2.1	2,7
P. cirrhose tuberculeuse	2,3	4,8
F. cirrhose	1,2	3,8

Ces chiffres sont un peu plus élevés que les chiffres normaux puisque dans nos examens la tyramine à l'état normal dépasse rarement 2 milligr. pour 0 d'histamine.

Hépatites évolutives graves
en milligr. pour 1.000 de sang frais

	Histamine	Tyramine
R. hépatique subaiguë, troubles nerveux	1,4	8,7
S. hépatite mortelle	traces	8,2
V. hépatite grave	3,2	7,3
S. hépatite grave	1,3	5,7
S. hépatite, accident terminal	2,8	6,3

(1) M. LOEPER et A. LESURE. — Le taux de certaines phénylamines évaluées en tyramine dans les sérums des hypertendus. C. R. de la Société de Biologie, CXXII-18, p. 292.

Hépatites évolutives graves
en milligr. pour 1.000 de sang frais

	Histamine	Tyramine
A. hépatite sans ascite	traces	6,5
K. hépatite et cœur	2,5	6,4
L. hépatite subaiguë	3,4	8,7

L'accroissement est ici patent et semble proportionnel à la gravité de la maladie.

D'ailleurs, nous avons vu au cours d'une amélioration, le taux de tyramine, chez un même malade s'abaisser de 4,2 à 3.2.

Et, au cours de l'aggravation progressive de quatre hépatites, le chiffre de tyramine s'élever respectivement à 8 et à 14 mgr.

La tyramine passe dans le liquide abdominal et nous avons pu, dans deux cas comparer le taux respectif du sang et de l'ascite :

6,3 et 6,1
4,6 et 7,8

Il semble donc que la tyraminémie ou mieux l'index tyramine puisse avoir une valeur pronostique.

Il semble aussi que, du fait de son action expérimentale sur la pupille, le système nerveux, les vaisseaux et la tension artérielle, elle puisse jouer un rôle dans la production de certaines lésions vasculaires ou de certains troubles nerveux qui restent d'ailleurs à déterminer exactement.

(Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine.)

Les hyperthermies provoquées

Par **Charles RICHET**

Un Congrès international de pyrétothérapie vient de se réunir à New-York. Il groupait les représentants de 21 nations et remporta un succès remarquable. La masse des documents qui y fut présentée, en particulier par les Nord-Américains, était impressionnante. Les Français dont la délégation était nombreuse, y apportèrent nombre de faits cliniques et s'efforcèrent surtout de faire la synthèse de cette nouvelle thérapeutique.

Nouvelle ? Il semble que oui. Certes, la géniale découverte de Wagner-Jauregg date d'une vingtaine d'années. Mais depuis la guérison de la paralysie générale par la malaria, les faits ont singulièrement fait éclater les barrières de cette première découverte. Une véritable révolution thérapeutique groupant la plupart des branches de la médecine se manifeste sans qu'on puisse encore indiquer jusqu'où elle aboutira, qu'il s'agisse de syphilis cutanée ou d'urétrite gonococcique, d'arthrite infectieuse ou de mycosis fungoïde, de chorée ou de rhumatisme articulaire aigu, de dilatation des bronches ou d'ostéomyélite.

La pyrétothérapie, qui au début, comme toutes les thérapeutiques actives, eut à son passif quelques cas malheureux, n'est plus une méthode dangereuse si le médecin remplit les trois conditions suivantes :

a) élimination des malades fragiles,

b) soins avant et après la cure,

c) surveillance permanente au cours de l'accès fébrile, portant en particulier sur le contrôle rigoureux de la température centrale en sachant que toute température dépassant 41°5 peut être dangereuse (1).

(1) Nous ne sommes pas égaux devant l'hyperthermie et nous pouvons citer nos expériences déjà anciennes sur les souris mises au soleil dans des conditions identiques ; certaines mouraient rapidement ,d'autres plus lentement, d'autres plus tardivement encore. Plus démonstratifs sont les faits cliniques qui ont prouvé que, exceptionnellement il est vrai, la mort pouvait survenir chez les sujets soumis à la fièvre artificielle quand

Cette limite de 41,5 pour la température centrale que nous indiquons comme celle de la température maniable ne s'applique qu'aux malades soumis à ce que nous appelons l'hyperthermie passive. Elle est souvent dépassée par les médecins américains, ce qui est parfaitement justifié dans certaines affections graves mettant les jours du malade en danger. Mais à notre avis il y a risque à aller au delà. Si l'on emploie ce que nous appelons l'hyperthermie active, cette température de 41°5 est une température dangereuse et l'on doit s'efforcer de ne pas l'atteindre. Nous croyons que la prudence est de rester au-dessous de 40°5.

Le champ de la pyrétothérapie sera particulièrement étendu si on sait associer pyrétothérapies locale et générale et si dans nombre d'états pathologiques on adjoint pyréto et chimiothérapie.

***

Lorsque le public médical parle de pyrétothérapie, c'est à tort qu'il croit employer un mot univoque répondant à la définition de la définition donnée par Descartes « *Omni definito et soli definito* ».

Il y a en effet, comme nous l'avons dit dans notre rapport au Congrès de New-York, deux grandes classes d'hyperthermie provoquée. L'hyperthermie *active* et l'hyperthermie *passive*.

A l'esprit une comparaison s'impose : celle de l'immunité. Dans l'immunité passive (sérothérapie) on apporte à l'organisme humain des anticorps préformés. Dans l'immunisation active on incite l'organisme à fabriquer les anticorps en lui injectant des virus actifs, ou atténués, des corps bactériens morts, etc...

L'hyperthermie passive est celle que présente un homme plongé dans un bain suffisamment chaud, ou même dans une atmosphère chauffée et humide (principe du Kettering hypertherm). L'hyperthermie provoquée par la dégradation de l'énergie électrique (ondes courtes), ou par l'électricité induite entre dans le même groupe. L'organisme reçoit de la chaleur, il l'emmagasine, il ne la forme pas : le seul effort qu'il ait à faire est non pas celui de thermogénèse, mais au contraire celui de thermolyse. Le phénomène fondamental, c'est donc l'hyperthermie. Accessoirement, il est plus exact de dire *secondairement*, cette hyperthermie va susciter d'autres réactions de l'organisme, mais ces réactions seront sous la dépendance directe de la fièvre. Elles seront d'autant plus intenses et plus prolongées que la fièvre elle-même aura été plus élevée et plus durable, exactement comme sont plus intenses les phénomènes d'oxydoréduction d'un fragment de muscle ou de cerveau dans une étuve à 40° que dans une étuve à 37°.

Inutile d'insister sur ces réactions organiques ; elles sont classiques (1).

L'hyperthermie active est autre. Certes, nombre de caractères de l'hyperthermie passive s'y rencontrent, mais il y a quelque chose de plus. Rappelons comment on la provoque : On peut inoculer un virus, tel celui du paludisme, etc... ; on peut injecter des protéines étrangères : protéines animales comme le lait, ou protéines humaines modifiées comme dans l'autosérothérapie, ou protéines bactériennes tels le T. A. B., le propidon, le dmelcos, la levure, etc... (il est curieux de noter que les protéines végétales ne semblent pas avoir été utilisées) ; ou des dérivés protéiques telles les peptones ; ou des colloïdes tel l'électrargol, etc., ou certaines substances chimiques, tel le soufre ; on peut faire ingérer des produits toxiques, tels certains phénols. Tous ces procédés élèvent la température de l'organisme humain, mais par un mécanisme qui n'a plus rien de comparable avec celui de l'hyperthermie passive.

leur température centrale atteignait 41°7 ou 41°8, alors que à maintes reprises d'autres malades ont pu sans incident et dans les mêmes conditions supporter une température s'élevant à 42° ou même plus.

(1) Cependant vu leur importance signalons deux phénomènes qui se rencontrent d'ailleurs également dans l'hyperthermie active. D'une part il y a dans l'organisme hypertherme augmentation de toxicité des drogues, donc augmentation de leur activité thérapeutique ; d'autre part certains agents pathogènes, spécialement le gonocoque, puis à un degré moindre le tréponème, à un degré moindre encore méningocoque et peut-être mélitocoque sont sensibles à cette élévation thermique, ceci aussi bien *in vitro* qu'*in vivo*.

Dans l'hyperthermie passive la combustion augmente parce que la température du milieu s'élève. Ici les phénomènes sont inverses, c'est parce que la cellule vit de façon plus intense que la température s'élève, il y a un effort de survitalité que fait l'organisme. L'hyperthermie est secondaire à cet effort. Cette augmentation de vie cellulaire peut être directe, c'est-à-dire due à l'excitation de la cellule elle-même ; plus souvent elle est sous la dépendance de la stimulation nerveuse. Sous une autre forme la chaleur supplémentaire n'est pas apportée par une source d'énergie calorifique externe, mais c'est parce que les cellules fonctionnent davantage que la température s'élève (1). Au moment du frisson infectieux, comme l'a vu Delcourt-Bernard, la combustion cellulaire mesurée par la quantité de CO^2 exhalée est double de celle constatée avant l'inoculation du vaccin. Cette augmentation est bien supérieure à l'augmentation de combustion cellulaire d'un organisme soumis à l'hyperthermie passive.

Il nous est difficile de donner les signes biologiques qui différencient les hyperthermies actives des passives. En effet l'étude des modifications des agglutinines, des opsonines, des anticorps, etc... ne fournit que des résultats discordants, variant suivant les techniques et même suivant les auteurs.

La meilleure preuve des différences qui existent entre ces deux modes d'hyperthermie est encore la preuve clinique. Comparons en effet les résultats observés par Simpson dans la syphilis, par Schnabel et Fetter dans les arthropathies gonococciques, auteurs qui utilisaient l'hyperthermie passive, ou ceux que nous avons obtenus avec François Joly, Jean Facquet et Henri Netter dans les mêmes groupes morbides, nous voyons que les résultats sont tout à fait du même ordre. Or les auteurs américains utilisent des hyperthermies passives beaucoup plus intenses et plus prolongées que les hyperthermies actives réalisées par nous.

La plupart de leurs malades subissent, répartie en plusieurs séances, une hyperthermie centrale de 41°5 environ, durant 25 à 40 heures, alors que pour un nombre de séances comparable les nôtres n'avaient guère qu'une hyperthermie centrale de 39°5 ou de 40° pendant 15 à 20 heures. Cette identité de résultats malgré les différences dans la durée et l'intensité de la fièvre montre qu'il y a bien deux hyperthermies de nature et de mécanisme différents : l'active et la passive.

***

Cependant, les faits sont plus complexes que paraîtrait l'indiquer cette division par trop simplifiée. Essayons en effet d'aller plus loin. Reprenons ces deux grandes classes d'hyperthermie. Dans chacune d'elles, même à durée et élévation thermiques comparables, on note des différences.

Les quatre types d'hyperthermie passive actuellement les plus employés, le bain chaud, (procédé de Walinski), le Kettering hypertherm, l'électricité induite (procédé de Neymann) ou les ondes courtes, ne sont pas identiques. L'électricité induite et les ondes courtes déterminent une hyperthermie dont les résultats sont différents de ceux que donnent le bain chaud et le Kettering. Les ondes courtes par exemple agissent probablement sur l'organisme même à dose non hyperthermisante comme l'ont montré différentes recherches, celles de Dausset en particulier.

Mais c'est dans le jeu si varié des hyperthermies actives que l'on verra le plus de modalités différentes. Il y a en effet dans l'hyperthermie active la plus simple, au moins deux groupes de phénomènes qui se combinent en proportions variables, donnant à chaque variété étiologique un aspect particulier.

Pour Abrami l'hyperthermie active est liée au phénomène du choc, si bien que pour lui la pyrétothérapie s'apparente tout à fait, si elle n'est pas identique à la thérapeutique par choc.

(1) Nous n'avons pas à discuter ici la pathogénie de la fièvre. Les recherches de Bezançon et celles de Vaughan ont montré que l'hyperthermie était bien souvent provoquée par des molécules d'hétéroprotéines formées dans l'organisme sous l'influence des agents infectieux ou toxiques et lancées dans la circulation.

Les arguments qu'Abrami développa au Congrès de pyrétothérapie sont les suivants. D'une part, il y a un ensemble de phénomènes humoraux, qui se retrouvent identiques dans le choc et dans l'hyperthermie active. D'autre part, il a constaté avec Widal que l'injection intraveineuse de certaines protéines au cours de la fièvre typhoïde ou de la mélitococcie pouvait amener en quelques heures la guérison de ces états dont la fièvre avait auparavant duré quelques semaines. Et pourtant malgré que le choc fut intense l'élévation thermique n'était que de quelques dixièmes de degré. Enfin il avait observé des malades guérissant à la suite d'une injection choquante (peptone par exemple) que cette injection déterminât ou non de la fièvre.

Contre ces faits indubitables, on peut, et c'est ce qui montre la complexité du problème, en élever d'autres qui ont une valeur identique.

Les réactions humorales sont loin d'être caractéristiques et, pour prendre un exemple, la malaria provoque une diminution du nombre de globules blancs, mais le dmelcos n'en change guère le nombre et l'électrargol l'augmente.

Le retard à la coagulation ne s'observe guère avec certains de ces procédés qui déterminent une forte hyperthermie, il se retrouve au maximum avec la peptone qui au contraire ne provoque qu'une hyperthermie très modérée. Si les phénomènes cliniques ressemblent parfois à ceux du choc, parfois ils en diffèrent complètement et nous avons vu bien souvent des sujets qui à l'acmé de la fièvre provoquée par le dmelcos ou la sulfosine, c'est-à-dire vers 40°, lisaient leur journal ou calculaient de tête — ce qui n'est guère, on l'avouera, le fait de sujets choqués — Or, chez de tels sujets pour lesquels c'eût été un non sens de prononcer le mot de choc, on observait à la suite de leur accès fébrile une amélioration remarquable si bien que modifiant notre première opinion (nous admettions presque une opposition entre le choc et l'hyperthermie), nous sommes maintenant arrivés à cette conclusion : « Il est des malades qui guérissent par le choc sans fièvre, il en est d'autres qui guérissent par la fièvre sans choc » (1). Mais très souvent les deux phénomènes, le choc et l'hyperthermie sont associés.

Examinons les effets physiologiques de trois substances : la peptone, le T. A. B. et de Dmelcos, et tâchons de reconnaître la part de ces deux éléments : la fièvre et le choc. Nous allons voir qu'ils s'associent, mais en proportions variables.

L'injection intraveineuse de peptone chez l'homme détermine un choc souvent intense. Quand l'hyperthermie existe, ce qui n'est pas constant, elle est en général discrète. On a l'impression qu'elle ne joue aucun rôle thérapeutique.

L'injection intraveineuse de T. A. B. chez l'homme non fébrile détermine les deux ordres de phénomènes, le choc et l'hyperthermie. Suivant les cas, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui domine l'état clinique.

Faisons maintenant à un troisième malade non fébrile également une injection de streptobacilles à dose modérée (250 millions par exemple), nous en avons une certaine habitude puisque nous avons fait environ 2.000 injections. Or nous n'avons observé qu'exceptionnellement des phénomènes de choc. Quand il existait, il était toujours très atténué ; quant aux manifestations humorales que nous avons notées, il fallait une bonne volonté extrême pour les rapporter au choc.

Ainsi les substances injectées en vue de déterminer l'hyperthermie active, provoquent un tableau clinique où entrent en proportion inégale : phénomènes de choc et hyperthermie.

Mais nous avons trop simplifié. En effet, nous n'avons pas tenu compte de deux autres variétés de symptômes qui peuvent encore se manifester, compliquant ainsi le mécanisme de la guérison : *l'infection, les symptômes locaux.*

Dans la malariathérapie, même en admettant la théorie si ingénieuse d'Abrami et de Senevet, on ne peut résumer l'infection par le mot de choc ou d'hyperthermie. L'organisme est profondément modifié non pas seulement par le choc de l'accès palustre, mais encore par le développement de l'état infectieux.

Quant aux symptômes locaux, ils s'observent au maximum dans l'abcès de fixation qui, peut-être, entre dans le cadre de la pyrétothérapie. Ils se constatent également, mais à un degré moindre, à la suite des injections intramusculaires de propidon et d'autres vaccins qui déterminent une fièvre non négligeable. De même les injections de sulfosine qui constituent un mode actif de pyrétothérapie donnent presque toujours une réaction locale qui pour des observateurs non prévenus pourrait faire croire à l'apparition d'un abcès.

Quelle part peut-on faire jouer à ces phénomènes locaux ? Sauf pour l'abcès de fixation (et encore) nous l'ignorons. Cependant nous avons observé avec la sulfosine que les résultats thérapeutiques étaient d'autant plus nets que la réaction locale était plus intense. Ducosté a observé sur plusieurs centaines de paralysies générales et à la suite de l'inoculation *intracérébrale* de virus malarique associé à de l'antitoxine tétanique un pourcentage de guérisons de 80 % dans la paralysie générale, bien supérieur à ce que détermine l'inoculation malarique intraveineuse ou intramusculaire, montrant ainsi que les phénomènes locaux jouaient probablement un rôle considérable dans la guérison de certains états infectieux. Ne peut-on rapprocher cette action locale de l'immunité locale découverte par Besredka.

En reprenant les différents procédés utilisés pour déterminer l'hyperthermie active on peut dresser le petit tableau suivant qui montre que l'hyperthermie active n'est pas une mais multiple, que chacune a son individualité et que par conséquent autant qu'on puisse émettre une prophétie, chacune d'elles aura ses indications particulières.

1° Substances ne déterminant guère que des phénomènes *d'hyperthermie, choc discret* ou *nul* : Vaccin streptobacillaire intraveineux.

2° Substances déterminant de *l'hyperthermie associée à des phénomènes locaux* ; *choc nul ou atténué* : Huile soufrée, (phén. locaux discrets : Hyperthermie notable) ; Propidon, (phén. locaux et hyperthermie assez notables). Abcès de fixation (phénomènes locaux intenses. Hyperthermie discrète).

3° Substances dont l'injection intraveineuse détermine *choc et hyperthermie d'intensité à peu près comparable.*

T. A. B. Gonocoque

4° Substances déterminant un *choc intense et une hyperthermie souvent discrète* : Peptone intraveineuse.

Très nombreuses protéines intraveineuses, on pourrait même dire toutes les hétéro-protéines à doses suffisantes.

Sérothérapie, spécifique ou non, intraveineuse.

5° Substances déterminant à la fois les trois ordres de symptômes : *phénomènes locaux, choc et hyperthermie.*

Injection sous cutanée ou intramusculaire de lait : exceptionnellement huile soufrée et propidon.

6° Méthodes associant à des phénomènes de *choc* et d'*hyperthermie* des *manifestations infectieuses*, virus malarique, recurrentiel, etc...

* * *

Que conclure de tous ces faits que nous avons pourtant simplifiés, c'est que sous le nom de thérapeutique par la fièvre ou de pyrétothérapie, nous désignons des méthodes qui ne sont

(1) Entre parenthèses, d'ailleurs nous devons souligner ce fait que malgré l'autorité qui s'attache aux travaux de Widal et de son école, ce mot de *choc* est aussi mauvais que possible. Certes il a le mérite de souligner par son euphonie même la brutalité du phénomène, mais il prête à amphibologie.

En effet, quand Travers, le chirurgien anglais, en 1826, utilisa ce mot, c'était pour désigner l'état des sujets qui avaient subi un traumatisme, et de ce fait étaient refroidis, en état de collapsus cardiaque et de prostration nerveuse, ce mot fut adopté, c'est le schock chirurgical ou traumatique. Quand Schmidt Mulheim étudia la peptone en injection intraveineuse chez le chien et eut vu en 1880 cette même prostration nerveuse accompagnée d'incoagulabilité du sang et d'hypothermie, il identifia les deux processus sous le nom de choc peptonique que les biologistes et les cliniciens étendirent à l'anaphylaxie (choc anaphylactique de Besredka).

Les travaux de Nolf, ceux de Widal, Abrami et de leur école ajoutent d'autres signes, entre autres le caractère rutilant du sang veineux, qui de tous ces caractères humoraux paraît le plus important, car il prouve que les cellules cessent d'exercer leur fonction normale et qu'il y a une véritable inhibition cellulaire. Autrement dit le choc vrai est caractérisé par le refroidissement, la prostration nerveuse, l'hypotension, le caractère rutilant du sang veineux, et les autres caractères de l'hémoclasie que nous n'avons pas à détailler ici.

pas identiques. Certes les unes et les autres produisent une élévation thermique ; certes grossièrement leur action thérapeutique paraît comparable, mais nous avons vu que là se bornait leur similitude. Actives ou passives, les hyperthermies agissent par des mécanismes qui ne sont pas homologues (1).

Chaque procédé a évidemment son avantage. La pyrétothérapie passive a le mérite de régler de façon précise le degré thermique que l'on veut atteindre. La pyrétothérapie active a l'avantage de faire appel aux défenses de l'organisme stimulées à la fois par la perturbation cellulaire et par la simple élévation thermique.

Dans les hyperthermies passives, la source calorique n'est pas toujours la même puisque tantôt il s'agit d'apport calorique simple, tantôt de dégradation de l'énergie électrique fournie à l'organisme par ondes courtes ou courant induit.

Dans l'hyperthermie active, il y a un mélange d'hyperthermie et de choc, parfois associés à des phénomènes infectieux et des réactions locales, en proportions variables suivant l'agent hyperthermisant et le terrain.

Il n'est pas douteux que chaque mode d'hyperthermie ayant son individualité, chacun d'eux va agir de façon différente sur les divers états morbides.

Il est en effet paradoxal, et cela heurte le bon sens, de soigner par la même technique une paralysie générale et une arthrite gonococcique, une syphilis secondaire et une chorée.

Organiser, ordonner et classer l'action de chaque mode d'hyperthermie nous paraît devoir être une des tâches du prochain congrès international de pyrétothérapie qui doit se tenir en juillet 1940 à Paris sous la présidence d'Abrami ; nous demandons à tous les médecins français de faire un effort pour y apporter des documents et pour le rendre plus fructueux encore que ne le fut celui de New-York.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des goitres avec hyperthyroïdie (2)

Par le Professeur **MASSABUAU**

Définition. — Il est bien entendu et généralement admis que, sous le nom de *goitre*, on désigne une tumeur du corps thyroïde consécutive à une prolifération bénigne de son épithélium ; en d'autres termes, le goitre est l'adénome du corps thyroïde.

Ce qui permet d'établir la principale différenciation entre les goitres, ce n'est pas tant la diversité anatomo-pathologique que la manière dont ces altérations anatomiques retentissent sur le fonctionnement de la glande.

Ce fonctionnement peut ne pas être altéré : nous dirons alors que nous avons à faire à un *goitre simple*, qui ne saurait déterminer que des troubles de compression ou d'affaissement trachéal.

Au contraire, ce fonctionnement peut être altéré : consécutivement à l'hyper-fonctionnement de l'épithélium en prolifération, il y a hypersécrétion ; nous dirons alors que nous avons à faire à un *goitre avec hyperthyroïdie*, déterminant de graves désordres fonctionnels et organiques.

Avant d'aborder l'étude thérapeutique de ces goitres avec hyperthyroïdie, il me paraît indispensable de revoir rapidement avec vous quelles sont les manifestations cliniques de cette hyperthyroïdie et comment ces manifestations peuvent être interprétées.

I. Conception actuelle des goitres avec hyperthyroïdie

Il faut en distinguer deux variétés principales :

Le *goitre basedowien* auquel on donne encore le nom de goitre exophtalmique, ou, pour rappeler le nom de ceux qui l'ont le mieux décrit, maladie de Graves ou de Basedow ; et à côté de lui le *goitre toxique*.

A. *Le goitre basedowien*

Nous l'observons surtout chez la femme ou dans le jeune âge et l'on a remarqué depuis longtemps sa prédilection pour les terrains névropathiques. Le goitre est de petites dimensions, quelques fois perceptible par la palpation seule, dépassant rarement le volume du poing ; il s'agit toujours d'un goitre diffus, portant sur les deux lobes, avec conservation de la forme de l'organe.

La consistance est habituellement ferme.

Les symptômes fonctionnels se divisent en symptômes cardinaux et symptômes accessoires.

a) Symptômes cardinaux. — Ils consistent, vous le savez, en une triade vraiment pathognomonique.

La *tachycardie*, constante, portant le chiffre des pulsations à 120 ou 130 à la minute, s'accompagne d'une élévation de la tension artérielle et détermine souvent, à l'auscultation, la perception de souffles fonctionnels parfois anorganiques.

Ces symptômes traduisent une défaillance du myocarde et expliquent l'évolution vers l'asystolie.

L'*exophtalmie*, plus ou moins accentuée, est peut être un peu moins constante. C'est elle qui donne au malade cet « aspect tragique » quelquefois si impressionnant. Elle est directe et symétrique. Elle s'accompagne d'une série de symptômes traduisant des troubles de la musculature extrinsèque de l'œil et bien connus sous le nom de signes de de Grœfe, de Stellwag, de Moebius, etc...

Le *tremblement des extrémités*, que l'on met en évidence en demandant au malade d'étendre la main dans le geste du serment et d'écarter les doigts, est, vous le savez, caractérisé par la rapidité et par la petitesse des oscillations.

b) Symptômes accessoires. — A cette tirade symptomatique s'ajoutent des troubles nerveux divers qui sont sans doute accessoires mais habituels :

Troubles de la sensibilité consistant en algies diffuses souvent très pénibles ; troubles de la vasomotricité consistant en bouffées de chaleur, œdèmes diffus, diarrhée ; troubles du psychisme dont les traits essentiels sont les modifications du caractère, l'instabilité de l'humeur et l'extrême émotivité.

Il peut y avoir aussi des troubles des sécrétions glandulaires intéressant le foie et se manifestant alors par de la glycosurie alimentaire, ou portant particulièrement sur les reins et consistant en une polyurie qui fera bientôt place à de l'oligurie.

Enfin l'état général est altéré et décline progressivement ; l'amaigrissement est extrême, le malade marchant rapidement vers une cachexie bientôt inquiétante.

Comment pouvons-nous expliquer ces différents symptômes ? — Les uns sont nettement sous la dépendance du dysfonctionnement thyroïdien, de la viciation de la sécrétion glandulaire : c'est la tachycardie, c'est le tremblement, c'est l'amaigrissement. Le dysfonctionnement encore motivera l'augmentation du métabolisme basal, dont je vais préciser la signification et souligner l'impor-

(1) Peut-être certains procédés d'hyperthermie passive, comme les ondes courtes peuvent-ils de façon accessoire déterminer une certaine hyperthermie active. Me Brunner-Ornstein à la clinique de Wagner-Jauregg a constaté en effet que le sujet qu'on retirait du champ d'ondes courtes pouvait dans les minutes qui suivaient, voir sa température monter de quelques dixièmes de degrés.

(2) Leçon clinique faite à l'Hôpital Saint-Eloi.



tance. Les autres sont sous la dépendance d'une excitation permanente du sympathique ; l'exophtalmie, les troubles vaso-moteurs sont la conséquence de cette hypersympathicotonie qui peut être recherchée, d'ailleurs, par ses tests physiologiques et pharmacodynamiques habituels et dont le rôle est amplement prouvé par l'efficacité thérapeutique de produits tels que l'éphédrine et l'yohimbine.

A l'heure actuelle, l'étude de ces différents symptômes ne saurait d'ailleurs nous suffire et nous n'avons pas le droit de nous dispenser d'une recherche supplémentaire dont le résultat peut être considéré comme un critérium de valeur absolue : la mesure du MÉTABOLISME BASAL, constante physiologique qui précise le minimum d'énergie nécessaire au fonctionnement vital.

Vous savez quelle est la technique de cette recherche et qu'elle consiste à mesurer le nombre de calories dégagées par mètre carré de l'organisme en une heure, le sujet étant au repos et à jeun.

L'augmentation de ce métabolisme peut être considérable et atteindre 100 %. En pratique, nous ne la considérons comme pathologique que quand elle est au-dessus de 20 à 30 %.

B. *Le goitre toxique*

Celui-ci se caractérise par des signes bien différents : il n'apparaît pas d'emblée, mais, au contraire, chez un sujet porteur depuis longtemps d'un goitre simple n'ayant donné jusque là aucun signe d'hyperthyroïdie : brusquement ces signes apparaissent ; le goitre simple devient un goitre toxique et, comme on l'a dit pour marquer sa ressemblance avec la forme précédente, le goitre « se basedowifie ».

Malgré tout, les symptômes cliniques de l'hyperthyroïdie ne sont pas aussi nets. Il y a bien de la tachycardie mais l'exophtalmie manque souvent et les troubles nerveux ou psychiques sont peu marqués.

Par contre, le métabolisme basal a subi une augmentation qui paraît d'autant plus considérable que les signes cliniques sont modérés.

Peut être, dans ces cas-là, l'intoxication thyroïdienne prendrait elle le pas sur les troubles sympathiques.

II. Traitement

Il nous est maintenant facile d'en étudier utilement les ressources et les règles reposant sur les quelques données que je viens d'exposer.

Ce n'est que vers la fin du XIX[e] siècle, aux environs de 1880, que le traitement des goitres est entré dans une phase active et rationnelle.

A cette époque, la ligne de conduite avait été ainsi tracée par Tillaux : « Tous les efforts doivent porter sur la glande thyroïde altérée, d'abord en instituant un traitement iodé, puis en le supprimant ».

Dans la suite, la connaissance plus précise de la pathologie du sympathique et l'interprétation de certains des symptômes du goitre comme liés à des troubles du système nerveux de la vie de relation déclenchèrent une réaction et une orientation nouvelle de la thérapeutique. Jaboulay, de Lyon, d'abord et après lui, Jonnesco, de Bucarest, entreprirent de faire porter le traitement sur le sympathique et tentèrent, sur le trajet de la chaîne cervicale, des sections ou des réactions dont les résultats étaient assez inconstants.

A l'heure actuelle, on dissocie les symptômes du goitre avec hyperthyroïdie et l'on reconnaît que, si les uns traduisent un état sympathicotonique, les autres traduisent plutôt un état thyréotoxique.

Aussi revient-on en quelque sorte à la formule de Tillaux : le traitement de base doit être avant tout médical, l'intervention chirurgicale qui tend à détruire la glande ne devant être instituée qu'après échec des tentatives médicales.

I. Traitement médical

A la base de ce traitement, dont elle constitue l'élément fondamental, il faut mettre l'administration de l'*iode*, qu'on peut donner sous forme de la solution iodo-iodurée connue sous le nom de solution de Lugol et dont la formule est :

Iode	5 grammes
Iodure de potassium	10 grammes
Eau	100 grammes

Cette administration doit être progressive et vous commencerez par donner 4 gouttes par jour pour augmenter progressivement en arrivant jusqu'à 40 et même 50 gouttes par jour.

Un médicament actuellement très en faveur est la *diiodotyrosine* que fabriquent sous forme de comprimés différents laboratoires de spécialités. Cette substance, qui a été isolée dans la glande thyroïde à côté de la thyroxine, a des effets pharmacodynamiques opposés à celle-ci. On considère d'ailleurs à l'heure actuelle que le rôle essentiel du corps thyroïde serait d'équilibrer l'action de ces deux hormones. Comme, d'autre part, il est établi que l'iode absorbée par voie buccale se combine dans l'organisme pour donner de la diiodotyrosine, il devenait donc logique d'administrer directement cette substance au malade.

De fait, cette médication, outre qu'elle paraît mieux tolérée que l'iode par l'estomac, semble avoir une action thérapeutique plus douce et aussi efficace à la fois.

Vous pouvez donc, si bon vous semble, remplacer l'administration classique de l'iode par celle plus moderne de la diiodotyrosine.

Il faut encore faire bénéficier le malade, à côté de ce traitement qui reste malgré tout essentiel, de différentes autres prescriptions :

1° Les médecins Suisses disent grand bien de régimes spéciaux, dont ils ont une expérience étendue ; ces régimes, dans le détail desquels je ne saurais entrer ici, ont pour but essentiel de diminuer la sensibilité des cellules à la thyréotoxine, d'améliorer le métabolisme des sucres, et d'augmenter le pouvoir défensif du foie.

2° Enfin il est souvent indiqué de lutter contre l'hypersympathicotonie vis-à-vis de laquelle on emploie utilement l'éphédrine, l'yohimbine et l'ergotamine.

Mais en réalité, et il faut bien le redire, c'est le traitement iodé qui constitue l'élément vraiment actif de cette thérapeutique, ce qui nous amène à la question suivante :

QUELS SONT LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT IODÉ ? — Trois éventualités peuvent se produire :

PREMIER CAS. — Les résultats du traitement iodé sont franchement mauvais et se manifestent assez rapidement : on voit les symptômes s'exagérer et le métabolisme basal subir une augmentation croissante.

Il importe de préciser que cette éventualité concerne surtout les goitres toxiques. En effet, cette variété réagit mal à l'iode qui donne une sorte d'hyperactivation à la sécrétion glandulaire viciée. Pour marquer le rôle de l'iode dans l'aggravation du syndrome basedowien, on caractérise ces cas par le nom d'iode-Basedow.

Dans ces conditions, la continuation du traitement est évidemment dangereuse.

DEUXIÈME CAS. — L'efficacité du traitement iodé est douteuse, les résultats sont à peu près nuls, l'état du malade reste stationnaire et le meilleur test de cette indifférence du goitre au traitement iodé est fourni par le métabolisme basal qui reste constant. Il va de soi qu'alors la continuation du traitement iodé est inutile.

TROISIÈME CAS. — Sous l'action du traitement iodé, on observe une amélioration très sensible, qui se manifeste par une atténuation des signes locaux, par une sédation des troubles nerveux, par un arrêt de l'amaigrissement,

◆◆

dont témoignent en même temps que l'amélioration de l'état général, l'abaissement progressif du métabolisme basal.

Résultats heureux, mais dans la voie desquels il ne faut pas vouloir trop obtenir. En effet, la continuation indéfinie et l'excès du traitement iodé risqueraient de produire une aggravation brusque des symptômes, une véritable réactivation du goitre.

Il ne faut donc pas considérer ce traitement iodé, même dans les cas favorables, comme un traitement définitif. Lorsqu'une sédation suffisante a été obtenue du côté des symptômes les plus importants, lorsque surtout le métabolisme basal s'est progressivement abaissé jusqu'à n'atteindre plus qu'une augmentation de 30 %, il faut savoir s'arrêter et accepter que ce traitement iodé ne soit qu'un traitement préparatoire du traitement radical.

Il sera temps, alors, avec la sécurité fournie par l'administration judicieuse de l'iode, d'envisager les possibilités de ce traitement radical qui vise à supprimer la sécrétion thyroïdienne viciée elle-même, c'est-à-dire à détruire la matrice de l'hyperthyroïdie, en attaquant la glande thyroïde.

II. Traitement définitif

Deux méthodes s'offrent à notre choix pour réaliser cette destruction du goitre : la radiothérapie et la chirurgie.

Chacune a ses partisans et, à vrai dire, ses succès. Si l'on étudiait les statistiques, en effet, aussi bien celles publiées par les chirurgiens (et je fais surtout allusion à celle des frères Mayo, de Rochester, qui depuis longtemps pratiquent cette chirurgie du goitre, sous le couvert des garanties essentielles qu'elle impose) que celles fournies par les radiologues, on arrive à un pourcentage de guérisons important dont le chiffre atteint 50 à 60 %. Une des dernières parmi les statistiques chirurgicales, celle de Pierre Duval, arrive même au chiffre de 85 %.

Que conclure de ces résultats à peu près également favorables, sinon que l'une et l'autre méthode sont bonnes à la condition qu'elles soient appliquées chacune au cas auquel elle convient le mieux ; car il serait inexact de penser que l'emploi de l'une ou de l'autre est indifférent.

Comment donc arriver à sélectionner les cas, de manière à appliquer à chaque groupe la méthode appropriée ? Cette sélection se fera en observant les résultats donnés par un essai de traitement radiothérapique.

Traitement radiothérapique. — En pratique il faut donc toujours faire une tentative de traitement radiothérapique, tentative de courte durée, se bornant à quelques séances.

C'est alors que l'on pourra envisager suivant la manière dont se modifient les symptômes trois éventualités différentes.

Premier cas. — *Le traitement radiothérapique donne une amélioration rapide.* — Il faut alors continuer, tout en suivant les variations du métabolisme basal qui reste le meilleur guide. Progressivement, on aboutira à la stérilisation du goitre c'est-à-dire à une véritable guérison. Tel est le cas pour un grand nombre de goitres basedowiens.

Deuxième cas. — *La radiothérapie donne une amélioration douteuse ou insignifiante.* — Dans ces conditions, si le métabolisme basal ne bouge pas et reste élevé, au bout de quelques semaines et sans s'attarder, il faut abandonner la radiothérapie et se résoudre au traitement chirurgical.

Troisième cas. — *La radiothérapie aggrave le syndrome d'hyperthyroïdie* et le métabolisme basal, par son élévation continue, signe cette aggravation. A ces cas, l'on a donné le nom de *radio Basedow*, de même que l'on appelait *iode-Basedow* les aggravations par le traitement iodé. Dans les 2 cas, du reste, il s'agit essentiellement de goitres toxiques.

En présence de ces résultats, il faut interrompre immédiatement le traitement radiothérapique et se retourner vers la chirurgie.

Traitement chirurgical. — Il résulte tout naturellement de ce que je viens d'exposer que le traitement chirurgical naît des contre-indications de la radiothérapie.

Mais, avant d'en exposer les modalités et étant donné que ce traitement sanglant détermine un choc opératoire important, il faut bien connaître les conditions cliniques qui obligent à y renoncer, en d'autres termes quelles sont ses contre-indications.

Ce sont essentiellement les cas dans lesquels le malade se trouve à l'extrême limite de son mal : cachexie, intoxication profonde, « cœur forcé », fonctionnement vicieux du foie et des reins. En outre, certains cas aigus ou subaigus, du fait de l'ancienneté ou de l'excès de l'intoxication, ne doivent pas être touchés davantage.

Ces cas mis à part, *quelles seront les directives du traitement chirurgical ?*

La thyroïdectomie totale préconisée par Tillaux est abandonnée. Il faut, en effet, pour éviter les accidents thyréoprivés, pour conserver les glandes parathyroïdes et éviter les accidents consécutifs à leur sacrifice, et enfin pour ménager le récurrent, conserver une partie de la glande et de préférence la partie postérieure des lobes latéraux ; point n'est besoin du reste d'en laisser une grande quantité ; il suffit que la thyroïdectomie soit subtotale.

La question de l'*anesthésie* a une grosse importance et reste d'ailleurs un sujet de discussion entre les auteurs, certains restant fidèles à l'anesthésie générale, d'autres préférant les facilités que donne l'anesthésie loco-régionale, d'autres enfin affirmant la sécurité que donne l'anesthésie de base, par l'avertine par exemple. Pour ma part c'est l'anesthésie de choix.

La *technique* opératoire elle-même dépend essentiellement de l'état du malade.

Si celui-ci est dans un état général satisfaisant, on peut parfaitement pratiquer la thyroïdectomie subtotale en un même temps.

Si, au contraire, son état est précaire, il vaut mieux prévoir les dangers possibles de l'intoxication aiguë post-opératoire et limiter le traumatisme de l'intervention en la fragmentant. Ainsi, dans un premier temps, on pourra pratiquer la ligature des artères thyroïdiennes ; dans un deuxième temps, une hémithyroïdectomie subtotale portant sur un seul lobe et, dans un troisième temps, une deuxième hémithyroïdectomie subtotale enlevant le lobe restant. Mais il faut savoir que, même avec ces précautions, les accidents post-opératoires restent fréquents, manifestant un état d'hyperthyroïdie aiguë consécutif à une résorption massive des toxines thyroïdiennes et consistant en une hyperthermie parfois considérable, une oligurie marquée, de l'agitation ; c'est-à-dire qu'il y a exagération de tous les signes toxiques.

Voilà l'état actuel de la thérapeutique du goitre toxique. Elle peut, vous le voyez, se résumer en trois mots : traitement d'essai à l'iode ; en cas d'échec, traitement d'essai radiothérapique ; en cas d'échec, recours à la chirurgie.

Il en résulte donc qu'il s'agit essentiellement du choix des malades, et, c'est peut être parce que pendant longtemps ce choix n'a pas été assez judicieux que les résultats du traitement chirurgical en France ont paru décevants.

Savoir choisir les malades, savoir préparer chaque malade à la thérapeutique choisie, voilà la règle fondamentale.

Il n'est donc pas excessif de conclure que, le jour où les radiologues et les chirurgiens ne revendiqueront respectivement que des cas bien sélectionnés, le pourcentage des guérisons sera nettement augmenté chez les uns et chez les autres.

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Le traitement médical de la tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires

La tuberculose intestinale était considérée, jusqu'à ces dernières années, comme une complication toujours fatale de la tuberculose pulmonaire. Son traitement médical, voué à l'insuccès, ne visait qu'à atténuer les souffrances du malade, sans prétendre à favoriser une amélioration quelconque, encore moins une guérison anatomique. Un certain nombre de phtisiologues avaient, en conséquence, proposé de recourir au traitement chirurgical, toutes les fois que l'état pulmonaire du tuberculeux permettait une intervention opératoire. On était arrivé à penser généralement que la chirurgie fournissait le seul moyen de sauver quelques malades.

Sans méconnaître les résultats obtenus par le traitement chirurgical, les auteurs américains Lawrason Brown, Omer L. Sampson et Gardner ont apporté récemment des données nouvelles très importantes ; ils ont montré que les ulcérations intestinales tuberculeuses pouvaient guérir par régénération histologique de la muqueuse, sans donner lieu à ces rétractions fibreuses cicatricielles sténosantes, que de nombreux auteurs et notamment Bérard et Patel considèrent comme le résultat de processus infiltrants interstitiels autonomes, indépendants de toute ulcération muqueuse. Nous avons pu montrer, après Burnand et Perret, que certaines tuberculoses pariétales hypertrophiques ou sténosantes pouvaient guérir par résolution histologique plus ou moins complète, soit spontanément, soit par un traitement médical approprié, soit après une simple laparotomie, une mise à l'air des lésions entéro-coliques. La connaissance plus récente de formes inflammatoires pures de la tuberculose intestinale, quelques-unes fluxionnaires donnant lieu à d'importantes hémorragies, les autres produisant des manifestations cliniques graves, a permis de montrer que ces altérations étaient elles aussi susceptibles de guérison complète. Il devenait dès lors impossible de conserver à la tuberculose intestinale sa réputation ancienne d'incurabilité absolue.

Sans méconnaître les résultats parfois brillants obtenus par le traitement chirurgical, nous pouvons aujourd'hui affirmer, grâce à des acquisitions récentes, que le traitement médical de la tuberculose intestinale ne doit pas être méprisé, des améliorations importantes et même des guérisons pouvant être réalisées par sa mise en œuvre rapide et méthodique. Il est même le seul à pouvoir réaliser la guérison véritable anatomique, la chirurgie ne se proposant que des exérèses ou des exclusions.

Un diagnostic précoce de tuberculisation intestinale ayant été fait chez un tuberculeux pulmonaire, il faut toujours tenter un traitement médical logique avant de recourir à la chirurgie. La tuberculose entéro-colique pouvant se manifester par les symptômes les plus variés, la première phase de toute thérapeutique sera purement symptomatique, mais elle ne sera jamais livrée au hasard et sa technique résultera d'une observation attentive du malade, sans négliger aucun des moyens d'investigation dont nous pouvons disposer.

Dans le cas le plus fréquent du début diarrhéique, une étude coprologique rationnelle, après régime d'épreuve, nous fournira la possibilité de prescrire très vite un régime alimentaire approprié et une thérapeutique médicamenteuse logique. Il nous paraît maintenant impossible de fixer un traitement sans tenir compte des données coprologiques. Les troubles moteurs par hyperpéristaltisme sont justiciables de la médication opiacée (extrait thébaïque, laudanum) à doses suffisantes pour freiner la rapidité du transit intestinal. Les insuffisances glandulaires gastrique, hépatique, pancréatique, intestinale donneront lieu à l'établissement d'une diététique, qui diminuera l'ingestion des aliments mal digérés, et à la prescription de substances opothérapiques destinées à remplacer, les sécrétions déficientes (acide chlorhydrique, sucs gastriques divers, médications de l'insuffisance hépatique, pancréatique, intestinale). Le diagnostic coprologique de diarrhée de fermentations imposera le régime bien connu de suppression des hydrates de carbone, suppression absolue, puis partielle. La connaissance d'un syndrome de putréfactions intestinales donnera des indications comparables. En un mot la coprologie sera toujours le guide le plus sûr de la thérapeutique immédiate.

En face de ces syndromes coprologiques plus ou moins nets qui masquent souvent le début de la tuberculose intestinale, le traitement médical s'impose, et sans provoquer toujours une guérison, il peut permettre d'obtenir un état d'équilibre intestinal, vers lequel tous nos efforts doivent tendre en premier lieu, en supprimant les anomalies des selles et en rétablissant une digestion et une assimilation suffisantes. Le critérium le plus certain sera l'étude de la courbe pondérale du malade : l'équilibre sera jugé par le maintien ou la reprise du poids. L'échec de ce traitement médical initial se manifestera nettement au contraire par l'amaigrissement progressif.

L'équilibre obtenu devra être maintenu par la continuation, aussi prolongée qu'il sera nécessaire, des prescriptions diététiques et médicamenteuses, réduites au minimum utile, avec cette idée directrice que le régime alimentaire d'un tuberculeux doit être aussi varié que possible, comportant en outre, toutes les vitamines indispensables. Après quelques tâtonnements obligés, on s'arrêtera aux médicaments efficaces que l'on maintiendra le temps nécessaire.

Si la tuberculose intestinale se manifeste au début par de la constipation, des douleurs abdominales, comme cela se produit fréquemment, le traitement médical visera toujours à rétablir l'équilibre, à permettre l'alimentation, à combattre en un mot tous les symptômes. L'opium, la belladone, l'atropine, de nombreux médicaments calmants ou antispasmodiques peuvent permettre dans ces cas, une amélioration fonctionnelle importante, dont l'obtention sera méthodiquement recherchée.

Nous ne ferons que signaler ici les tuberculoses latentes sans phénomènes digestifs appréciables, que nous avons étudiées ailleurs (1), les tuberculoses larvées sous une symptomatologie dyspeptique ou hépatique, les tuberculoses aiguës ressemblant par leur aspect clinique à une intoxication alimentaire ou chimique, les tuberculoses révélées par l'aurothérapie ou par les troubles dus à une suralimentation intempestive. Dans chaque cas, le traitement médical logique s'imposera tout d'abord et il serait dangereux de le négliger. La suppression des causes médicamenteuses ou alimentaires, des troubles observés sera complétée par l'établissement d'un régime rationnel.

L'importance de cette thérapeutique médicale initiale est considérable, il ne faut pas la mépriser sous prétexte qu'elle est symptomatique. Elle procurera souvent des améliorations importantes des fonctions digestives et permettra l'établissement d'un traitement causal, que nous allons maintenant étudier.

Mais ce traitement de fond ne peut être efficace que si un certain équilibre digestif a pu être réalisé et peut être maintenu un temps suffisamment long.

Le traitement médical des lésions intestinales tuberculeuses exige en premier lieu le renforcement de la cure hygiénique. Le malade sera mis au grand repos, souvent au lit, dans un climat approprié, climat de plaine ou d'altitude selon les cas. La cure d'aération continue ne sera pas négligée, car elle est susceptible de favoriser la reprise de l'état général et l'augmentation de l'appétit. L'expérience montre que de nombreux troubles digestifs s'atténuent chez les tuberculeux par le repos au grand air. L'installation matérielle joue aussi un rôle important en procurant au malade une cuisine diététique adaptée aux circonstances et la possibilité de tous les examens médicaux utiles. Enfin, une observation quotidienne par un spécialiste expérimenté dans un sanatorium ou une maison de cure bien choisis est une condition le plus souvent indispensable si l'on veut vraiment obtenir des résultats.

---

(1) La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. L. Bonafé. Editions de la S. E. P., 1936.

Pour permettre à l'organisme de réparer peu à peu, les lésions anatomiques de la tuberculose intestinale, divers moyens peuvent être employés avec une efficacité que l'expérience a démontrée.

Nous pouvons les exposer schématiquement, ils sont au nombre de quatre :

1º L'alimentation riche en vitamines, contrastant avec les régimes plus ou moins carencés que l'on prescrivait autrefois, joue un rôle certain en renforçant les moyens de défense de l'organisme. Les aliments frais fortement vitaminés comme les fruits crus, notamment les pommes crues, les jus de fruits frais ou stabilisés, les tomates crues, le cresson, etc., ne devront jamais être défendus. De même, on pourra s'aider de l'administration des nombreuses spécialités pharmaceutiques qui fournissent à l'organisme, par ingestion ou par injection, des vitamines en quantité très appréciable ;

2º La calcithérapie intraveineuse, surtout sous la forme de chlorure de calcium en solution, mérite d'être poursuivie longtemps, à doses répétées ;

3º L'arsénothérapie pentavalente, préconisée par Léon Bernard et ses élèves sous la forme de stovarsol, de tréparsol, d'acétylarsan injectable peut donner dans nombre de cas les plus heureux effets ;

4º L'actinothérapie solaire ou ultra-violette peut agir surtout sur les altérations péritonéales, secondaires à la tuberculose intestinale, sur les phénomènes spasmodiques et aussi sur l'état général du malade, comme l'a bien montré Rellier de Leysin. Nous pensons que l'irradiation doit être large, et porter aussi bien sur l'abdomen que sur la totalité des membres inférieurs, en préservant très soigneusement et complètement, le thorax et la tête. Pratiquée progressivement et méthodiquement, elle est toujours un adjuvant utile, même si elle n'a pas d'action directe sur les lésions intestinales elles-mêmes. Les applications chaudes, la diathermie peuvent avoir une action très utile sur le symptôme douleur et favoriser elles aussi la guérison.

S'il est exagéré de croire que le traitement médical, de la tuberculose intestinale peut donner toujours des résultats suffisants, il est rare qu'il ne rende pas quelque service. Il faut toujours tenter de le mettre en œuvre, mais, lorsque les effets d'une thérapeutique médicale s'avèrent insuffisants, il ne faut pas perdre un temps précieux à vouloir à tout prix la continuer. L'échec du traitement médical commande dans tous les cas, où l'état de résistance du malade le permet, la discussion du traitement chirurgical, susceptible de procurer lui aussi de beaux succès, que nous ne pouvons plus ignorer. La notion bien établie aujourd'hui de l'efficacité thérapeutique possible de la simple laparotomie doit constituer un encouragement à demander le concours du chirurgien, toutes les fois qu'une intervention opératoire est raisonnablement possible, sans faire courir trop de risques au malade, avec l'espoir de permettre un acte chirurgical décisif, réalisable dans certains cas. Il serait d'ailleurs regrettable d'opposer le traitement médical au traitement chirurgical, ce dernier ne pouvant se passer du premier aussi bien dans la phase préopératoire que dans la période consécutive, une guérison chirurgicale solide ne pouvant jamais être obtenue sans le concours des deux méthodes, appelées à se compléter l'une l'autre.

Il ne sera pas inutile en terminant de souligner l'importance prophylactique que présente, pour éviter les localisations intestinales de la tuberculose, le traitement rapide et efficace de toutes les manifestations de la bacillose pulmonaire. La neutralisation précoce de tout foyer producteur de bacilles de Koch, toujours capables de se fixer secondairement sur le tractus digestif, est la meilleure façon de prévenir une complication toujours grave, susceptible de compromettre gravement l'avenir des malades. Les moyens de lutte dont nous disposons actuellement contre la tuberculose pulmonaire permettent dans beaucoup de cas de prévenir les localisations secondaires. La meilleure justification de cette manière de voir est le fait constaté de nos jours de la diminution réelle des cas de tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires, depuis qu'ils sont traités plus précocement et par des méthodes de plus en plus efficaces.

L. Bonafé.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Acquisitions récentes concernant les embolies pulmonaires (1)

Si l'on étudie, dans les traités classiques, même récents, le chapitre concernant les phlébites et leur complication redoutable, l'embolie, on retrouve toujours la même description immuable écrite sous le signe de l'anatomie pathologique.

Cette description, d'ailleurs très schématique, ne correspond pourtant pas à l'observation minutieuse de nombreux faits cliniques et ce chapitre est actuellement l'objet d'un complet remaniement.

Prenez un traité classique, vous y verrez que l'étude clinique se superpose avec exactitude, comme ajustée à la description anatomo-pathologique, et que l'on y divise ainsi les embolies pulmonaires en grosses, moyennes et petites.

Les grosses — celles que l'on voit surtout au cours des phlébites — se manifestent par un drame d'angoisse et de douleur, terminé en quelques secondes par une mort foudroyante, le malade succombant à l'embolie massive, mortelle d'emblée, la rapidité et la violence du drame étant directement proportionnelles, semble-t-il, à l'importance volumétrique du caillot mobilisé.

Tout à l'opposé la petite embolie, caractérisée par un tableau clinique anodin : un léger point de côté, un peu de dyspnée, quelques râles à l'auscultation, une légère submatité, puis, à quelques jours de là, signant sa présence, une expectoration noirâtre, visqueuse, caractéristique du crachat de l'infarctus. Le pronostic est bénin, assombri seulement par les menaces de récidives, proportionnel lui aussi, à la ténuité de l'élément mobilisé.

Entre ces deux types extrêmes s'inscrit l'embolie moyenne, dont le tableau clinique après une phase critique peut tantôt évoluer vers une guérison difficile et longue ou, au contraire, évoluer vers l'asphyxie et l'insuffisance cardiaque.

Je n'insiste pas sur cette division didactique et si schématique qu'elle cadre mal avec la souplesse et les nuances de la clinique.

Illustrons d'un exemple ce désaccord entre les faits tels qu'il se présentent parfois et tels qu'on a prétendu jusqu'ici les expliquer.

Une femme de 52 ans entre dans le service pour une douleur de la saphène gauche, près du genou ; à l'examen on observe un cordon inflammatoire de six à huit centimètres. On porte le diagnostic de phlébite variqueuse. Cette femme est admise, installée au milieu d'une salle ; on lui recommande de rester immobile, mais la malade manifeste son mécontentement de ne pas occuper un lit d'angle qui se trouve libre à ce moment et, profitant du changement de service des infirmières, elle court à l'endroit convoité. A peine est-elle installée, qu'elle pousse un cri de douleur, porte la main à sa poitrine et meurt foudroyée.

Ce tableau dramatique et banal n'est pas pour vous étonner ; la carrière du médecin est assombrie par ces catastrophes trop fréquentes.

M. Laubry mis au courant de ce fait, l'autopsie est décidée : M. Routier est chargé de l'examen du système cardio-pulmonaire.

D'après la symptomatologie, nous devions nous attendre à trouver une embolie massive capable d'expliquer le caractère foudroyant de la mort de cette malheureuse.

Je n'ai pas besoin d'insister devant vous sur le soin méticuleux avec lequel fut fait l'examen par M. Routier lui-même. Il fit la dissection de l'artère pulmonaire et de ses branches qui furent ouvertes l'une après l'autre, jusqu'aux plus petites. L'examen du cœur fut pratiqué : l'examen des coronaires.

Or, à l'encontre des prévisions, on ne trouva pas trace d'embolie et cependant cette phlébitique s'était plainte en mourant d'une douleur violente et brutale à l'hémi-thorax gauche. Ce syndrome caractéristique de la grosse embolie reposait donc sur une sorte d'embolie-fantôme : disons plutôt, d'embolie vraisemblablement trop petite pour être retrouvée.

Dans un même ordre d'idées, un chirurgien me confia qu'ayant pu pratiquer l'autopsie de six cas d'embolies pulmonaires cliniquement diagnostiqués, après intervention pour fibrome, il ne trouva, dans quatre d'entre eux, aucune trace d'embolie dans les artères pulmonaires, pouvant expliquer la mort subite de ces malades.

Ce sont là des faits bien troublants et qui nous faisaient dire, dès 1933, à propos d'un article sur la « réflectivité phlébo-cardiaque », une phrase que les découvertes récentes ne viennent pas démentir : « Une notion se dégage de ces constatations : la part considérable que prend dans la pathologie veineuse le système neuro-végétatif annexé à l'appareil circulatoire qui forme ainsi un ensemble sensitivo-moteur solidaire. On ne saurait trop, par une thérapeutique sédative, se mettre en garde contre ce facteur vasculo-nerveux, au moins pendant la phase aiguë des infections veineuses. Si l'embolie, la thrombose pulmonaire, suffisent à grever lourdement le pronostic vital des phlébites, c'est l'élément vaso-sensible et vaso-moteur qui seul est capable d'expliquer la brutalité et l'immédiate gravité de certains accidents que ne justifient pas toujours les vérifications anatomiques ».

Or tous ces points d'interrogation viennent récemment d'obtenir une réponse expérimentale et, sans entrer dans le détail des beaux travaux de MM. Villaret, Justin-Besançon Bardin, je vais vous donner le résumé très bref de leurs conclusions.

Ces auteurs, après avoir vaincu des difficultés pratiques réelles, sont arrivés à réaliser des embolies pulmonaires expérimentales : les grosses et moyennes embolies, avec des perles d'émail introduites dans la veine jugulaire externe droite de chiens, les petites embolies en injectant de la pierre ponce calibrée.

Quels ont été les résultats de leurs recherches ? Diamétralement opposés aux conceptions anatomo-pathologiques jusqu'alors classiques. Les grosses embolies n'ont jamais pu, malgré leur importance, malgré l'obstruction massive des artères, entraîner la mort subite.

Tout à l'opposé les petites embolies, grains de 150 μ, les embolies minuscules, ont déterminé des morts foudroyantes. D'où « un contraste saisissant entre ces petites embolies qui foudroient le chien en quelques instants et les embolies énormes représentées une fois par cent grosses perles de verre du calibre de la jugulaire externe qui n'ont pas empêché l'animal de survivre trois jours ».

Dès lors, on est obligé d'admettre, disent ces auteurs, que la mort subite ne peut être que le résultat d'un réflexe déterminé par les particules embolisantes sur les terminaisons nerveuses des artérioles pulmonaires.

En fait, ces résultats paradoxaux ne doivent plus nous étonner depuis que l'on étudie le système circulatoire, non plus à la lumière des lois d'une hémodynamique sommaire, mais d'après les conceptions modernes qui accordent tant de puissance à la neurotonie si souvent invoquée en pathologie par le Professeur Laubry. Une grosse embolie, par son volume même, est peu mobilisable, ou si elle se mobilise, c'est tout doucement, progressivement, alors qu'un caillot ténu, une particule réduite, fait corps avec la vitesse du courant : son caractère limité fait qu'il ne rencontre pas d'obstacle à sa progression rapide et c'est tout d'un coup, brutalement, qu'il termine sa course folle, coincé dans la lumière réduite d'une artériole pulmonaire sensible qu'il surprend et distend violemment.

Fait, sur lequel nous avons déjà insisté, c'est que plus l'embolie est réduite dans son volume, plus elle s'approche d'un voisinage dangereux, celui de cette plèvre viscérale dont l'innervation et dont la sensibilité se sont montrées si souvent responsables d'exitus subits, au cours de ponctions les plus correctement faites, ou à la faveur d'un moindre mouvement chez un pleurétique léger.

Les faits se passent, en somme, comme si la gravité des accidents reposait davantage sur des lois de cinétique, gravité plus en rapport avec la vitesse de la projection embolique, qu'avec le volume du caillot dont l'importance peut, au contraire, être une cause d'entrave à sa marche, par friction pariétale ou par butée sur les angles de bifurcation vasculaire.

Quoiqu'il en soit, en présence d'expérimentations aussi instructives MM. Villaret, J.-Besançon, Bardin et Delarue ont voulu dans le louable souci de tirer de ces faits des conclusions pratiques, étudier le problème de plus près.

Puisqu'il s'agit d'un phénomène réflexe, sous la dépendance partielle au moins du système nerveux, ces auteurs ont pratiqué des sections du pneumogastrique et du sympathique cervicaux. La section de deux nerfs vagues du lapin diminue les réactions post-emboliques de ces animaux. La section du sympathique favorise au contraire la production du réflexe mortel.

En corrélation avec ces faits, l'injection de sulfate d'atropine

(1) Notes recueillies à la leçon faite par JACQUES-LOUVEL (de Bagnoles-de-l'Orne) dans le service du Professeur Laubry.

inhibitrice du vague, en même temps que l'administration de chlorhydrate d'éphédrine retardent la mort post-embolique.

A côté des perturbations neuro-végétatives, d'autres portent sur l'équilibre humoral, pouvant faire varier les réactions des animaux aux embolies expérimentales : c'est ainsi que Ungar, Grossiord et Brincourt ont montré la libération des substances histaminiques au cours de l'embolie pulmonaire expérimentale et ont pu provoquer celle-ci par injection d'histamine.

MM. Pierre Duval et Léon Binet rapportent de leur côté, que certaines complications pulmonaires post-opératoires d'apparence embolique sont dûes à l'intoxication par les polypeptides libérés au cours des interventions chirurgicales.

MM. Villaret, Justin-Besançon..... ont, en outre, constaté au cours de leurs expérimentations que l'acidose rend l'embolie plus rapidement mortelle ; l'alcalose, obtenue par injection intra-veineuse de bi-carbonate de soude retarde au contraire la mort par embolie.

Ces auteurs ouvrent donc la voie à une thérapeutique séduisante, qui permettra peut-être une prévention des accidents emboliques ; mais ils se montrent très réservés et très prudents quant à leurs conclusions à cet égard et l'administration prophylactique atropo-éphédrinée associée à une thérapeutique alcaline, pour mériter d'être tentée, ne trouvera, comme ils le disent avec sagesse, sa sanction certaine qu'après de longues années d'essais sur de grandes séries d'accouchées, de phlébitiques, d'opérés, permettant d'importantes statistiques.

Pour nous, formés à l'enseignement du professeur Laubry qui accorde à la neurotomie une influence souvent décisive dans les conséquences de ces accidents brutaux, sans omettre de nous inspirer de ces précieuses indications, nous resterons toujours fidèle à la thérapeutique sédative qui nous a donné déjà l'impression d'une réelle efficacité : son principe, c'est essentiellement de mettre avant tout le malade à l'abri de la violence de ses propres réflexes viscéraux et pour cela nous conseillons d'instituer pour les phlébitiques surtout en période aiguë, une thérapeutique calmante, destinée à atténuer l'action violente de la vaso-motricité : bromure, valériane, gardénal, cratægus, etc. isolés ou associés nous paraissent utiles. Il convient d'augmenter la dose chez les nerveux, ceux qui présentent des réactions vasomotrices vives et faciles, (les vagotoniques en particulier, comme il semble ressortir des travaux expérimentaux cités tout à l'heure).

Et en prévision d'un accident brutal, au moins de celui qui laisse le temps d'un geste, nous conseillons systématiquement à tout phlébitique d'avoir à portée de la main, la préparation proposée par M. Vaquez contre les accès d'angine de poitrine :

Solution alcoolique de trinitrine au 1 %	60 gouttes
Chlorhydrate d'héroïne....................	0,05
Caféine	1 gramme
Sirop d'éther...........................	60 grammes
Eau pour	100 c. c.

Prendre une cuillerée à café en cas de point de côté. Renouveler la dose au bout de cinq minutes, si la douleur n'est pas calmée.

Cette formule dont j'ai pu apprécier l'efficacité dans les cas d'embolies graves, peut être employée sous la forme plus pratique de dragées à croquer, et je me suis, à plusieurs reprises félicité d'avoir prévu ce traitement d'extrême urgence. Il n'exclut certes pas la piqûre de morphine, mais il a l'avantage décisif sur elle d'être plus immédiat, d'agir à la seconde, de couper court aux réflexes, dès leur origine et cela en l'absence de toute garde assidue, sans le secours de personne.

Le fait de savoir qu'il a en permanence près de lui, un moyen simple de lutter efficacement contre les conséquences immédiatement redoutables d'une embolie, donne au malade, le plus souvent très averti du danger qu'il court, une sérénité et un calme dont on sait tout le prix dans ces circonstances où l'immobilisation rigoureuse et patiente, reste la base même de sa sécurité.

« Les anciens reprochent aux jeunes leur mépris des règles déontologiques et leur farouche volonté d'arriver par tous les moyens. Les jeunes s'élèvent contre l'égoïsme des anciens dont ils veulent forcer les retranchements. Et tous, dans cette anarchie, dans cette lutte insensée se tournent peu à peu vers l'Etat qu'ils somment de les secourir, de les défendre, de les favoriser. Ils se jettent ainsi pleins d'inconscience dans un danger plus grand que celui dont ils veulent se garder. » (Docteur Georges LAFFITTE. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la Société moderne. Editions Delmas.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1937

La recherche du bacille de Koch par la culture des exsudats pharyngo-laryngés. — *MM. Bezançon Braun* et *Meyer* rappellent qu'un procédé extrêmement simple consiste à rechercher ce bacille dans les sécrétions pharyngo laryngées prélevées par simple écouvillonnage de la région, l'écouvillon étant enfoncé aussi profondément que possible. On procède en ce cas à l'examen direct, à l'homogénéisation et à la culture sur milieu de Petragnani-Loewenstein. Dans neuf cas où les autres examens étaient restés négatifs, les auteurs ont pu mettre le bacille de Koch en évidence.

Virulence du neuvraxe au cours de la syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — *MM. Levaditi, Vaisman* et *Stroesco*. — Le système nerveux central des souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente est virulent. MM. Levaditi, Vaisman et Stroesco prouvent que la virulence de ce névraxe lui appartient en propre et n'est pas due comme on pouvait le soupçonner, à l'infection du cerveau par des spirochètes cutanés lors de l'ouverture de la boîte cranienne.

Une expertise de la démographie française. — *M. Marcel Moine* ayant procédé à un examen de la natalité et de la mortalité française de 1846 à nos jours, montre d'abord que le déclin de la mortalité générale atteint aujourd'hui 33,3 % ; autrement dit, au cours de la période 1846-1933, les nombreux décès évités ou retardés ont permis à notre population de s'accroître de 13.440.000 vies humaines. Les gains dus à cette heureuse évolution de la mortalité sont beaucoup plus sensibles dans les jeunes générations. L'expertise démontre en outre qu'une nouvelle diminution de mortalité est encore possible. Elle peut atteindre 200.000 décès annuels, mais ne peut à elle seule assurer bien longtemps notre équilibre démographique si la crise de natalité doit se prolonger.

Premier cas « africain » de maladie d'Anjeszky. — *Mlle Cordier* et *M. Ménager*.

Réapparition des contractures des oreillettes du cœur au moyen d'injections intra-cardiaques et intra-péricardiques d'oxygène et d'ozone. — *M. Damien Sotiriadès* (d'Athènes) relate une série d'expériences sur l'action de l'oxygène et de l'ozone injectés dans les veines. Au cours de ces expériences, il a observé une action de ces gaz sur le cœur. Il a été ainsi amené à injecter directement de l'oxygène dans le cœur, lorsque celui ci venait de cesser de battre. Il a observé alors que, le cœur étant arrêté, une injection intra-cardiaque d'oxygène ou d'ozone provoquait la reprise des contractions des oreillettes et que les injections successives prolongeaient ce phénomène pendant plusieurs heures.

Séance du 18 mai 1937

Sélection, immigration, naturalisation. — *M. René Martial.* — La France a été de tout temps un pays d'immigration. Nous avons donné l'histoire de cette immigration dans notre volume « La race française » (Le Mercure de France, éd.) Jusqu'à la Révolution, cette immigration a été contrôlée par le gouvernement royal. Au XIXe siècle, ce ne sont plus des immigrants qui sont venus en France, mais des réfugiés. A partir du XXe siècle, la France redevient un pays d'immigration, en même temps qu'une terre de refuge. L'immigration n'a pas seulement un but économique, mais elle a aussi un but démographique. Mais comme la France n'a aucune politique de l'immigration, elle n'a pas pu avoir une méthode de sélection, et c'est l'absence de cette méthode de sélection qui a faussé les buts et les résultats de cette immigration. De même pour les réfugiés. L'entrée en France du « tout-venant » a eu pour résultat d'encombrer nos hôpitaux, nos asiles et nos prisons. A ce dernier point de vue, la lecture de *La Revue pénitentiaire* est extrêmement instructive. Enfin, on a voulu mettre la charrue avant les bœufs et actuellement on



procède sans discernement à des naturalisations massives, de même qu'on a procédé, il y a deux ans, à des refoulements arbitraires.

La sélection devrait être opérée à quatre degrés : 1) sélection de la race au moyen des groupements sanguins et des données de l'anthropo-sociologie ; 2) choix du pays émetteur, c'est-à-dire du pays qui a une population surabondante, mais dont la race et la psychologie peuvent se fondre avec la nôtre ; 3) choix de la famille et pour cela étude des généalogies et de l'hérédité, notamment en ce qui concerne les maladies mentales (Cf. organisation des Etats-Unis pour la recherche des malades mentaux parmi les immigrants) ; 4) Examen sanitaire de l'individu pour éliminer les maladies contagieuses, les infirmités, etc.

De 1871 à 1875..............	231	naturalisations
En 1909.....................	1.910	—
En 1927 (loi du 10 août 1927)..	30.459	—
En 1930.....................	21.007	—

Or, la naturalisation n'est que le dernier terme de l'assimilation des étrangers par la famille française. Elle ne doit donc être prononcée qu'après que l'on s'est assuré de la qualité physique et morale des nouveaux venus. C'est ce que nous avons déjà démontré, avant le Docteur Jayle, dans tous nos travaux depuis 1917.

La sélection proposée par l'Académie de médecine, pour être efficace, ne doit pas seulement comporter un examen sérologique au sujet des maladies transmissibles, mais un examen anthropo-biologique complet, qui permettrait de déceler les maladies héréditaires et en particulier les maladies mentales héréditaires. Dans cette recherche, les groupements sanguins et la corrélation entre les groupements sanguins et les indices céphaliques, jouent le premier rôle. En effet, c'est cette étude qui doit commander le métissage, car le croisement des races peut être comparé à la transfusion sanguine thérapeutique dans laquelle il faut éviter le choc des sangs.

Les chiffres que voici démontrent pleinement la nécessité de cette étude et de l'application de la méthode de sélection.

Dans le seul département de la Seine, il y a eu, en 1926, 17.822 naturalisés inactifs et 5 004 naturalisés actifs. Parmi les premiers, on compte : 4.289 détenus, 3.250 hospitalisés, 2.790 aliénés.

Sur les anémies du nouveau-né. — *MM.* ***Péhu*** et ***R. Noël*** (de Lyon). — Dans les premiers jours de la vie, l'anémie est peu fréquente. Sur un grand nombre de nouveau-nés observés à la clinique d'accouchements de Lyon, les auteurs l'ont observée rarement.

Ce syndrome est caractérisé, cliniquement, par une pâleur accentuée, persistante, hématologiquement par la présence dans le sang périphérique et dans certains viscères (foie, rate et rein), d'une quantité notable de globules rouges nucléés (érythroblastes). Ces éléments témoignent d'un retour de la formule sanguine à un type fœtal et même embryonnaire.

Il en existe deux variétés :

a) L'une est *secondaire*. Elle accompagne certaines maladies : syphilis (l'anémie revêt alors le type Jacksch-Hayem) paludisme congénital, ictère infectieux, streptococcémies, etc., Parfois, elle est causée par des hémorrhagies plus ou moins abondantes, frappant le nouveau-né. Il faut encore ranger dans ce groupe des anémies qui seraient causées par une alimentation de la mère insuffisante et en quantité et en variété.

b) L'autre est désignée sous le nom d'anémie *primaire ou idiopathique*. Des liens étroits, mais non constants, d'alternance ou de succession ou de coexistence, la rattachent à deux maladies qui se montrent chez les enfants d'un même couple : l'ictère grave familial du nouveau-né, l'anasarque fœto-placentaire, lesquels sont groupés sous le terme général d'*érythroblastoses*.

Les acquisitions récentes permettent donc actuellement de constituer, dans la pathologie du nouveau-né, avec les anémies, un groupe nosologique bien délimité.

Au sujet de l'extra-systole et de l'action du vague sur le cœur. — ***M. E. de Sommer*** (Gand).

Contribution à l'étude du virus exanthématique murin, en particulier chez le lapin. Sa persistance dans l'organisme de cet animal. Son importance éventuelle dans la préparation de vaccins. — ***M. H. Violle.***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 avril 1937 (*suite et fin*)

Erythroblastoses infantiles. — ***M. J. Comby***, pour faire suite au cas interessant d'érythroblastose chez l'adulte présenté par Et. May à la dernière séance, rappelle que cette singulière maladie a été bien étudiée chez les enfants depuis une douzaine d'années. En 1925, à la Société américaine de Pédiatrie, le Docteur T.-B. Cooley (de Détroit) avait présenté les premiers cas d'anémie érythroblastique chez les enfants, d'où le nom de maladie de Cooley qui sert à la désigner. Plus récemment, M. Péhu (de Lyon) a donné une excellente description d'érythroblastose chez le fœtus et le nouveau-né.

Confondue jadis avec l'anémie splénique de von Jaksch-Luzet, la maladie de Cooley se reconnaît aux caractères suivants : origine congénitale, influence familiale et raciale, anémie irréductible avec splénomégalie, présence dans le sang de nombreuses hématies nucléées. Les Docteurs Whipple et Bradford (de Rochester), frappés par la prédominance de la race italienne parmi les enfants qu'ils ont observés, proposent le nom de thalassanémie ou d'anémie méditerranéenne pour désigner la maladie de Cooley. C'est sous ce nom que l'auteur lui avait réservé une revue générale dans les *Archives de Médecine des Enfants* (décembre 1934). Evolution fatale, lentement progressive, dans la première et la seconde enfances, malgré la splénectomie, après échec de tous les moyens médicaux.

M. Tzanck pense qu'il faut bien distinguer l'érythroblastose de l'adulte, maladie à évolution lente et de gravité relative, de l'érythroblastose de l'enfant ; cette dernière affection, tout à fait différente, est d'une gravité extrême ; mais tandis que les transfusions restent sans action chez l'adulte, l'anémie du nouveau-né est souvent remarquablement influencée par ce procédé thérapeutique.

M. Cathala croit que l'on range à tort dans l'érythroblastose des maladies différentes. C'est ainsi en particulier que l'ictère grave du nouveau-né, classé par Péhu dans les érythroblastoses, ne lui semble pas être une maladie fondamental de la cellule rouge.

Il en donne pour preuve la rapidité avec laquelle guérit souvent cette affection par quelques injections sous-cutanées de sang. Il pense que l'ictère grave du nouveau-né avec anémie n'est qu'une des modalités de la maladie hémolytique familiale.

M. Ribadeau-Dumas se range à cet avis et ajoute qu'il s'agit sans doute d'un syndrome pseudo-hémolytique dont la guérison peut être obtenue par les injections de sang et parfois aussi par le traitement antisyphilitique.

Séance du 7 mai 1937

Des monoplégies longtemps isolées au cours des tumeurs intracrânienne. — ***MM. Riser, Becq*** et ***Géraud*** (de Toulouse) rapportent plusieurs exemples typiques de monoplégies très limitées, très longtemps isolées, sans le moindre symptôme fonctionnel ou signe objectif concomitant, causées cependant par des néoplasies très volumineuses, et souvent susceptibles d'une exérèse complète.

Le premier groupe d'observations est de beaucoup le plus intéressant parce qu'il s'agit d'une monoplégie pariétique flasque, sans signe de Babinsky, ni équivalents, avec refroidissement du membre, atrophie globale d'immobilisation, tous signes qui en imposent pour une atteinte périphérique ou radiculaire ; les caractères particuliers de l'atrophie, des réactions électriques, du précieux signe de la jambe de Barré, montrant toujours un déficit pyramidal, permettent une descrimination essentielle

Le second groupe de cas est plus facile à identifier : la monoplégie d'abord flasque, devient spasmodique. Enfin dans d'autres observations, la monoplégie fut d'emblée spastique et parétique, d'origine centrale évidente.

Dans les cas rapportés, malgré le volume des tumeurs, les signes ophtalmologiques, l'hypertension crânienne furent tardifs ou absents ; la ventriculographie a fourni, à plusieurs reprises, des arguments décisifs quant au diagnostic : trois fois sur quatre, il s'agissait de méningiomes extirpables très volumineux.

Hernie diaphragmatique gastro-colique étranglée. Sphacèle de l'œsophage. Liquide gastrique dans la cavité pleurale droite. — ***MM. Lesné, Desmarest, Duvoir Henri Desoille*** présentent une observation anatomo-clinique de hernie diaphragmatique d'origine traumatique. Deux faits

sont intéressants: l'étranglement gastro-colique avait entraîné un sphacèle de l'œsophage et de la partie inférieure du médiastin postérieur, avec issue de liquide gastrique dans la plèvre droite. D'autre part, le diagnostic avait été soupçonné cliniquement peu après le traumatisme : la malade présentait un syndrome de Kœnig de l'hypochondre gauche et un tintement métallique lorsqu'elle buvait. L'examen radiologique n'avait pas confirmé le diagnostic. La malade mourut d'étranglement un an après le traumatisme.

Sur quatre cas de sténose de l'artère pulmonaire. — *M. H. Mondon* rapporte quatre observations de sujets âgés de 18, 19, 21 ans chez lesquels on notait des signes stéthoscopiques et radiologiques de sténose de l'artère pulmonaire. Par contre, aucun d'eux ne présentait de troubles fonctionnels et tous se livraient régulièrement et sans peine au sport (natation, bicyclette, fooball). Aucune affection grave n'ayant été relevée, en particulier aucune atteinte de rhumatisme articulaire aigu, l'auteur pense avoir eu affaire à quatre cas de sténose congénitale.

Ces cas qui se rapprochent de ceux que R. Bénard a pu observer dans l'armée, montrent que, contrairement à l'opinion généralement admise dans les traités classiques, le rétrécissement de l'artère pulmonaire peut être parfaitement compatible avec une existence active.

Paralysie partielle unilatérale des nerfs crâniens vraisemblablement consécutive à des métastases d'hépithéliomas cutanés. — *MM. P. Lechelle, H. Mignot, Perrot* et *Vincent* présentent un malade atteint d'une paralysie unilatérale partielle des nerfs crâniens (I, II, III, IV, V, VI et VIIIe paires du côté gauche).

Ces paralysies s'accompagnent de destruction osseuse étendue des étages antérieur et moyen de la base du crâne. Elles sont survenues chez un malade ayant présenté à trois reprises, depuis sept ans, des épithéliomas spino-cellulaires de la face.

Sans pouvoir en fournir la preuve histologique formelle, les auteurs estiment vraisemblable d'admettre que des métastases épithéliales de la base du crâne, sont la cause de ces paralysies.

M. Garcin pense que les signes cliniques justifient amplement le diagnostic de tumeur dans ce cas. L'examen radiographique du crâne en apporte la confirmation.

Atélectasie du lobe moyen chez le nourrisson. — *MM. J. Cathala* et *Brincourt* présentent des clichés du thorax montrant : de face, une image triangulaire à base interne allant du médiastin à la corticalité externe et de profil, un triangle traversant tout l'hémithorax à sommet postéro-supérieur et à base antéro-inférieure. En somme, image de lobite moyenne, trouvée fortuitement chez un nourrisson de six semaines présentant comme unique symptôme fonctionnel de la toux, mais ni fièvre, ni aucun élément infectieux. L'extension de cette image, moins grande qu'il n'est habituel dans les lobites moyennes, la coupole diaphragmatique droite un peu surélevée, la disparition de l'image triangulaire en dix jours, l'absence de tout syndrome infectieux plaident contre l'idée de pneumonie et pour celle d'atélectasie.

Un cas de cancer ulcériforme de l'estomac au début. — *MM. René A. Gutmann, J. Sénèque, Yvan Bertrand* et *G. Beaugeard* présentent l'observation d'un homme de 35 ans dont l'histoire était composée de trois poussées douloureuses de quelques semaines séparées par des mois de guérison clinique apparente. Malgré la bénignité de l'histoire, malgré la facile sédation des douleurs sous l'influence des traitements ulcéreux, l'examen des clichés qui montraient une minuscule « niche encastrée » permit de faire le diagnostic de cancer. La gastrectomie fut faite et montra une lésion infiltrante et en un point exulcérante, macroscopiquement de peu d'importance. Les coupes montrèrent qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

M. Yvan Bertrand présente toute une série de coupes de la pièce du malade précédent. Il s'agit à ce stade d'extrême précocité d'une véritable gastrite cancéreuse exulcérative à foyers polycentriques répartis sur une zone d'emblée très étendue et n'ayant même pas encore touché la muscularis mucosæ. L'anarchie glandulaire architecturale aboutit à des formes d'épithélioma trabéculaire, mucipare, pseudo-glandulaire. Les réactions basophiles du protoplasma, l'abondance des mitoses et des monstruosités ne laissent aucun doute sur la malignité du processus et les ganglions ne montrent pas trace de métastases.

Deux cas d'atteinte d'artérite segmentaire précisée par l'artériographie et traitée avec succès par l'artériectomie. — *MM. Ch. Flandin, Louis Bazy, G. Poumeau-Delille* et *de Graciansky* présentent l'observation d'un premier malade venu consulter en janvier 1936 pour une exulcération très douloureuse du gros orteil droit ; le deuxième malade accuse une deuxième claudication intermittente de plus en plus fréquente à la marche.

Dans les deux cas, l'examen clinique, l'oscillométrie permettent de conclure à l'existence d'une artérite avec oblitération unilatérale haute de la fémorale. Seule, l'artériographie tolérée sans incident précise la topographie exacte de l'oblitération, limitée à la fémorale superficielle. L'ablation du segment artériel oblitéré a entraîné dans les deux cas la disparition des troubles fonctionnels et trophiques.

Le rôle de l'hépatite dégénérative graisseuse dans l'évolution et le pronostic des recto-colites suppurées. — *MM. A. Caïn* et *R. Cattan* montrent qu'à l'autopsie des sujets atteints de suppurations prolongées recto-coliques (maladie de Nicolas-Favre et recto-colite), il est de règle de trouver une stéatose hépatique généralisée ou dominant autour de l'espace porte.

L'atteinte hépatique leur paraît régler l'évolution et fixer le pronostic au cours d'affections où des lésions profondes et étendues se développent pendant plusieurs années sans retentir notablement sur l'état général.

M. Caroli relate trois cas d'hépatite dégénérative au cours de colites ulcéreuses graves. Il insiste sur les faits suivants : les lésions du foie sont des lésions nécrotiques toxiques, sans nodules inflammatoires. Cliniquement, elles aboutissent au classique tableau de l'ictère grave ; fait intéressant, dans deux de ces cas, l'amélioration et même la guérison furent obtenues par l'injection d'extraits hépatiques très concentrés.

Hydro-pneumothorax au cours d'une pneumonie non tuberculeuse. — *MM. E. Gourion, H. Mondon, H. Marçon* et *P. Lahillome* rapportent un cas de pneumonie banale, non tuberculeuse, suivie quelques temps après la guérison du foyer d'un hydro-pneumothorax. Les auteurs soulignent la rareté de cette complication.

Sur un très gros cœur. — *MM. E. Gourion, H. Mondon* et *P. Lahillome* relatent le cas d'un homme de 25 ans ne présentant aucune incapacité fonctionnelle notable et porteur cependant d'un cœur extrêmement volumineux atteint d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Malgré le bon état fonctionnel apparent, l'existence de quelques troubles électro-cardiographiques doit faire réserver le pronostic.

Injection du système veineux du cobaye par voie médullaire osseuse. Résultats qu'il est possible d'en attendre. — *MM. R. Benda, Ch. Debray* et *J. Bourée* montrent qu'un produit injecté dans la moelle osseuse du cobaye passe immédiatement dans la grande circulation : la rapidité de ce passage fait de la voie intra-médullaire l'homologue de la voie intra-veineuse.

Ils indiquent la technique qui leur a permis d'étudier le comportement de divers produits ou préparations inoculés directement dans la moelle du cobaye, substances de contraste, air, sang humain, germes microbiens. Ils exposent, en particulier, les résultats obtenus en partant de produits tuberculeux variés (délais de tuberculisation ; caractères des lésions).

Ils soulignent que l'adjonction de lipiodol, d'oxyde de thorium colloïdal, et surtout de goudron, aux substances injectées par voie intra-médullaire, semble parfois précipiter la marche de la tuberculisation, ce qui permettrait, dès à présent d'espérer — pour la pratique — une réponse plus rapide et plus sûre du laboratoire.

Malformations congénitales thoraciques, cardiaque et diaphragmatique. — *M. J. Lecaplain* rapporte l'observation d'un garçon de 13 ans un thorax déformé en entonnoir, un rétrécissement de l'artère pulmonaire une dextrocardie sans inversion des organes et une distension diaphragmatique à gauche. L'auteur insiste sur la rareté de cette dernière malformation.

Mélitococcie traitée par le chlorhydrate de sulfamino-chrisoïdine. Amélioration clinique, persistance des germes dans le sang. — *MM. L. Béthoux, E. Gourdon* et *J. Rochedix*.

Néoplasie osseuse secondaire multiple consécutive à un cancer du sein. Amélioration fonctionnelle considérable par téléroentgenthérapie. — *MM. F. Trémolières, L. Mallet et J. Carèze* présentent l'observation d'une malade qui au mois de mars 1936 était entrée à Boucicault, présentant de violentes douleurs thoraciques et des membres inférieurs nécessitant la morphine et un état général très mauvais, presque grabataire. L'examen clinique révéla l'existence d'une tumeur du sein droit de la grosseur d'une orange qui existait, au dire de la malade, depuis neuf ans. Des radiographies du squelette mirent en évidence de nombreuses manifestations métastatiques, écrasement de la neuvième vertèbre dorsale, érosion considérable de la quatrième lombaire et de multiples localisations à la ceinture pelvienne et au bassin. Un traitement par téléroentgenthérapie semi-généralisée, à très larges champs, comportant quatre champs, deux antérieurs et deux postérieurs englobant la presque totalité du corps, à très petites doses, 25 unités r, pendant deux mois et demi, transformèrent la malade au point de vue fonctionnel et au point de vue général et amenèrent une recalcification des lésions osseuses ainsi qu'un ramollissement et une réduction considérable du volume de la tumeur qui ne s'accompagnait pas d'adénopathies.

Deux mois après cette irradiation, la malade présenta une formule sanguine très diminuée, surtout de la série rouge, qui fut vite réparée à la suite de la médication martiale et de trois transfusions opérées dans le serviee du Docteur Marchal.

Ultérieurement, le Docteur Moulonguet pratiqua l'ablation du reste de la tumeur qui n'avait pu être extirpé auparavant par suite du mauvais état général et l'examen histologique mit en évidence l'existence de cellules néoplasiques (carcinome typique avec une réaction conjonctive intense) (Mlle le Docteur Gasne).

Actuellement, la malade présente un état général très satisfaisant, peut vaquer à ses occupations, a engraissé considérablement et ne souffre pour ainsi dire plus.

M. Béclère ne pense pas que l'on puisse dans ce cas parler de géode, ce terme impliquant nécessairement une perte de substance osseuse ; il n'existe en fait que des foyers de décalcification qui se sont recalcifiés sous l'influence du traitement. Il semble bien qu'il faille limiter là le rôle de la radiothérapie dans ce cas. Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1937

Aspergillose pulmonaire primitive et pure évoluant depuis quinze ans. — *M. Ed. Joltrain* présente une malade atteinte depuis 15 ans d'aspergillose pulmonaire ayant conservé un excellent état général. Les examens physiques au point de vue clinique et les examens radiographiques plaident en faveur de l'hypothèse de tuberculose pulmonaire, mais il s'agit d'aspergillose pure comme le prouve l'examen des crachats qui a toujours donné des cultures d'aspergillus fumigatus et jamais de bacilles de Koch. Il attire l'attention sur quatre points particuliers de cette histoire clinique :

1° L'absence de réactions biologiques ;

2° L'évolution scléreuse des lésions aboutissant progressivement à la déviation du cœur ;

3° Un examen bronchoscopique qui montre les différences entre l'aspect des lésions aspergillaires et des lésions tuberculeuses et la réalité de petites dilatations bronchiques ;

4° L'action thérapeutique incontestable des injections intraveineuses d'iodure de potassium à haute dose et des balsamiques.

M. Rosenthal préconise dans cette affection l'injection intratrachéale de lipiodol.

M. M. Pinard indique aussi les bons résultats du traitement créosoté.

M. Galliot étudie cette question des pseudo-tuberculoses au point de vue social.

Evolution silencieuse d'un obtérome mortel de l'aorte chez un cheval. — *M. Boucher* présente la pièce provenant de l'autopsie de l'animal et fait des considérations anatomo cliniques sur cette question.

De l'influence de la volonté sur les fibres lisses. — *M. H. Legrand* cite comme exemples de la volonté agissant sur les fibres lisses : un mérycisle qui dans un cirque avalait douze grands verres d'eau, des grenouilles vivantes et divers objets qu'il rejetait à volonté dans l'ordre demandé ou en faisant un jet d'eau avec sa bouche.

Un élève d'Alfort qui s'était exercé à imiter les ruminants en faisant revenir dans la bouche le bol alimentaire déjà ingurgité.

Les bagnards d'avant-guerre qui mettaient leurs économies sous forme de pièces d'or dans un petit tube et le cachaient dans la partie postérieure de l'intestin d'où ils le sortaient à volonté.

A propos de la communication de M. Le Gac sur « ce qu'il a vu à Berlin » dans le Service du Professeur Sauerbruck, cas d'un amputé de l'avant bras droit.

M. Gouin montre l'intérêt médico-légal de cette communication qui semble montrer que la législation allemande en tenant compte de la capacité professionnelle a favorisé la rééducation des accidentés du travail plus sûrement que la législation française.

Le rétrécissement inférieur de l'œsophage ; remarques pathogéniques et thérapeutiques. — *M. A. Soulas* estime que si l'on excepte quelques cas de troubles purement fonctionnels, les faits dénommés phréno-spasme, cardio-spasme, sténose du cardia répondent à une entité morbide : « le rétrécissement cardio-phrénique ». Celui-ci est d'ordre inflammatoire et devient plus tard sclérocicatriciel ; il siège sur le segment canaliculaire de l'œsophage inférieur, il est cardiophrénique. C'est l'œsophagite qui est l'élément étiologique essentiel ; l'élément local domine l'élément de terrain et la notion acquise domine celle de congénitalité. Affection généralement curable, le traitement médical, œsophagoscopique ou chirurgical selon la phase où on l'observe, est suivi d'exellents résultats. Il n'en est pas de même du Méga œsophage, infirmité définitive, dont l'étiologie et la physionomie clinique sont tout à fait différents. Ces remarques sont appuyées sur des observations et sur des études radiographiques.

M. Guisez appuie les conclusions de *M. Soulas* et pose les indications opératoires.

Essais de traitement par le sérum d'animaux éparathyroïdés. — *MM. Roederer* et *Parturier* montrent que le sérum d'animaux éparathyroïdés saignés après l'apparition des phénomènes tétaniques, employé dans certaines arthroses, semble déterminer un processus de récalcification et administré à des tuberculeux a donné une amélioration constante de l'état général, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Il paraissait logique d'essayer pareille médication dans le traitement des tuberculoses osseuses et même dans différentes affections osseuses.

Durant dix huit mois, les auteurs ont traité 21 cas de maladies osseuses les plus variées : *Paget*, rachitisme, décalcification vertébrale, diverses ostéo-arthrites bacillaires. Il leur a paru que, dans les 16 cas suivis, une amélioration notable était intervenue dans des délais plus rapides qu'il n'est habituel. G. LUGUET

THERAPEUTIQUE

Propriétés chimiques et pharmacologiques des iodoalcoylates d'héxaméthylène tétramine

Par J. DETRIE
Docteur ès Sciences

Bien que ces dérivés soient utilisés depuis longtemps en médecine comme antiseptiques et médicaments iodés, on trouve très peu de précisions, dans la littérature, quant à leurs constantes et propriétés chimiques. Il est cependant du plus haut intérêt pour le médecin de les connaître car les propriétés thérapeutiques de ces sels dépendent, en grande partie, de leur solubilité et de leur dissociation en aldéhyde formique, élément microbicide particulièrement important.

On peut les classer actuellement en deux groupes principaux :

a) Dérivés que l'on obtient par action d'une iodure alcoolique (IR) sur l'Hexaméthylène Tétramine (Urotropine).

b) Dérivés obtenus par action d'une iodhydrine alcoolique (IROH) sur l'Hexaméthylène Tétramine.

GROUPE A. — Les principaux sels utilisés en thérapeutique sont :

L'Iodométhylate d'hexaméthylène tétramine, de formule $(CH^2)^6 N^4 ICH^3$, très soluble dans l'eau, 1 % = 45.

L'Iodobenzylate d'hexaméthylène tétramine, de formule $(CH^2)^6 N^4 ICH^2 C^6 H^5$, très peu soluble dans l'eau, 1 % = 35,4 P. F. = 213° (et non pas 40 % comme on le trouve dans la littérature.

GROUPE B. — Les deux plus importants sont :

Iodhydrate d'hexamethylène tétramine propanol $(CH^2)^6 N^4 - IC^2 H^4 CH^2 OH$, 1 % = 38,9.

Iodhydrate d'hexaméhylène tétramine éthanol (IOGOL) $(CH^2)^6 N^4 - IC^2 H^4 OH$, 1 % = 40,7 P. F. = 149°.

Malgré la grande parenté existant entre les formules chimiques des dérivés de ces deux groupes, il existe de grandes différences dans la stabilité de leur solution aqueuse.

En effet, pour les iodoalcoylates des groupes A, comme l'Iodométhylate d'hexaméthylène tétramine, *on ne constate pas de libération de formol, à la T° ordinaire* (37°), pour des pH neutre ou alcalin.

Avec les solutions des sels du groupe B, comme l'Iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol, *on constate déjà à 37° un dégagement important de formol dans une zône des pH qui s'étend de* 1 *à* 9. Les récents travaux de Vérain ont mis ces faits en évidence par des mesures très précises effectuées au photomètre de Vernes avec l'écran rouge clair de Wratten.

Ils confirmèrent, en outre, que l'hexaméthylène tétramine pure, en solution aqueuse, ne libère de formol qu'à partir du pH5, que l'on rencontre difficilement dans l'organisme en état d'infection.

Action antiseptique « in vitro ». — . — Le pouvoir bactéricide remarquable de ces sels a été confirmé :

1° Par les travaux de Bovet et Demanche, au laboratoire de chimie thérapeutique de l'Institut Pasteur ;

2° Par les travaux de Vérain et Hamel.

Bovet et Demanche comparèrent le pouvoir antiseptique à 38° vis-à-vis du colibacille à des pH compris entre 5 et 8, des solutions des trois dérivés types : héxaméthylène tétramine pure, iodométhylate d'héxaméthylène tétramine, iodhydrate d'héxaméthylène tétramine éthanol.

Conclusion : L'héxaméthylène tétramine n'a de pouvoir antiseptique qu'à partir du pH5,5 ; l'iodométhylate à partir d'un pH6 ; l'iodhydrate d'héxaméthylène tétramine éthanol s'est montré un bactéricide indépendant de l'acidité et de l'alcalinité du milieu.

Ces résultats se trouvèrent nettement confirmés par les travaux de Vérain qui, en opérant sur des *urines stérilisées et ensemencées avec une souche active de colibacille*, constata que l'héxaméthylène tétramine n'arrivait pas à stériliser les cultures au bout de 10 heures (à des pH de 4 à 8), alors qu'avec l'iodhydrate d'héxaméthylène tétramine éthanol, on obtenait *la stérilité parfaite*, au bout de ce temps, *à tous les pH*.

Action antiseptique « in vivo ». — Bovet et Demanche montrèrent ensuite que *par voie buccale*, chez le lapin, à doses égales, l'héxaméthylène tétramine n'a pas d'action bactéricide, alors que l'iodhydrate d'héxaméthylène tétramine éthanol en présentait une très nette.

Essais cliniques. — De nombreux travaux cliniques sont venus confirmer la valeur des études biologiques qui viennent d'être citées. Après un an d'usage fréquent, Hamel considère l'Iogol comme « un agent remarquablement actif à des doses modérées, fidèle, inoffensif, facile à manier », ainsi que le témoignent de nombreux succès dans des observations *d'infections urinaires* (notamment d'origine colibacillaire), de *septicémies*, de *pneumonies*, de *pyélonéphrites*, d'*encéphalites psychosiques*, de *delires aigus*.

BIBLIOGRAPHIE

H. VERAIN et G. TOUSSAINT. — Influence du pH sur les dissociations de l'héxaméthylène tétramine et de l'iogol. (Soc. de Biol. 9 juillet 1934). — D. BOVET et L. DEMANCHE. — Le pouvoir antiseptique de l'urine après administration de l'héxaméthylène tétramine et ses dérivés. (*Ann. de l'Inst. Past.*, n° 2, août 1933). — H. VERAIN, G. TOUSSAINT et R. GOETZ. — Comparaison du pouvoir antiseptique de l'héxaméthylène tétramine et de l'iogol. (Soc. de Biol., 2 juillet 1934). — LALANNE, MICHEL et J. HAMEL. — Les encéphalites psychosiques et leur traitement. (*R. Médicale de l'Est*, 15 août 1934). — J. HAMEL. — Traitement d'états toxi-infectieux par l'iodhydrate d'héxaméthylène tétramine éthanol. (*Progrès Médical*, n° 35, 31 août 1935).

La maladie coronarienne

Les recherches récentes des physiologistes américains ont permis de mesurer le débit sanguin des artères coronaires.

Ce qui intéresse le clinicien, c'est que ces travaux ont permis d'étudier les substances qui augmentent le flux coronarien, dont la régularité est essentielle au fonctionnement du muscle cardiaque.

Le Docteur P. Soulié, médecin des hôpitaux de Paris, dans un remarquable article « quelques aspects du problème des coronarites » (*Synthèse*, avril 1937), compare les effets « rapides et brutaux » des nitrites, qui déterminent un accroissement du débit des coronaires de 20 à 25 %, ceux de la trinitrine, « plus marqués et plus durables », ceux de la théobromine (30 %), de la caféine (41 %) et enfin ceux de la théophylline-éthylènediamine (*aminophylline*) « *qui occupe la première place dans la thérapeutique des coronarites* », et « permet d'obtenir des *augmentations de débit atteignant* 80 %.

Caréna, la grande marque française d'aminophylline (théophylline-éthylènediamine) est le médicament classique des algies coronariennes, sous forme de comprimés (trois à six par jour) ou de gouttes (dix gouttes = un comprimé).

Les ampoules intramusculaires de Caréna, *strictement indolores*, et les injections intraveineuses, sont précieuses pour le praticien dans les cas d'urgence : infarctus du myocarde, œdème aigu du poumon, anasarques, grandes dyspnées et oliguries graves.

Depuis plus d'un an, on emploie avec succès, dans les hôpitaux, les ampoules de Caréna, la première aminophylline française injectable.

Le rhume des foins
Son traitement par le Pressyl

Aux mois de mai et de juin, les malades qui sont atteints de rhume des foins souffrent d'un prurit oculaire intense ; la conjonctive est rouge et larmoyante. Les salves d'éternuements se répètent au cours de la journée et l'hydrorrhée nasale est très abondante. Un peu de céphalée, une sensation d'abattement, un léger mouvement thermique accompagnent ce catarrhe oculo-nasal.

Suivant que des crises de trachéo-bronchite ou d'asthme s'associent à ces symptômes, on a distingué des formes monosyndromiques, des triades syndromiques et même des associations du rhume des foins à l'urticaire, à l'œdème de Quincke, à l'eczéma ou à d'autres dermatites.

Ces dernières associations montrent bien que le rhume des foins est une *maladie générale*. Son traitement doit donc comprendre, avec les traitements de fonds classiques, un traitement symptomatique général qui se résume dans l'utilisation du Pressyl (1).

Le Pressyl agit, en effet, à la fois comme sympathomimétique et anti-allergique. De plus, absorbé par voie digestive, il détermine à distance la constriction des petits vaisseaux oculaires et naso-pharyngés.

Sa supériorité dans le traitement du rhume des foins est due à deux qualités :

1° *Sa parfaite maniabilité* qui résulte de sa grande marge thérapeutique ;

2° *La prolongation de ses effets* qui persistent six à huit heures, avantage précieux lorsqu'il s'agit d'un traitement qui doit se répéter pendant de longues périodes.

Sa posologie et son utilisation sont des plus simples.

A la ville, 1 à 2 comprimés matin et soir.

A la campagne, lorsque le malade se promène dans une atmosphère riche en pollens de graminées, la dose peut être portée à 2 ou 3 comprimés trois fois par jour.

Dans les *formes prolongées* qui s'étalent sur les mois de mai, juin et juillet, le Pressyl a ce grand avantage de ne pas déterminer d'accoutumance ni d'intolérance.

En cas d'*asthme des foins*, la crise violente sera immédiatement jugulée par l'injection sous-cutanée d'une ou deux ampoules et, au besoin par l'injection intraveineuse d'une demi-ampoule. Puis, dans les jours suivants les comprimés assureront au malade une amélioration persistante de ses troubles.

(1) Laboratoires Lematte et Boinot, 52, rue La Bruyère, Paris-9°.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La fréquence de l'appendicite aiguë diminue avec l'âge ; chez les sujets de plus de 50 ans le diagnostic doit être fait avec prudence.

On peut décrire trois formes :

1° La forme de l'adulte est la plus facile à reconnaître, elle correspond aux descriptions classiques ;

2° La forme occlusive donne le tableau clinique d'une occlusion de cause indéterminée. Il importe de signaler que la douleur initiale siège dans la fosse iliaque droite. Le pronostic opératoire est toujours grave, la mortalité est de 25 % ;

3° La forme pseudonéoplasique se caractérise par la présence d'une tumeur qui simule un cancer du cæcum ; cette forme évolue avec une symptomatologie réduite.

(Jorge L. Mulcahy. — Apendicitis aguda en las personas de edad. *Prensa medica argentina*, 3 février 1937.)

L'abcès central hématurique du rein est une affection rare constituée anatomiquement par une suppuration collectée qui s'ouvre dans les voies naturelles ; cet abcès est dû à un agent pyogène banal qui est fréquemment le colibacille.

Cliniquement l'affection se caractérise par une hématurie spontanée, indolore, abondante, avec présence de caillots.

Le diagnostic différentiel entre l'abcès hématurique d'une part et les tumeurs ou la tuberculose rénale d'autre part, est très difficile, parfois impossible.

Il n'existe pas de règle générale dans le traitement de l'abcès central hématurique ; les altérations, rencontrées au cours de l'intervention, règleront la conduite du chirurgien ; il s'efforcera d'être conservateur, mais il sera fréquemment obligé de pratiquer la néphrectomie.

(A. Leruitte. — L'abcès central du rein à forme hématurique. *Bruxelles Médical*, 7 mars 1937.)

La renaissance de la rachianesthésie est due à trois causes : 1° la constatation qu'un dosage individuel est nécessaire ; 2° le développement des méthodes permettant ce dosage de la solution anesthésique suivant les besoins individuels ; 3° les connaissances acquises sur le choc spinal grâce à des recherches expérimentales étendues.

Parmi les substances et les méthodes employées actuellement il faut donner la préférence à la solution faible de percaïne, administrée de façon fractionnée, ce qui permet d'arriver à la dose idéale, nécessaire à une anesthésie impeccable. On évitera ainsi les dangers sérieux qui menacent les sujets rachisensibles et les échecs représentés par des anesthésies incomplètes, auxquels sont exposés les individus rachirésistants.

(K.-A. Lagergren. — Erfahrungen und Gesichtspunkte betreffs der fraktionierten Spinalanästhesie nach Sebrehts. *Acta chirurgica scandinavica*, 13 janvier 1937.)

Le calcium est un modérateur de l'excitabilité neuro-musculaire, il allonge la chronaxie ; les manifestations tétaniques de l'hypocalcémie disparaissent instantanément par l'injection d'un sel calcique ionisé. Il en est de même pour le spasme des fibres lisses, dans l'asthme par exemple.

Le calcium augmente l'amplitude des contractions cardiaques, effet qui se superpose à l'action de la digitale.

Le calcium possède un certain nombre d'autres propriétés Il augmente le tonus des fibres lisses des vaisseaux, il régularise la perméabilité cellulaire et joue un rôle important dans la coagulation du sang.

(L. Brull. — Notions générales de thérapeutique phosphocalcique à la lumière des données de l'expérimentation. *Scalpel*, 13 mars 1937.)

L'action du cautère se comprend de la façon suivante : foyer de désintégration cellulaire, il constitue une source de produits régulateurs de la vaso-motricité susceptibles d'influencer favorablement les phlegmasies chroniques, comme on disait il y a cent ans.

Tous les médecins ont eu l'occasion d'observer des cas, où des troubles, en général chroniques, à la participation desquels il est le plus souvent facile d'invoquer l'élément vasomoteur, se trouvent favorablement influencés par un phénomène aigu comme un traumatisme, une infection, toutes causes susceptibles de modifier d'une manière analogue l'équilibre humoral en provoquant de la fièvre, une impression de fatigue générale dont la grippe a vulgarisé l'aspect, en inversant le quotient albumine-globuline du sérum sanguin, en augmentant le fibrinogène, en accélérant la vitesse de sédimentation des globules rouges. Ce syndrome constitue, lorsqu'il est poussé à l'extrême, ce qu'on appelle l'état de shock.

(R. Patry et E. Naz. — La pratique du cautère se défend elle à la lumière des connaissances actuelles ? *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1937.)

La classification biologique des tétanies n'a pas encore reçu de solution satisfaisante. Les opinions les plus diverses ont été soutenues et on a mis au premier plan tantôt les déviations de l'équilibre acide-base du sang et tantôt les variations de la calcémie. Ce qui complique tout, c'est la valeur intangible que l'on a tendance à attribuer aux chiffres dits normaux de calcémie, de pH, etc.

La synthèse d'un certain nombre de cas permet d'arriver à la conclusion que, dans toutes les formes de tétanie, il existe soit une alcalose décompensée, soit une hypocalcémie, ces deux altérations pouvant se combiner. On a tendance à admettre, dans ces conditions, que l'apparition des crises tétaniques dépend de l'hypoionisation calcique, qui augmente l'excitabilité neuro-musculaire.

(P.-H. Rossier et P. Mercier. — La classification biologique des tétanies. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 janv. 1937.)

Le climat alpin est particulièrement indiqué pour les asthmatiques. Les crises deviennent moins fréquentes et moins graves en attendant de disparaître dans la plupart des cas.

Il faut faire intervenir la dépression barométrique, la pureté de l'air et l'insolation.

La cure alpine ne donne vraiment de résultats que dans la première période de l'asthme, avant toute intrication.

(Bernard Hutson. Influence of altitude on asthma. *Practitioner*, février 1937.)

Le syndrome de Brown-Séquard est resté intact ; il comprend : 1° une lésion sur une moitié latérale de la moelle épinière ; 2° une paralysie du même côté que la lésion avec une anesthésie cutanée du côté opposé.

Le traumatisme est le facteur essentiel ; 4 cas, entrés à la clinique de Genève, sont cependant étrangers à toute violence extérieure. Voici les quatre diagnostics : 1° tubercule solitaire de la moelle cervicale, atteignant surtout la moitié droite et

ayant eu un certain retentissement (compressions, troubles circulatoires) sur la moitié opposée ; 2° tubercule solitaire de la moelle cervicale, interessant sa moitié gauche et envahissant son côté droit ; 3° méningite gommeuse de la région cervicale avec invasion de la moelle ; 4° lésion de la moelle dorsale.

(Mlle E. Cottin et C. Saloz. Le syndrome de Brown-Séquard. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mars 1936).

Dermatologie

Les principes généraux du traitement des affections cutanées sont trop souvent négligés ; aussi est-il utile de les rappeler de temps en temps.

« Les premières tentatives de traitement des éruptions ont été entièrement empiriques, le résultat d'essais et d'erreurs. Lorsque l'étiologie eut réalisé des progrès, les principes du traitement ont été dirigés dans le sens de la correction du processus morbide et, si possible, de sa prévention. On peut avouer toutefois que, dans un certain nombre d'affections cutanées, l'étude des causes est si peu sortie de la théorie que même maintenant le traitement dépend des essais et des erreurs, guidés principalement par l'expérience.

« Il y a eu un temps, qui n'est pas très éloigné, où presque toutes les maladies de la peau étaient considérées, surtout par les Français, comme dues à des états d'impureté du sang ; des états mal dénommés diathèses (arthritisme, lymphatisme) étaient considérés comme le but du traitement. Il est inutile de dire que le traitement est interne. Cette conception veut... que les affections cutanées soient dues au *sang* et ne puissent être guéri sans drogues ou sans injections.

« Hebra et son école ont pris le contre-pied et considèrent le traitement externe comme le seul nécessaire. Comme c'est toujours le cas, la vérité est à égale distance des deux conceptions opposées. . On doit toujours être aussi sûr que possible qu'une éruption n'est pas de cause externe avant de la déclarer d'origine interne. Cela évite les cas de gale, pris pour une intoxication alimentaire et traités comme tels.

(J.-E.-M. Wigley. General principles of treatement of some common skin diseases, *Practionner*, mai 1936) J. LAFONT.

Echos et Glanures

Renan et la médecine. — *Extr. d'un article de Mme Henriette Psichari : Renan et la Mort* (MERCURE DE FRANCE, 1er mai 1937) :

Les lois de la médecine lui avaient toujours été étrangères et, lorsqu'il cherchait les causes d'une santé précocement atteinte, il les attribuait aux privations de son enfance qui lui revenaient à la mémoire :

« Jusqu'à 15 ans, j'ai vécu de pommes de terre », disait-il. Cette pauvreté extrême, à laquelle succédèrent les humides corridors du séminaire d'Issy, la cellule glacée de Saint-Sulpice, plus tard la maigre pitance de la pension Crouzet, auraient suffi à attaquer de plus robustes garçons. Renan n'avait pas besoin de réunir la Faculté pour s'en rendre compte : « J'ai trop négligé mon corps, il se venge » aimait-il à répéter à sa femme pendant les derniers mois de sa vie.

La répugnance de Renan pour les médecins et surtout pour les traitements (« Régime, jamais. Mieux vaut mourir », écrit-il dans ses Pensées dernières), ne venait donc pas du désir qu'il aurait eu de s'illusionner sur sa santé. Il avait construit son propre système physiologique, les conséquences se déroulaient pour lui, rigoureuses ; qu'avait-il besoin alors des diagnostics d'un Potain ou d'un Lannelongue ? Aussi lorsque, poussé par son inquiète amitié, Berthelot amenait à son chevet ces somnités d'alors, Renan, plein de courtoisie pour leurs lumières, entamait une de ces causeries dont il avait le secret et l'heure se passait sans qu'une auscultation ait été possible. A sa manière pourtant Renan se soignait. S'il ne croyait pas aux drogues, il croyait au soleil de l'Italie ; plus encore, il désirait chaque été revoir sa Bretagne. Contre toutes les lois de l'hygiène, les vents marins chargés d'eau le soulageaient, la promenade dans les allées sans soleil du bois de Rosmapamon où sa canne soulevait, même en été, des feuilles mortes, était pour lui facile. Ces alter-

natives du mieux et du pire, Renan pittoresquement les décrit : « Passer son temps à boucler sa malle et à la déboucler ». Telle est l'image exacte de ces sursauts de bien-être qui lui venaient brusquement après des crises de tenaillante souffrance. Mi-joviale mi-résignée, cette phrase est le signe d'une connaissance de la marche de son mal. On comprend assez bien que les médecins et leur attirail consolateur se soient heurtés à une certitude si invétérée chez leur malade qu'elle empêchât toute thérapeutique.

Les mariages consanguins.— (*Extrait de* LE NOURRISSON, 3 mai 1937).

Sur la côte occidentale du Japon, existe un petit village de pêcheurs connu sous le nom d'Usuki, où les habitants se marient entre eux depuis plus de trois siècles. Ce village compte actuellement 1.786 habitants.

Le Docteur Takeshi Ikemi, de Tokio, a eu la curiosité de se rendre dans cette localité et d'y étudier les effets du mariage consanguin.

Les facultés mentales des habitants ne semblent pas affectées.

Les crimes sont rares à Usuki : Au cours des dix dernières années, on a relevé sept délits de pêche, quatre disputes graves, quatre contraventions à la loi des poids et mesures ; il y eut vols ou méfaits dans trente-huit cas. Les délits sont, toute proportion gardée, moins nombreux que dans les villages voisins.

Au point de vue sanitaire, il convient de signaler des épidémies de dysenterie et de choléra, mais pas d'affections héréditaires graves.

On n'observe pas de cas de lèpre, de syphilis, d'éléphantiasis de cécité pour certaines couleurs, ni de folie.

La constitution physique de la population est robuste en dépit d'une alimentation légère.

Les divorces sont rares, la proportion des naissances est normale.

Le Docteur Taeshi Ikemi tire de ces faits, la conclusion qu'entre sujets sains l'union consanguine est sans conséquence grave.

La tisane de M. Hamon. — *Mme Louise Faure-Favier évoque* (MERCURE DE FRANCE, 15 mai 1937), *la figure de M. Hamon, à propos du deux cent-cinquantième anniversaire de sa mort.*

Hamon, arrivé dans la Solitude de l'Abbaye, eut bien voulu ne se livrer qu'à la prière et à d'humbles travaux. Mais les circonstances en décidèrent autrement. Le Docteur Pallu, médecin de Port-Royal-des-Champs étant mort, Hamon fut prié par la mère Angélique de le remplacer, non seulement auprès des religieuses, mais auprès du duc de Luynes, qui habitait le château de Vaumurier, voisin de l'Abbaye, et encore auprès de tous les habitants des alentours.

Mais les morts étaient si nombreux dans le vallon insalubre, que le duc de Luynes prit la décision d'assainir les bâtiments du monastère.

« Des travaux d'hygiène furent entrepris, dit Mme Louise Faure-Favier. Toute une organisation médicale s'institua. Hamon y présida. C'est à lui qu'on doit cette apothicairerie modèle qui approvisionnait de remèdes toute la contrée. C'est lui qui fit tracer, près du cloître, ce grand jardin bien exposé, en bordure de la rivière, où l'on cultivait les plantes médicinales, c'est lui qui fit édifier, au nord de l'étang, les ruches qui fournissaient le miel et cette cire vierge, l'une des bases du fameux onguent Sainte-Thècle, dont la formule est conservée dans l'*Histoire de la Pharmacie* d'André Pontier.

La mère de Sainte-Thècle, la tante de Jean Racine, était abbesse de Port-Royal-des-Champs, au temps où Hamon y était médecin. Et l'on peut supposer que c'est de leur collaboration que naquit l'onguent de Sainte-Thècle.

Quant aux ruches, on les voyait encore là, il y a dix ans, et Mme d'Aurelle de Paladines, la Solitaire de Port-Royal, ne voulait pas d'autre miel pour adoucir la fameuse infusion fébrifuge du Docteur Hamon dont elle gardait la recette ».

Qu'était cette poudre fébrifuge ? Du quinquina ?

« Nous ne le voyons pas figurer, dit Mme Louise Faure-Favier, dans la tisane fébrifuge du Docteur Hamon, pour la raison qu'Hamon l'avait, depuis longtemps, remplacé par un succédané dont il avait éprouvé l'efficacité et qui n'était autre que l'écorce de peuplier, mêlée à l'écorce de saule, lesquelles, on le sait, contiennent la saliciline.

Deux siècles et demi après la mort d'Hamon, sa tisane est toujours bue avec conviction par les habitants de la vallée.

Mme d'Aurelle de Paladines, qui avait un culte particulier pour Hamon, l'absorbait préventivement et lui attribuait sa robuste santé, malgré les brumes. Elle était même convaincue que les hauts peupliers qui font l'admiration des visiteurs du musée de Port-Royal sont les descendants de ceux qui fournissaient à Hamon leur précieuse écorce. De même, pour le très vieux saule, en face de son humble demeure de solitaire, à côté des ruines de l'Abbaye, et dont elle avait orné le tronc d'une petite croix. Elle avait fait partager sa croyance au gardien du Musée, qui l'avait propagée aux alentours.

La formule de la tisane du Docteur Hamon, copiée de sa main, est conservée pieusement par Mme Blanchard, la femme du garde-chasse de Vaumurier.

C'est ainsi que j'ai vu, en 1928, une bûcheronne, atteinte de congestion pulmonaire et grelottante de fièvre, absorber la tisane brûlante du Docteur Hamon. Lorsque le médecin vint la visiter, le lendemain, dans sa cabane, au milieu des bois, elle était déjà hors de danger. J'eus l'occasion, ce jour-là, de m'entretenir avec le Docteur Rigal, maire de Chevreuse, de cette fameuse tisane.

— Et bien, vous le constatez, me répondit-il, elle est excellente et les paysans d'ici croient, dur comme fer, à son efficacité. Et puis, ajouta-t-il en riant, on n'a pas toujours à sa disposition un cachet de quinine, surtout lorsqu'on habite au fond des bois, tandis que les arbres y sont à la portée de la main.

Ce scepticisme affable n'eût pas déplu à Hamon lui-même qui écrivait dans un élan mystique :

« Je confesse, devant vous, ô mon Dieu, que ce n'est point une herbe ou quelque chose appliquée sur le mal des malades qui les a guéris... Vous êtes le seul médecin dont les soins empêchent de mourir ... ».

Cependant, la tisane d'Hamon est toujours en honneur dans la vallée. Bien mieux, alors que beaucoup d'érudits savent à peine qu'Hamon soigna Jean Racine adolescent, tous les habitants du hameau de Port-Royal connaissent qu'Hamon a guéri le petit Racine. Les biographes de Racine ont à peine mentionné cette maladie sans la déterminer.

Mais on est convaincu, ici, que le petit Racine avait « attrapé un chaud et froid » et qu'il en fut guéri par la tisane d'écorces de saule et de peuplier — et aussi par l'infusion de lierre terrestre.

En conséquence, il est, dans la vallée, une coutume charmante qui consiste à envoyer, chaque printemps, les petits enfants cueillir, dans les sous-bois, les fleurs bleues si jolies du lierre terrestre, vainqueur des toux enfantines ».

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Histoire de l'Inde et de sa Culture, par le Rev. Père Vath. Traduction et notes par Robert Godet. In-8 de 448 pages de la Bibliothèque Historique, avec deux cartes, 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il est rare que des ouvrages sur l'Inde l'aient évoquée dans la simultanéité des divers développements — politique, religieux, philosophique, littéraire, artistique — dont les étapes ont marqué son évolution générale, et rare même qu'un ouvrage quelconque se soit proposé d'en offrir à lui seul un aperçu complet, voire un suffisant résumé. C'est pourquoi cette nouvelle *Histoire de l'Inde et de sa culture* sera lue avec profit par tous ceux qui ont éprouvé les inconvénients des lacunes qu'elle tente de combler, car à travers les millénaires de l'histoire dont elle trace le tableau, elle s'efforce d'accorder leur juste part non seulement à l'Etat et à la société, mais à la religion et à l'activité intellectuelle ou artistique, et d'en accuser l'intime liaison.

Babeuf (1760-1797) et la conjuration des égaux, par Gérard Walter. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec huit dessins et portraits, 25 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Gérard Walter dont on connaît la méthode de recherches historiques rigoureusement précise et objective, s'est donné pour but de présenter au grand public un exposé clair et impartial, et qui permettra au lecteur de suivre sans difficulté Babeuf à travers le vaste labyrinthe des intrigues politiques et policières, dans lesquelles, bien malgré lui, il s'est trouvé engagé. Car autour de cet idéaliste faible, mais sincère, animé du plus ardent désir du bien public, prêt à se sacrifier pour le bonheur du peuple, gravite tout un monde de démagogues équivoques et de politiciens tarés qui, tous, s'en tireront indemnes de cette « Conjuration des égaux », laquelle a coûté la vie à son animateur.

Les auberges de France. — Le Club des Sans-Club vient de faire paraître ses remarquables reportages sur route, bien connus des automobiles gastronomes.

On sait que la particularité de ce Club, que le célèbre Cuisinier Escoffier patronna pendant douze ans, est de créer un lien de solidarité entre tous ceux qui roulent avec Les auberges de France. Le prix du livre, soit 24 francs tenant lieu de cotisation et sa couverture de carte d'adhérent on a la faculté — en une forme clairement exposée — de confirmer ou d'infirmer les rapports de prospection.

Discipline ingénieuse qui permet au Club (42, rue de Trévise, Paris), de surveiller d'une façon permanente, la marche de ses circuits et de réserver ainsi à ses membres des heures joyeuses et économiques sur la Route.

A ce sujet, signalons que la gratuité du garage, presque dans toutes les Etapes, offre un avantage assez... éloquent.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Advenier (François). — **Contribution à l'étude du traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection transuréthrale selon le procédé de Stern et Mac-Carthy. Indications et résultats.** 140 p. Br. 25 francs. (*Le François*).

Bastien (Jacques). — **Les irradiations intrarouges et ultraviolettes en chirurgie opératoire.** 201 p. Br : 35 francs. (*Le François*).

Baufle (Paul). — **Eléments de pathologie médicale. Maladies des reins et de l'appareil circulatoire.** 302 p. Br. : 30 francs. (*Le François*).

Benoist (Daniel). — **Contribution aux indications et aux techniques chirurgicales dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche.** 127 p. fig. Br. : 20 francs. (*Le François*).

Bouchet (Pierre). — **Aide-mémoire de thérapeutique.** 6e édit., 464 p. Cart. : 15 francs. (*Le François*).

Carton (Dr Paul). — **Enseignements et traitement naturistes pratiques.** 5e série. 322 p. Br. : 20 francs. (*Le François*).

Carton (Dr Paul). — **Les lois de la vie saine.** 3e éd., 1937, 218 p. Br : 18 francs. (*Le François*).

Carton (Dr Paul). — **Les règles du traitement mental.** 43 p. Br. : 8 francs. (*Le François*).

Collin (Remy). — **L'innervation de la glande pituitaire.** Actualité scientifique et industrielle, n° 470, 92 p. Br. : 20 francs. (*Hermann*).

Colnat (Albert). — **Les épidémies et l'histoire.** Coll. Hippocrate, 56 illustrations. 192 p. Br. : 30 francs. (*Hippocrate*).

Essen-Moller (Pr). — **La reine Christine de Suède.** Col. Hippocrate, 70 p., 7 ill. Br. : 15 francs (*Hippocrate*).

Jacquin-Chatellier (Dr). — **L'homme. Les hommes.** 228 p. Br. : 15 francs. (*Plon*).

Lemant (Jacques). — **Hyperthermie et système neuro-végétatif.** Diagrammes. 120 p., Br. : 25 francs. (*Le François*).

Lemoine (J.-M.). — **La thrombose de l'artère bronchique cause de dilatation bronchique chronique de l'adulte.** 191 p., fi. Br. : 30 francs. (*Le François*).

Mallarmé (Jacques). — **Le myélogramme normal et pathologique par ponction sternale.** 180 p. Br. : 60 francs. (*Doin*).

Rancoule (M.). — **Les troubles psycho-sensoriels dans le syndrome de Parkinson encéphalitique.** 86 p. Br. : 20 francs. (*Doin*).

Richard (Abel). — **Contribution à l'étude de l'inhibition cardiaque.** 118 p. Br. : 25 francs. (*Le François*).

Roux (Alfred). — **Vérités sur le diagnostic radiesthésique médical.** 167 p., 4 pl. Br. : 15 francs. (*Le François*).

Stillmunkes (A.). — **Les sérums des convalescents.** 172 p. Br. : 32 francs (*Doin*).

Swynghedauw (R.). — **Le moignon pulmonaire dans le pneumothorax thérapeutique.** 136 p. Br. : 30 francs. (*Doin*).

Tchehrazi. — **Image de soi.** 112 p. Br. : 20 francs. (*Le François*).

Verne (J.). — **La vie cellulaire hors de l'organisme.** Coll. Encyclopédie scientifique, 200 p. Br. : 38 francs (*Doin*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 22 — 29 MAI 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er juin. — M. AJZINMAN : L'épilepsie psychique toxique. — M. GÉVAUDAN : Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. — M. DEMIGNEUX : Organisation de la vente d'un lait pur. — Mlle NOURY : Contribution à l'étude médico-sociale de la tuberculose ostéo-articulaire en France.

3 juin. — M. MORENO-TINAJERO : Les ulcères peptiques après gastrectomie. — M. SZWIBANSKI ; Les contre-indications à l'emploi des arsenicaux pentavalents dans la syphilis. —M. MALGRAS ; Exploration radiologique des voies biliaires.

Congrès de l'Union thérapeutique. — Ce congrès qui groupait plus de 300 adhérents a tenu ses assises à Berne, du 20 au 22 mai, sous la présidence du Professeur Loeper pour qui ce fut l'occasion de retracer, dans son discours d'ouverture, les origines de la toute jeune association et de montrer les espoirs scientifiques que cette nouvelle manifestation internationale permet de formuler.

« Il y a quelques trois ans, à la fin des premières assises de notre union naissante, nous avons, aux applaudissements d'une assistance nombreuse et distinguée, proposé, fait accepter et acclamer la Suisse comme siège de notre premier congrès international.

« Nous voulions dit M. le Professeur Loeper prouver notre indéfectible attachement à ce pays de justice et de liberté, chez qui chaque tragédie mondiale a suscité des idées plus généreuses. Nous voulions discipliner nos jeunes enthousiasmes dans cette atmosphère de sagesse et de pondération. Et nous voulions encore rendre un hommage public à votre labeur constant, aussi savant que pratique, qui suscita depuis Stauffer jusqu'à Stoll, depuis Kocher jusqu'à Sahli de si belles trouvailles de chimie ou de biologie.

« Le Professeur Burgi, dont je salue affectueusement la haute personnalité, était tout désigné pour préciser ce Congrès. Son nom nous était si cher et si familier que je ne puis dire aujourd'hui si nous avons élu ce pays pour le Président ou le Président pour son pays.

« L'Union thérapeutique a une histoire. Cette histoire est courte mais belle. Le Premier congrès qui la vit naître en 1933 et qui fut déjà, grâce à vous tous, un succès, apporta aux médecins et aux thérapeutes des rapports substantiels sur la pyrétothérapie, le traitement parentéral de l'ulcus, les synergies médicamenteuses, l'action des Rayons X, la colibacillose et la pharmacodynamie de l'adrénaline.

« Depuis, à Paris, dans notre belle salle de la Faculté de Médecine, toute parée des aimables tapisseries de Le Brun, nous avons tenu des réunions toujours plus nombreuses et nous y avons successivement discuté de la cholestérolémie et des spasmes vasculaires,des actions endocriniennes et de la migraine, des vitamines et de l'acide ascorbique. Ce n'est pas un mince programme et qui fut accompli avec éclat. Ainsi notre collaboration se fit chaque année plus productive et plus amicale.

« Vous abordez aujourd'hui le sujet toujours préoccupant de l'artériosclérose, vous étudiez les hypotenseurs et les lytiques, leur action thérapeutique et leurs indications.

« Par une innovation heureuse, vous avez fait appel non seulement à des médecins et à des pharmacologues éminents, mais à des chirurgiens hardis, dont on connaît dans tous les pays les tentatives ingénieuses et les succès.

« Et vous proclamez aussi, au pied des neiges irradiantes, les bienfaits de la lumière, du soleil et de l'altitude.

« Le congrès de 1937 reste donc fidèle aux principes directeurs de notre Union thérapeutique. Il groupe comme elle, tous ceux, médecins et chirurgiens, biologistes et physiciens, chimistes et pharmacologues, qui s'intéressent au traitement des malades et à la guérison des maladies et qui tous, mais dans des orientations parallèles, sous des formes différentes, tendent, avec la même conscience et la même rigueur, vers le but le plus noble que puisse avoir un être humain.

« Personne ne nie et ne peut nier les services qu'a rendus le Laboratoire à la Clinique et les progrès qu'ont fait faire à la thérapeutique la séparation des radicaux chimiques, la fixation des unités, l'ingéniosité toujours plus grande des synthèses.

« Il fallait bien saisir la constitution intime du médicament pour comprendre son action physiologique complexe. La spécificité chimique a fait naître la spécificité thérapeutique, elle a même conduit à chercher dans le symptôme la spécificité de quelque élément chimique à quoi l'on opposera antidote ou antagoniste.

« Mais chacun doit admettre aussi que l'observation Médicale est indispensable à l'application pratique,que les réactions variables et mouvantes de l'homme diffèrent souvent des réactions de l'animal et que le schéma rigide, de l'épreuve expérimentale doit s'assouplir ou s'estomper au contact de l'humanité.

« C'est sous ce signe d'une collaboration intime, où chacun prend au voisin ce qu'il a de meilleur et lui demande comme un constant appui que je me plais à placer ce congrès. »

Au cours du banquet officiel, M. Zunz, représentant de la Belgique a exprimé le désir que le congrès conserve le caractère d'une institution permanente. Le prochain congrès aura lieu à Bruxelles en 1939.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Professeur Lemaître, avec la collaboration de MM. les Docteurs Aubin et Maduro, et de M. le Docteur Rémy-Néris, commencera le lundi 14 juin à 14 heures et continuera tous les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve). Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. Paracentèse. Trépanation de la mastoïde (M. MADURO). — II. Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe (M. MADURO). — III. Les complications encéphaliques et veineuses des oto-mastoïdes. Ligature de la jugulaire (M. LEMAITRE). — IV. Chirurgie endo-nasale et anesthésies tronculaires (M. MADURO). — V. Chirurgie du sinus frontal et de l'ethmoïde (M. AUBIN). — VI. Chirurgie du sinus maxillaire (M. RÉMY-NÉRIS). — VII. Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur (M. RÉMY-NÉRIS). — VIII. Les trachéotomies. La ligature de la carotide externe (M. RÉMY-NÉRIS). — IX. Les laryngectomies (M. LEMAITRE). — X. Les pharyngotomies (M. LEMAITRE). — XI. Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre (M. AUBIN). — XII. Broncho-œsophagoscopie, trachéotomie et laryngectomie sur le chien (M. AUBIN).

Légion d'honneur. — Guerre. — *Au grade de commandeur* : M. Jean-Edouard Schneider, médecin lieutenant-colonel de réserve.

Ministère des Colonies. — Est nommé chevalier : Docteur René Martin, médecin directeur de l'hôpital Pasteur.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté du ministre de la Santé publique en date du 15 mai 1937, la médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. le Docteur Crosse (Emile), médecin de l'Assistance médicale gratuite à Mateur (Tunisie), pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Sanatoriums publics. — M. le Docteur Crouzet, médecin adjoint au sanatroium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Ponteils (Gard).

XXIVe Congrès d'hygiène (Paris, 18-22 octobre 1937). — Il tiendra séances dans le Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. E. Lesné.

Les rapports suivants seront présentés : I. Hygiène scolaire : *a*) Surmenage scolaire, Fatigue à l'âge scolaire, Aspect médical, social et administratif de la question ; *b*) Prophylaxie de la tuberculose à l'école. — II. Les inadaptés urbains. — III. Le lait sain.

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1937, à l'adresse du Secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe).

Les Journées médicales de Bruxelles (19 au 23 juin) connaîtront pour leur XVIe session, un succès égal aux précédents.

Le programme scientifique, déjà publié, et auquel collaborent notamment des savants comme Sir J. Barcroft (Angleterre) Castellani et Jemma (Italie), Sorel, Rathery, Pautrier, Jeanneney, Combemale, Woringer, Weiss, M. P. Weil (France), Daniélopolu (Roumanie), Oljenik (Hollande), Veraguth et Saloz (Suisse), Pittaluga (Espagne), et de nombreux universitaires belges, retiendra l'attention du monde scientifique. Les séances, de démonstrations et d'applications cliniques dans les hôpitaux durant les matinées, mettront les congressistes au courant de toutes les méthodes nouvelles d'investigation de diagnostic et de thérapeutique.

Tout un programme de festivités est réservé aux congressistes et aux dames qui les accompagnent, notamment une soirée dansante à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles, un banquet, une représentation théâtrale, le départ de la course Gordon-Bennet pour ballons libres, une réunion hippique au champ de courses de Grœnendael, une excursion enfin, d'un puissant intérêt, au Canal Albert, travail d'art, dont s'enorgueillit la Belgique, aux Charbonnages de Limbourg-Meuse, et à Tongres, la plus ancienne ville du Pays.

La cotisation est fixée à 100 francs (50 francs pour les dames). Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

Ier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique. — Le Ier Congrès international des médecins fonctionnaires de la Santé publique, organisé par le Syndicat des médecins hygiénistes français, sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, s'ouvrira, le 20 octobre, à 9 heures, au Grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Il tiendra séances les mercredi 20 dans l'après-midi, et jeudi 21 octobre 1937, dans la salle de réunion du Pavillon de l'hygiène à l'Exposition de 1937 (quai de Tokio), sous la présidence de M. le Professeur J. Parisot.

Des rapports et des communications y seront présentés, par des hygiénistes de différentes nationalités, sur le rôle des médecins fonctionnaires de la Santé publique dans la Société moderne.

Des visites sont organisées à Paris (exposition et institutions concernant l'hygiène), et en province (organisations techniques).

Un banquet par souscription terminera ces deux Congrès.

Pour tout ce qui concerne le voyage et le séjour à Paris, s'adresser aux Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (Ier).

Médecin-suppléant à la Préfecture de la Seine. — Des concours sur titres sont ouverts en vue de la nomination d'un médecin-suppléant à la Préfecture de la Seine dans chacune des circonscriptions médicales ci-après :

Deuxième circonscription : IIIe, IVe, Xe et XIe arrondissements.

Troisième circonscription : Ve, VIe et VIIe arrondissements.

Quatrième circonscription : XIIe arrondissement, Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-Alfort, Joinville, Saint-Mandé.

Cinquième circonscription : XIIIe arrondissement, Vitry, Ivry, Kremlin-Bicêtre, Villejuif.

Septième circonscription : XVe arrondissement, Issy, Vanves, Malakoff, Châtillon.

Neuvième circonscription : XVIIe arrondissement, Clichy, Levallois-Perret, Asnières, Courbevoie, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Colombes.

Onzième circonscription : XIXe arrondissement, Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Romainville, Noisy-le-Sec, Les Lilas.

Les concours sont distincts par circonscription.

Pourront seul être inscrits, en vue de prendre part à ces concours, les candidats ayant leur domicile *à Paris.*

Les candidats devront, en outre, être Français, avoir satisfait à la loi sur le recrutement, être docteurs en médecine d'une Faculté française, et n'avoir pas dépassé l'âge de 35 ans à la date du 1er janvier 1937. Cette limite d'âge est prorogée :

1° d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

2° d'une durée égale aux services de guerre 1914-1919 (période de mobilisation accomplie par chaque intéressé après son passage dans la réserve de l'armée active).

Les étrangers naturalisés français devront, soit compter dix ans de naturalisation au jour de la clôture des inscriptions, soit avoir accompli cinq ans au moins de service militaire dans l'armée française, soit être bénéficiaires d'un décret de naturalisation antérieur au 20 juillet 1934 et avoir accompli les obligations militaires du service actif dans l'armée française.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 15 juin 1937 dimanches et fêtes exceptés, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 14 h. 1/2 à 16 h. 1/2, à la direction du personnel, bureau du personnel extérieur (Hôtel de Ville, escalier E, 7e étage).

Le médecin suppléant d'une circonscription assure la totalité du service de cette circonscription, lorsque le médecin titulaire et le médecin adjoint se trouvent simultanément empêchés.

Il peut, en outre, être appelé à assurer le service dans une circonscription autre que celle à laquelle il est affecté.

Il reçoit, pour chaque séance de consultation au dispensaire, une somme de 23 fr. 50 prélevée sur l'indemnité du médecin titulaire.

Il lui est attribué, en outre, par visite à domicile dans Paris, une somme de 8 francs et par visite à domicile hors Paris, une

somme de 12 fr. 50 augmentée d'une indemnité fixée forfaitairement à raison de 1 fr. 70 par kilomètre parcouru à l'aller et au retour.

Internat en médecine de l'hospice départemental Paul Brousse.— Un concours pour la nomination de quatre internes en médecine à l'hospice Paul Brousse, à l'Institut du cancer à la Maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires s'ouvrira le 30 juin 1937.

Pourront prendre part au concours : 1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° Les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er octobre de l'année du concours. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active, pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre. Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours. Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française

Pour l'inscription s'adresser à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau. Annexe Lobau, escalier A., 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 25 mai au 7 juin 1937 inclus.

Internat en médecine de l'hôpital franco-musulman. — Un concours sera ouvert prochainement.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau. Annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, Porte 227) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 18 au 31 mai 1937 inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre.

Les internes en médecine de l'hôpital franco-musulman seront recrutés par voie de concours public. Pourront y prendre part les candidats du sexe masculin, externes en médecine, d'une ville de Faculté et les internes des hôpitaux d'une ville possédant une Ecole de médecine ; ils devront être citoyens, sujets ou protégés français. Les internes qui seront reçus docteurs seront tenus de quitter immédiatement le service .Toutefois, les internes admis à faire une quatrième année d'internat auront la faculté de passer leur thèse dans les trois derniers mois de leur exercice.

Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une composition écrite d'une heure et demie sur un sujet de pathologie interne ; une composition écrite d'une heure et demie sur un sujet de pathologie externe ;

Il sera accordé vingt points au maximum pour chacune de ces épreuves.

Le nombre des candidats reconnus admissibles à l'écrit ne pourra pas dépasser le triple du nombre des places offertes.

2° Une épreuve orale portant sur un sujet de médecine générale : tuberculose, voies urinaires ou éléments de pathologie nord-africaine.

Il sera accordé vingt minutes de réflexion aux candidats et dix minutes pour l'exposition de la question.

Cette épreuve sera cotée de 0 à 30.

Traitements. — Les internes reçoivent une indemnité calculée sur les bases suivantes : Première année, 9.500 francs ; deuxième année, 9.900 francs ; troisième année, 10.300 francs ; quatrième année, 10.700 francs.

Les internes reçoivent l'indemnité de résidence (2.240 francs) accordée au personnel de la Préfecture de la Seine sous réserve des déductions qui pourraient résulter d'attributions d'avantages en nature.

Ils recevront une indemnité de déplacement de 900 francs par an et auront droit, le cas échéant, aux indemnités pour charges de famille.

Institut Calot (Berck-Plage). *Place vacante d'interne résidant.* — CONDITIONS A REMPLIR : Avoir fini sa scolarité et passé tous ses examens (la thèse passée ou non). Etre français, non marié.

CONDITIONS FAITES : Logé, nourri, honoraires fixes 500 francs par mois. Engagement pour un an. Entrée en fonction le 1er juillet 1937.

Se présenter soit au Docteur Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, les lundis ou samedis de 3 heures à 4 heures ; soit au Docteur Fouchet, à Berck-Plage, Institut Calot, tous les jours à 4 heures.

Association française des femmes médecins. — La prochaine réunion aura lieu le mercredi 26 mai, à 21 heures, 4, rue de Chevreuse, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser à la secrétaire générale. Mme le Docteur Martiny, 10, rue Alfred-Roll.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le problème des sexes, par le Docteur Gregorio MARANON. Traduit de l'espagnol par Louis PARROT. Les Editions Denoël, 19, rue Amélie, Paris, 7e.

L'ouvrage comporte trois parties. Dans la première, l'auteur définit les caractères sexuels de l'homme et de la femme. Il montre, au cours de l'évolution, les rapports du sexe et du travail, l'origine sexuelle de l'inégalité sociale et le rôle de l'argent et du luxe dans la société moderne. Tout naturellement, il parle du mariage et prouve la supériorité du mariage de convenance sur le mariage d'amour. Il définit ensuite le donjuanisme comme une forme inférieure de la virilité. Don Juan étant le type de l'homme non évolué, amoureux de l'espèce féminine, mais incapable de se fixer auprès d'un seul être. Après nous avoir indiqué la signification biologique du sport, l'éminent auteur aborde le délicat problème de la fécondité et des relations conjugales C'est la fin de cette première partie où abondent les vues originales et les mises au point nécessaires.

Quand il parle de la maternité et du féminisme, et c'est le sujet de la seconde partie de ce précieux volume, le Docteur Maranon réduit encore à néant bien des préjugés fort répandus. Toutes les mères de famille, toutes les jeunes filles devraient lire ces pages lucides et courageuses où l'auteur traite de la maternité, de la morale conjugale, de la limitation de la maternité et de l'éducation des enfants.

Le rôle de la femme sans enfants et de la femme seule est étudié à son tour. Et c'est ici particulièrement que le Docteur Maranon expose sa théorie du travail de la femme. Quelle est la capacité de travail de la femme, vers quelles activités socales doit-elle se diriger, quelles sont ses aptitudes ? A ces questions le Docteur Maranon répond d'une manière parfaite. Poussant plus loin son enquête, l'auteur aborde encore la question de la situation juridique de la femme et du vote féminin.

Il arrive ensuite à la troisième partie de son ouvrage, qui porte sur l'éducation sexuelle. Après un exposé objectif et précis des différentes étapes de la sexualité, l'auteur, sans méconnaître un instant la gravité de son sujet, montre comment l'on peut concilier les exigences de la morale traditionnelle avec l'esprit de progrès. C'est ainsi qu'opposant polygamie et monogamie, il dépeint l'homme le plus évolué, le plus viril, comme fixé à une femme et accomplissant sa destinée avec elle seule.

Le traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow, par le Docteur André LEMAIRE, 1937, 1 vol. gr. in-8° de 44 pages. (Collection Les thérapeutiques nouvelles.) Baillière, éditeur. Prix : 14 francs.

Il y a peu de temps, l'examen du cœur d'un goitreux exophtalme ne laissait percevoir qu'une tachycardie banale, quelques extrasystoles, des palpitations ; ces signes ne demandaient d'autre traitement que celui du goitre exophtalmique lui-même, aussi une étude comme celle que nous présentons eut-elle paru inutile.

Un brusque changement d'opinion s'est opéré et on assiste actuellement à une révision totale des notions qui semblaient parfaitement assises. C'est avec cet esprit nouveau que l'auteur a développé dans ce livre les différents modes de traitement des manifestations cardiaques dans la maladie de Basedow.

Le traitement des broncho-pneumonies infantiles, par le Docteur André HUREZ, 1937, 1 vol. gr. in-8° de 60 pages. (Collection Les thérapeutiques nouvelles) Baillière, éditeur. Prix : 16 francs.

L'auteur, après un rapide exposé des différentes broncho-pneumonies, développe, en termes clairs et précis, les principaux modes de traitement : préventif, curatif, médicamenteux et spécifique.

Les conceptions médicales de Descartes, par H. DREYFUS LE FOYER. Extr. de *Revue de métaphysique et de morale*. A. Colin, édit., Paris.

L'auteur précise jusqu'à quel point les idées de Descartes sur la médecine s'identifient avec les conceptions régnantes en son temps et s'écartent d'elles. Pour réussir cette tentative, il fallait joindre à l'esprit philosophique, une imprégnation médicale élevée, fortement teintée d'histoire. M. Dreyfus Le Foyer, professeur de philosophie au lycée Condorcet, ancien interne provisoire des asiles, a conduit avec succès sa remarquable étude grâce à sa double orientation de philosophe et de médecin.

Divers

Savoie, par Paul GUITON. Volume de format 17 × 23. 204 pages, couverture illustrée aquarelle de Samivel, 222 héliogravures dans le texte. Collection « Beaux Pays ». Grenoble, édit. Arthaud, 1937.

Dans ce nouveau livre *Savoie*, il ne subsiste plus rien (du texte, ni de l'illustration), de l'ouvrage *Au cœur de la Savoie* paru précédemment dans la même collection.

Le développement des sports d'hiver, a changé l'aspect du paysage comme les conditions de vie de l'habitant. Cette activité saisonnière a transformé les Alpes de Savoie sans leur rien enlever de leur majesté. L'auteur a bien indiqué ce nouveau caractère : en outre, il s'est longuement étendu sur le massif du Mont-Blanc que l'aviation permet de connaître plus intimement et sous un angle tout à fait nouveau.

Quant à l'illustration, c'est l'une des plus belles et des mieux réussies de la collection. Elle suit le texte et, en quelque sorte, le commente de la façon la plus complète et la plus pittoresque. Ainsi, par la parole et par l'image, toute la Savoie est présentée : ses lacs, ses villes d'eaux, ses monuments, les scènes de sa vie rustique et pastorale, enfin et surtout ses monts dans toute leur abondance et leur variété. Equilibre très séduisant et qui donne à ce volume un intérêt de premier ordre.

Mérimée. Introduction par Fernand AUBOIN. Un vol. in-12 cartonné, de LIX-565 pages, suivi d'une bibliographie, 18 francs. « Choisir » « Les meilleurs textes ». Desclée de Brouwer et Cie, éditeurs, 76 *bis*, et 78, rue des Saints-Pères, Paris (VIIe).

Le lecteur des « Meilleurs textes » de Mérimée a le moyen, avec cet unique volume, de se faire une idée aussi complète que possible de l'art de l'écrivain comme de son caractère.

Les Invasions barbares et le peuplement de l'Europe. *Introduction à l'intelligence des derniers traités de paix*, par Ferdinand LOT. Un vol in-8 de la bibliothèque historique, avec 15 cartes dans le texte, établies par J.-J. Gruber, 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le présent ouvrage vise à fournir une explication, au moins provisoire, du prodigieux phénomène historique qui se déroule sous nos yeux. Le sujet traité est d'une complexité infinie. D'abord il est disparate et s'étend sur une aire immense : il entraîne le lecteur des extrémités occidentales de l'Europe, de l'Espagne, jusqu'aux abords de la Sibérie ; il le fait entrer, à la suite des pirates scandinaves, dans les fleuves et les villes riveraines des Pays Bas, de la Grande-Bretagne, de l'Irlande, de la France, de l'Espagne, visitées par ces terribles pirates, lui montre le spectacle de la marée slave inondant l'Europe centrale et la péninsule des Balkans au VIIe siècle. Du centre de l'Asie, des confins de la grande muraille de Chine, on voit accourir, de siècle en siècle, vague après vague, les hordes invincibles des populations turques et mongoles.

Etude passionnante pour l'historien comme pour le psychologue.

La consolation de la philosophie, par BOÈCE. Traduction nouvelle par A. BOCOGNANO. Classiques Garnier. Un vol., 15 francs. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

La Consolation de la Philosophie fut, au cours de longs siècles, le livre de chevet des doctes. Aujourd'hui, dit M. Bocognano, il nous assure encore de la suprême consolation qu'apporte, au moment où se déchaînent les assauts d'un matérialisme barbare, l'antique sagesse que les hommes se complaisent à appeler la Philosophie.

Pauline Bonaparte, par Joachim KÜHN. Traduit de l'allemand par G. DAUBIÉ. Un volume in-8° sur alfa avec 16 gravures hors texte. Prix : 25 francs. Plon, 8, rue Garancière, Paris (VIe).

Ce livre, aussi attrayant que fortement documenté, recrée à merveille l'atmosphère bruyante et tumultueuse au milieu de laquelle Pauline Bonaparte — Paoletta — naquit et grandit. Nous la voyons en Corse, au milieu des luttes de partisans, à Toulon, à Paris. Nous suivons sa triste épopée à Saint-Domingue où elle accompagne son premier mari, le général Leclerc, qui y périt de la fièvre jaune. Puis c'est le retour en Europe, son mariage avec le prince Camille Borghèse, une existence avide de plaisirs et sensations ; tapisserie bariolée dont la trame est constituée par le prince Borghèse, effacé mais toujours présent, et la signora Lœtitia — Madame Mère — qui conseille et sermonne.

Pauline, folle de sa radieuse beauté, brillant météore, que d'aucuns présentèrent comme égoïste, insensible et cruelle, ne fut-elle pas la seule de sa famille qui comprit et aima, jusqu'au bout l'Empereur ? Dans ce livre vivant, nourri et alerte, se déroule une prodigieuse aventure historique, mais en définitive ce sont des hommes et des femmes qui sont devant nous avec leurs bassesses, leurs gloires, leurs désirs et leurs souffrances.

Pour l'électricien amateur, par J. DE THELLESME, 4e édit., 1 vol. 12 francs. Dunod, édit., 92, rue Bonaparte, Paris.

Petit ouvrage où l'on trouvera des renseignements que l'on chercherait en vain dans de volumineux recueils.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques médecins à tempérament chirurgical

Par le Professeur **FORGUE**
Membre de l'Académie de chirurgie
Membre correspondant de l'Institut

« Consilio, manuque »

C'est, dans la psychologie de notre art, un cas paradoxal, du moins « hors série », intéressant par son évolution intellectuelle et technique, que celui d'un médecin de grande classe, bien et dûment spécialisé tel, par sa formation et sa carrière, chez qui se révèle, par une vocation seconde, plus ou moins tardive, un réel tempérament chirurgical, c'est-à-dire non pas seulement une aptitude opératoire moyenne, mais des qualités d'invention technique et d'innovation thérapeutique.

Dans tous les ordres de la pensée et de l'activité humaines, nous connaissons des exemples célèbres de multicompétence, et surtout, dans toutes les existences, la succession de grandes mutations de personnalité. Ici, il s'agit — et c'est une étude psychologique attachante — de préciser la genèse de ces orientations médico-chirurgicales exceptionnelles, la progression de pensée et de pratique *qui fait passer le médecin du rang de consultant au rôle d'exécutant*, le développement des aptitudes latentes qui permet ce changement de direction et la préparation technique qui en assure la valeur.

***

Il y faut voir, d'abord, la survivance d'une vieille hérédité. *Médecin opérant* : dès l'origine, et selon la tradition hippocratique, ce double terme a consacré le cumul professionnel des deux compétences. *Médecin œuvrant* : c'est l'appellation que mérite Vidus Vidius, quand, mandé d'Italie par François Ier, aux temps où en France, le chirurgien n'était qu'un ouvrier conduit de la voix et du geste par un médecin, qui ne pouvait en sa qualité de clerc répandre le sang, il donna l'exemple d'opérer lui-même. *Médecine opératoire* : c'est la désignation qu'a conservée, dans nos Facultés de France, jusqu'à ces dernières années, la chaire de technique et de thérapeutique chirurgicales, et c'est aussi sous ce titre qu'ont été publiés, pendant tout le XIXe siècle, les Traités et Manuels d'opérations et appareils.

Or, le trait caractéristique, le mérite incontestable de l'Ecole de Montpellier, c'est la permanente conception de l'*unité et de l'indivisibilité de la médecine*. Dès l'origine, *la coopération médico-chirurgicale* a été, pour nous, un dogme. Quand fut créé l'enseignement de chirurgie, le cours de Dortoman, qui en fut le premier titulaire, avait pour titre : *de auxiliis medico-chirurgicis*. Et cette doctrine de notre Ecole imprégnait tellement ses disciples que l'on a toujours reconnu, dans les chirurgiens de Montpellier, un « médecin opérant », association de deux mots qui résume notre double tendance : préciser scrupuleusement, et par un examen médical intégral, l'*indication opératoire* ; considérer que l'opération n'est qu'un temps du traitement et que sa *préparation* et ses *suites* doivent nous préoccuper autant que l'acte chirurgical lui-même.

En voici, à l'aube des temps nouveaux, un type représentatif, d'une puissante originalité. Et l'on ne peut pas inaugurer, par un plus brillant modèle, cette galerie de portraits des médecins à tendances chirurgicales. Il s'agit du grand Bordeu dont le génie fut en avance de plus d'un siècle sur les grandes pensées et réalisations de la médecine moderne : ses contemporains n'ont pas pu comprendre l'ampleur de son œuvre d'avant-garde ; elle nous est apparue, de plus en plus vaste et profonde, à mesure que se sont déroulées les prodigieuses transformations médico-chirurgicales de l'ère contemporaine.

Voyez, dans la première moitié du XVIIIe siècle, ce jeune étudiant, béarnais de pure race, fringant et alerte, d'intelligence prompte et avisée, doué de qualités de finesse et d'adaptation, arrivant de Pau à Montpellier, où il retrouve les maîtres qui avaient instruit son père. Ce jeune homme est destiné à une carrière exclusivement médicale : il sera, dans ce siècle, la personnalité dominante de la médecine française. Et, cependant, comment va-t-il aborder son initiation scientifique ? Par une forte assise anatomique, telle que la préparerait un chirurgien de carrière. Non pas la brève anatomie indispensable aux examens ; mais la dissection approfondie des organes et des parties. Non pas le simple questionnaire, qui, à cette époque, sert de catéchisme à l'élève ; mais la solide connaissance des matières, telle qu'on peut l'acquérir en enseignant à autrui, selon le valable conseil de Senèque : « *doceo ut discam* ».

Il a vingt et un ans : il vient de recevoir, en décembre 1743, avec le cérémonial de notre Ecole, le bonnet de docteur. Médecin-chirurgien : voilà le titre qu'il réclame et dont il se pare « avec une sorte d'ostentation », selon le mot d'Isidore Bourdon. Pourquoi tient-il à afficher cette double qualité, par laquelle il va susciter, parmi les médecins, épris de leur prééminence et en conflit aigu avec les chirurgiens, le mépris que leur inspire cette dérogation et la haine qui manifeste ce mépris ? C'est précisément parce qu'il se range dans le camp des chirurgiens et parce qu'il veut donner l'exemple de la participation à la lutte pour la péréquation des droits des chirurgiens et des médecins. Sans doute, cette attitude n'est pas exempte d'un certain opportunisme : il y a six mois que Louis XV a signé la fameuse ordonnance qui a séparé à jamais des chirurgiens la compagnie des barbiers. Mais, la déclaration royale n'est point valable pour les chirurgiens des provinces, et les maîtres de Montpellier ne recevront que douze ans plus tard confirmation de leurs droits et privilèges. Sans l'attendre, Bordeu prend position loyale et courageuse, alors que dans notre ville les hostilités battent leur plein et qu'elles vont bientôt renaître à Paris. Ainsi, il se range à côté du grand chirurgien de Montpellier, François de Lapeyronnie, qui fut l'inspirateur de cette charte de notre état. — Lapeyronnie, Bordeu : un couple inégalé ; un chirurgien, un médecin, dont les figures, d'un original relief, dominent, en France, l'histoire médicale du XVIIIe siècle.

Chirurgien : il ambitionne de le devenir. Quand il revient à Montpellier, l'année suivante, il se remet à l'école, et, par des exercices de médecine opératoire, s'initie à la taille périnéale. A Barèges, où tant de calculeux viennent prendre les eaux, la technique de la lithotomie ne lui sera-t-elle pas nécessaire et ne convient-il point qu'il la pratique lui-même plutôt que d'en confier l'exécution à un opérateur empirique ? Il ne se tient pas pour satisfait de connaître cette intervention spécialisée : ce n'est point là toute la chirurgie à laquelle il entend se borner ; il lui faudrait passer dans un hôpital « où il serait garçon, portant tablier, taillant, accouchant, pansant toute plaie ». Pas de place à Montpellier ; il songe à Marseille. En attendant, fidèle à sa règle d'apprendre en enseignant, il ne doute de rien et, apprenti s'improvisant maître, il ouvre un cours de chirurgie aux étudiants !

Quatre ans plus tard, le voici à Paris. Débuts pénibles et besogneux ! Courses à travers la ville où « il se crotte et frappe à des portes qui s'entrouvrent à peine ». Arriver à se caser comme « garçon » chez un chirurgien : c'est tout son objectif. Toujours, cette inclination paradoxale, pour un homme destiné à fournir une carrière médicale, vers la chirurgie et ses œuvres ! Et, cependant, c'est un rude apprentissage que celui des garçons de chirurgie, autrement appelés « fratres ». Un opuscule du temps nous dépeint leur « peine et misère ». Mal logés en mansardes, pas chauffés, peu nourris. Le chirurgien est presque toujours occupé en ville : « en leur absence,

leurs femmes nous commandant à baguettes, nous envoient par tous les logis où il est besoin de faire des barbes, nous éveillent, dès le poitron Jacquet (*sic*), pour ouvrir la boutique ».

C'est cette vie d'humbles et rudes besognes que Bordeu affronte. En mars 1747, l'illustre chirurgien, J.-L Petit l'admet comme garçon. Ecole sévère et stricte. Mais, il se perfectionne dans son art, il complète sa formation, et, par ce grand patron, il compte se pousser dans le monde.. En psychologue avisé qui sait que nul grand maître du bistouri n'est insensible à la flatterie, il manie l'encensoir avec adresse, et vante les prouesses opératoires du patron. Il sait aussi que les petits cadeaux entretiennent l'amitié ; et il prie son père d'adresser à J.-L. Petit, fin gourmet, « six ou huit jambons, dont la moitié vrais béarnais, et l'autre moitié vrais basques, avec quelques cuisses d'oie... et un peu de bon jurançon». Dans sa diplomatie de séduction, il n'omet pas la femme et la fille de M. Petit : « ce sont les femmes les plus mossades (*sic*), pimbêches, bigueules (*sic*), avares... Si vous me voïes à table, quelquefois mort de faim, n'osant pas demander du pain, vu les terribles œillades de ces harpies... quel sort ! Quel état !... Cependant, je crois qu'une douzaine de beaux mouchoirs, bigarrés, à la mode, adoucirait ces déesses... » Quelle bonne humeur dans la mauvaise fortune !

Pour un homme qui, par la suite, et resté un chirurgien platonique, « non pratiquant », est qui probablement n'a pas donné un seul coup de bistouri, on peut se demander si ces pauvres années d'apprentissage technique n'ont point été perdues. Non absolument ; car elles ont été, pour lui, comme pour tous ceux qui ont connu ces rudes débuts, une école de fermeté et de décision.

Même lancé en pleine clientèle médicale, Bordeu tient à garder le contact avec les choses et les gens de la chirurgie : en 1753, il concourt pour le prix de l'Académie Royale ; le voilà lauréat, par un mémoire sur les écrouelles ; c'est un titre de plus qui se joint à son dossier chirurgical, mais qui n'ajoute rien à sa gloire. Enfin — hommage posthume — c'est un chirurgien, le Professeur Richerand qui a l'initiative de publier ses œuvres complètes et qui les accompagne d'une introduction, exactement informée et largement compréhensive de ce génie.

***

Au XIXe siècle, un curieux contraste se produit. Alors que, devant la gravité des infections, l'initiative et l'activité des opérateurs, découragés et déconcertés par les complications qui succèdent aux plus minimes interventions, tombent à leur minimum et se restreignent au train banal et courant (amputations, kélotomie, tailles, cataractes, incisions de phlegmons), nous voyons, parmi les médecins, surgir quelques hommes d'entreprise qui, cherchant des voies nouvelles, osent des tentatives opératoires, devant lesquelles reculent les maîtres de la chirurgie officielle. Récamier et Trousseau se classent, d'ailleurs avec une inégale valeur créatrice, parmi ces indépendants, briseurs de routine, par qui vont s'ouvrir les premiers chapitres de la chirurgie viscérale moderne.

Et voici la raison de ce renversement des rôles. Par la routinière répartition, ce sont les salles de médecine qui, à cette époque — et les hommes de ma génération ont encore vu la fin de cette erreur de classement — reçoivent et traitent presque tous les cas qui vont, par la suite, composer la gynécologie, susciter ses créations techniques, et nous donner nos plus beaux triomphes opératoires. En médecine, aussi, viennent échouer et finir les pleurésies à épanchement abondant ou purulent, toutes les péritonites dites alors essentielles, où va se recruter notre plus vaste champ d'opération, les enfants qui meurent d'un abcès rétropharyngien ou qu'étrangle le croup laryngé. Et parmi les médecins qui sont, journellement, en face de ces cas médicalement irrémédiables, qui comprennent que seul un acte opératoire peut logiquement remplir l'indication, et qui ne trouvent point chez le chirurgien la collaboration confiante, il en est que leur tempérament de lutte ne dispose point à ce renoncement, qui, réagissant contre cette inactivité, veulent agir par eux-mêmes, « fara da se », et qui, si faible que soit la chance, cherchent dans l'intervention une issue à de pareilles impasses.

S'il est un homme en qui se soit révélé ce don exceptionnel de l'invention, par lequel s'affirme les personnalités réformatrices, c'est bien Récamier, qui, pendant près d'un demi-siècle, sembla prendre à tâche d'étonner et de déconcerter ses contemporains, par ses vues soudaines et lumineuses, par la singularité et l'audace de sa thérapeutique. Il est en pleine possession de ses facultés, ardentes et novatrices, il n'a que trente-deux ans, lorsqu'en 1806 il arrive à cette grande situation de médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, où pendant quarante ans il va donner toute sa mesure. Homme « extraordinaire », déclare Dubois dans son éloge, imagination fougueuse, d'une prodigieuse fécondité, âme de feu soutenue par un corps robuste, esprit toujours armé en face du danger. L'âge n'a point encore tempéré ses ardeurs ; mais l'expérience précoce de la vie l'a mûri et développé.

Or, devant ce médecin, doué , autant qu'un Dupuytren, d'une énergie intense, d'une hardiesse de décision imperturbabie, donc d'une réelle virtualité chirurgicale, se posent, chaque jour, à l'hôpital, des problèmes thérapeutiques où apparaissent l'impuissance médicale et la nécessité d'un secours opératoire, quel qu'en soit le risque. Car, c'est une de ses autres qualités premières que sa confiance enthousiaste dans l'art, cette véritable « Foi médicale » qui le faisait encore espérer et agir dans les cas les plus désespérés. Il voit de nombreux lits de son service occupés par des femmes invalides ou incurables ; car les maladies des femmes se partagent alors entre les accoucheurs pour les complications et les suites de couches, et les médecins pour l'immense champ des métrites, des déplacements, des troubles réflexes, des inflammations périmétriques, des tumeurs. Il considère qu'il y a là un triage à effectuer, des lésions à diagnostiquer, et une part, chirurgicalement curable, à sauver. Cela va être la grande œuvre de la spécialité gynécologique ; et l'on peut bien déclarer, maintenant où elle a atteint ses suprêmes progrès, que l'homme qui a créé le spéculum, le curettage, qui a fait la colpotomie postérieure, qui a réalisé l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus, mérite le nom de fondateur de la gynécologie moderne. Et, aussi, *parce qu'il a osé inciser les kystes du foie, faire l'empyème et inventé la dilatation anale forcée dans les sphincteralgies fissuraires*, on peut bien dire que ce médecin se présente devant le jugement de la postérité, comme un vrai chirurgien dont la contribution l'emporte sur celle des plus grands opérateurs de son temps. Au total, de Dupuytren, lui-même, de celui qui, dans ce même Hôtel-Dieu, domina en despote la chirurgie, que reste-t-il, comme invention technique, à part une pince entérotome pour la section de l'éperon dans l'anus contre nature ?

Première condition : avoir un outil d'exploration, qui découvre et éclaire les lésions du col utérin. Et Récamier crée le spéculum moderne. Réinvention, chicanent les érudits. Non : ce n'est plus l'instrument antique, simple dilatateur à trois branches qui déploie le vagin : c'est le « miroir » qui porte la lumière sur les parois profondes et sur le col. Parbleu, l'idée est ancienne : Franco, Paré, Scultet l'ont eue déjà. N'empêche que Récamier crée le prototype : un simple tube de fer blanc ; puis le transforme en un cylindre d'étain, à paroi réfléchissante, taillé en bec de flûte à son bout vaginal, évasé à son pavillon externe. Assurément, cela n'a pas l'ingéniosité optique de l'ophtalmoscope, ni la révélation du stéthoscope : c'est, cependant, de ce primitif entonnoir de Récamier que dérivent nos modèles perfectionnés, à mouvements combinés et notre série de valves !

Mais, notre novateur ne s'arrête point au museau de tanche : à l'aide d'un cathéter d'étain, et avant Huguier et Simpson, il explore la cavité utérine. Nombreuses sont, dans son service, les femmes atteintes de métrorrhagies rebelles, dues à des fongosités ou à la rétention de débris placentaires. Pourquoi, ne pas les traiter par l'abrasion de la muqueuse ? Et le voilà qui crée, d'emblée, l'instrument et la technique du curettage. L'instrument est demeuré malgré tous les modèles nouveaux, le prototype le plus sûr : une tige d'acier, dont les deux extrémités courbes selon l'axe utérin, sont excavées en


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XV°)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

une longue gouttière, à bords émoussés, destinés à emporter par un va-et-vient, à raboter les irrégularités de la muqueuse : pourquoi Pozzi l'a-t-il baptisée curette de Pozzi-Récamier? La technique reste presque inchangée ; ce sont les temps tels que Récamier les avait réglés : dilatation, introduction, râclage jusqu'en tissu sain, cautérisation et lavage. Rien à reprendre non plus aux indications : quand le curettage, l'antisepsie aidant, nous est revenu d'Allemagne, démarqué, réimporté, il a connu une vogue excessive ; restreint aux cas que Récamier avait sagement limités, il demeure, dans les métrites hémorragiques, l'intervention de haute valeur et l'innovation incontestablement française.

C'est un titre chirurgical considérable que d'avoir méthodisé l'ouverture des abcès pelviens par la voie vaginale. Pour se rendre compte de l'importance de cette innovation il faut se reporter à la triste situation où se trouvaient, alors, ces malades, atteintes de suppurations utérines, vouées, dans les services médicaux aux onctions mercurielles, aux cataplasmes, aux larges vésicatoires ! Le livre de Courty date d'un demi-siècle à peine : qu'on le relise ; on verra combien cette expectation durait encore ; et l'on jugera à sa valeur l'initiative de Récamier, qui, dès le début du XIXe siècle, avait réglé la *colpotomie postérieure*, intervention d'évacuation et de drainage encore valable dans certains abcès du Douglas.

Mais, là où se révèlent, à leur maximum, son audace inventive et sa maîtrise technique, c'est dans cette opération mémorable par laquelle s'ouvre, le 24 juillet 1829, l'histoire de l'hystérectomie vaginale pour cancer. Sans doute, sept ans avant, Sauter l'avait tentée en Allemagne et Siebold l'avait imité : opérations primaires, techniquement fautives, sans hémostase des utérines, où c'est miracle que les opérées ne soient point mortes saignées sur table ! Au contraire, lisons le protocole de l'opération de Récamier, témoignage historique capital. Le plan technique en est minutieusement prémédité, et, dès 1802, il l'avait répétée sur le cadavre. Les temps opératoires se succèdent méthodiquement : Utérus abaissé à la vulve par des pinces érignes ; incision transversale de l'insertion vaginale antérieure ; ouverture du repli péritonéal vésico-utérin ; bascule du fond utérin par l'engagement de l'index et du médius gauches ; section, au bistouri boutonné, des deux tiers supérieurs des ligaments larges, en rasant le flanc de l'organe, ce qui ménage l'utéro-ovarienne ; puis, avec l'aiguille courbe guidée par les deux doigts, placement d'une ligature qui étreint solidement le tiers inférieur des ligaments et assure l'hémostase de l'utérine ; enfin, l'utérus étant renversé en avant et entraîné hors de la vulve, division de l'attache postérieure vaginale. Tout cela a été mené rondement, régulièrement, et achevé en vingt minutes ! Nous ne faisions ni mieux, ni autrement, quand florissait l'hystérectomie vaginale pour cancer. Et, lorsque l'on considère que cela s'est accompli *sans anesthésie*, sans la ressource de nos grandes valves, de nos pinces hémostatiques, de nos aiguilles perfectionnées, on demeure confondu devant cette prouesse et cette réussite !

A côté d'un tempérament de cette trempe, Trousseau apparaît, évidemment, comme une personnalité de moindre relief ; esprit assimilateur, non créateur ; clarté de reflet, plutôt que source de lumière. C'est de Récamier et de Bretonneau qu'il a tiré sa meilleure substance clinique. Attaché au service de Récamier, comme assistant, il lui emprunta ses conceptions hardies et résolues ; de lui, il a appris à se décider dans les moments critiques, à ne jamais désespérer ; « contra spem, in spem ». Mais, c'est surtout à l'école du grand clinicien de Tours qu'il s'est formé. C'est Bretonneau qui l'a associé à ses travaux initiateurs sur la diphtérie et la spécificité, qui l'a habitué à penser avec indépendance, à observer avec exactitude, à traiter avec audace. C'est l'empreinte profonde du maître tourangeau, dont l'ardente conviction ne fléchissait devant aucun obstacle et qui n'eût point hésité, pour une vérification autopsique, à déterrer, de nuit, un cadavre du cimetière, qui a trempé chez le disciple cette « pièce essentielle de l'homme », le caractère : une lettre de Bretonneau lui donne, à cet égard, une sévère leçon de fermeté.

De Récamier, il a appris la thoracentèse ; de Bretonneau la trachéotomie. Mais, sans la ténacité militante de son exemple, sans la valeur de ses résultats, ces deux interventions, qui soulevèrent tant d'opposition, seraient-elles entrées dans la pratique courante ?

« Ils y viendront, les bourriques, disait-il ; ils y viendront à la paracentèse thoracique ». Il a à lutter, chez les confrères, contre l'hérésie de Louis, selon laquelle la pleurésie n'est jamais une cause immédiate de mort. Dès 1832, une autopsie l'a, chez Récamier, instruit de ce péril des hydrothorax considérables. « En vérité, leur déclare-t-il, vous seriez bien coupable, de laisser mourir quelqu'un d'une pleurésie aiguë, avec épanchement excessif ». Le voici auprès d'une jeune fille, dans un état voisin de la mort : il a refusé toute consultation, de façon à ne créer aucune indécision ; il est venu seul pourvu des instruments nécessaires, parfaitement « décidé à faire ce que sa conscience lui commandait » ; et il sauve la malade. Il ne craint point les injections iodées : « Je me félicite d'avoir osé traiter la plèvre, comme une tunique vaginale, à laquelle elle n'a rien à envier comme patience ».

« Faites comme si c'était votre fille, disait M. de Puységur qui avait déjà perdu trois enfants du croup ; et ce fut le premier succès de trachéotomie qu'ait obtenu Bretonneau, après cinq tentatives infructueuses. C'est là, en effet, la considération décisive : tout tenter, comme si nous avions à traiter un des nôtres. Ceux qui, comme nous, ont connu, avant le sérum, ces nuits d'alerte où, en temps d'épidémie diphtérique, se multipliaient les appels, revivent, dans la correspondance de Trousseau, ce drame du croup : le pauvre petit qui suffoque : la supplication des parents ; le risque de la mort sur table. A l'encontre de certains chirurgiens qui « font en rechignant l'opération », Trousseau trachéotomise avec persévérance, avec une confiance, que découragent seuls les cas hypertoxiques, qui n'avaient point échappé au sens clinique de Bretonneau : « le vent souffle mauvais à Paris, en ce moment ; il en meurt beaucoup sans l'extrême onction du bistouri... il m'entrait à l'Hôtel-Dieu, une petite fille de cinq ans... elle mourait empoisonnée comme par une morsure de vipère. »

Relisez les lettres de Trousseau à Bretonneau : ce sont, par série, des communiqués de bataille. Les cas s'additionnent ; l'expérience se précise, avec parfois, de fréquents commentaires. « J'en suis à ma quatre-vingt-huitième trachéotomie, vingt-troisième guérison : *les Académistes qui avaient crié ont été penauds* ». « C'est ma cent-vingtième opération, c'est ma vingt-neuvième guérison : *c'est à vous que tout cela appartient* ». « Je viens de guérir mon trentième croup : *j'ai tant de mépris pour l'Académie de médecine que je ne veux rien leur dire là-dessus* ». « J'ai ouvert cent cinquante et un cous, depuis 1827 ; mais, *dans vos trente trachéotomies, vous avez mieux observé que moi* ».

« Vous m'avez appris à faire *grand état des petits moyens, des petites ficelles*, des petits coups de maître. Ce sont là secrets d'atelier que le maître transmet à son élève ; mais le public ne s'accommode pas des minuties. Je veux donc leur servir la trachéotomie avec des condiments peu nombreux, de sorte qu'ils imitent cette facile cuisine. Une canule double ; une cravate ; deux à trois cautérisations : voilà qui est uni *comme bonjour* ». — On reconnaît bien là l'ingénieux tourangeau sollicitant de son vieux maître une consultation pour un cas de ptérygion : « le *quid* n'est rien ; c'est le *quo modo* et le *quando* qu'il me faut », et lui demandant des précisions sur la technique de la dilatation anale dans les fissures : « j'y crois ; mais le moyen échoue entre mes mains dans la moitié des cas ; il y a donc de petits stratagèmes d'artiste que je ne connais pas ».

La trachéotomie s'établit par son exemple : les chirurgiens, suivent le mouvement ; et quelques médecins, mal avisés le dépassent. Trousseau ne ménage point les critiques à ces excès de zèle : « les gredins m'ont appelé pour ouvrir le cou des scarlatineux, des morbilleux ; un autre, plus fort que les autres, voulait faire la trachéotomie d'un patient étouffé par le ballonnement d'un étranglement intestinal ».

Singulier chapitre de thérapeutique chirurgicale que des médecins ont ouvert si résolument et que des médecins devaient clore, ou du moins considérablement réduire, à l'époque moderne, par la découverte de la sérothérapie ! Des-

tin paradoxal que celui de cet homme qui faillit borner sa carrière à Tours, comme chirurgien de l'hôpital, au moment où il était appelé, par l'agrégation, à devenir le maître de la clinique médicale française !

***

L'évolution de la chirurgie moderne est-elle propice à l'apparition de semblables personnalités, à double compétence ? — Ou, plus simplement, y a-t-il, dans l'accroissement des champs nouvellement ouverts à notre action opératoire, des conditions qui peuvent motiver et justifier ce passage de certains médecins, exceptionnellement doués, dans le cadre de la grande chirurgie.

Or, dans cette pénétration du médecin dans le domaine chirurgical il faut distinguer divers degrés.

Il y a d'abord le mode le plus logique, celui que tous les maîtres de la médecine moderne, Dieulafoy un des premiers, ont déclaré nécessaire et dont ils ont donné l'exemple : c'est *la collaboration médico-chirurgicale*, mais chacun selon sa compétence. Dès le début de l'ère antiseptique, Bouchard avait eu cette vue juste : « Quand toutes les maladies tendent à devenir chirurgicales, il serait bon, disait-il, que le médecin devînt un peu chirurgien ». Le médecin moderne se tient au courant de toutes les ressources de la chirurgie ; il en apprécie exactement les services ; il sait leur faire appel au moment opportun, à l'*heure chirurgicale*, l'heure qui fuit promptement et qui ne revient pas ; par son diagnostic et ses examens cliniques *avant*, par ses soins et ses conseils *après*, il participe au résultat qui est le but commun : la guérison.

Collaborer : c'est travailler ensemble, non seulement *en commun*, mais *en contact*. Et, selon la loi du monde moderne, dont l'objectif est le maximum de rendement, le problème de l'heure est l'organisation de *ce travail associé*. Cette réalisation future d'un travail de précision, « standardisé » selon la conception américaine, sans perte de temps, sans lacune, médecins et chirurgiens l'ont examinée à fond, dans les Congrès les plus récents. Ce principe s'impose désormais dans les grands centres de malades, hôpitaux et cliniques ; déjà se sont constitués des groupements qui nous rapprochent de la solution parfaite. Plus que l'installation matérielle, il y faut *l'esprit d'équipe*, la discipline volontaire, la cohésion, la volonté et l'orgueil du succès commun : la guerre a été, pour nous, une école éducatrice ; le sport l'est pour nos actuelles générations.

Les *chirurgiens* disent : un centre opératoire doit compter des *assistants médicaux*, attachés officiellement, comme le demandait Gosset il y a déjà bientôt dix ans, avec des fonctions bien définies, au même titre qu'il existe des chimistes, des bactériologues, des anatomo-pathologistes. Ces attachés médicaux méritent en vérité, le nom d'assistants ; sous la tenue strictement aseptique, masqués, gantés, vêtus de blanc des pieds à la tête, ils ont le *privilège d'entrer dans la salle d'opération* : leur présence y est indispensable dans certains cas médico-chirurgicaux ; en cours d'opération, ils peuvent rappeler un détail clinique, orienter d'un conseil une recherche, donner l'alerte dans une complication d'anesthésie, suggérer même une modification technique : n'est-ce point un assistant médical, Nicoladoni, qui a fourni à Wölfler l'idée de la gastro-entérostomie ?

Et voilà ainsi, du consentement même du chirurgien, le médecin appelé à une participation plus directe qu'autrefois.

Les *médecins*, de leur côté, déclarent : les interventions sur le système nerveux, sur les poumons et le thorax, sur le cœur et l'appareil circulatoire, se font chaque jour de plus en plus audacieuses. Voici surtout la chirurgie physiologique qui s'élabore, la chirurgie endocrinienne qui s'attaque d'emblée à la cause glandulaire première. Les résultats n'en sont point encore solidement assurés : en matière d'endocrino-chirurgie, particulièrement, il y a lieu de contrôler les indications, de fixer les limites de la possibilité chirurgicale. Qui, mieux que le médecin, dont l'investigation a diagnostiqué les lésions probables et dont l'expérience connaît, au point de vue des suites, l'importance majeure des soins constants, peut remplir ce rôle de vérification sur place des constatations opératoires et de surveillance immédiate de l'opéré ? Aussi sont-ils conduits à dire, avec Rathery : « de même que certains chirurgiens possèdent leurs assistants médicaux, je voudrais que tout service de clinique médicale possédât son service chirurgical où les malades pourraient être suivis médicalement ». Ils savent la fragilité opératoire de ces opérés et tiennent à ne les point perdre de vue.

***

Donc, jusqu'à présent, deux systèmes de collaboration, mieux que cela de coopération, par *groupes mixtes* : *équipe chirurgicale avec assistants médicaux* ; *équipe médicale avec spécialistes chirurgiens*. Mais, le médecin n'est pas encore sorti de son rôle de membre-conseil, non actif opératoirement.

Or, voici, dans notre époque où tant de choses se renouvellent, un régime nouveau : *le médecin vise, dans l'équipe, le rôle opératoire* : il prétend, pour certaines catégories cliniques, être meilleur juge des indications, des bornes de possibilité, des conditions physio-biologiques de la réussite. Cela, *c'est la formule de travail de demain*. Et, déjà, quelques brillantes émancipations se sont manifestées, qui n'ont peut-être pas un grand avenir d'exemple, mais que les chirurgiens ont le devoir d'examiner avec exactitude et sans esprit de rivalité.

Il a fallu, vraiment, une singulière audace à celui qui, le premier, osa porter, chez l'homme, un agent anesthésique, au contact direct des racines et de la moelle. Or, cette initiative, celle qui ouvre l'histoire de la rachi-anesthésie, appartient non à un chirurgien, mais à un neuro-pathologiste américain : Léonard Corning, de New-York. C'est lui, qui, dans son expérience initiatrice, de 1885, se proposa de *réaliser, fonctionnellement, une section transversale de la moelle, par l'imbibition anesthésique de la moelle, dans l'espace épidural*. Du chien, Corning n'hésite pas à passer à l'homme et, par injection d'une solution de cocaïne, dans l'espace interépineux de la 11e et 12e dorsale, réalise (son aiguille est-elle bien restée dans l'espace épidural ?) la première anesthésie rachidienne. — En 1891, c'est *un médecin encore*, Quincke, qui *crée par la ponction lombaire, la technique des injections intra-durales* ; et, en 1894, Corning pratique, pour la première fois, la ponction du sac lombaire pour l'injection d'une solution de cocaïne. J'ai scrupuleusement fouillé ce point d'histoire et cette question de priorité, dans ma monographie sur l'anesthésie rachidienne.

Or, avant l'intervention mémorable de Bier, en Europe, un neurologiste français a eu l'idée , comme l'Américain Corning, d'introduire dans l'espace sous-dural des substances médicamenteuses qui, véhiculées par le liquide céphalo-rachidien, pourraient agir sur les éléments nerveux sous-jacents : c'est Sicard, dont la thèse est, au point de vue de la thérapeutique sous-arachnoïdienne, considérable, au double titre expérimental et clinique. Dès 1898, ainsi qu'il me l'écrivait naguère, il a expérimentalement porté la cocaïne au contact des racines dorso-lombaires. Il fut détourné par son maître Bouchard, d'appliquer à l'homme cette rachi-cocaïnisation sous-arachnoïdienne ; il dut s'incliner devant ce veto autoritaire, qui l'a fait passer à côté de la découverte de la rachi-analgésie ; mais « je me rappelle, m'écrivait-il, non sans malice, avoir été très heureux, quelques mois plus tard, d'envoyer à Bouchard les publications de Bier ».

Sicard, cerveau bouillonnant de pensée, est doué à la fois, de l'esprit d'investigation et de la volonté de réalisation. Il *invente* et il *agit*. C'est une idée *géniale* (l'épithète se trouve dans maintes monographies allemandes) que d'utiliser pour l'exploration du sac dural rachidien, les images opaques que laisse une traînée d'huile iodée. C'est un acte de hardiesse égal aux meilleurs prouesses opératoires, que d'avoir poussé, dans la cavité arachnoïdienne de la région sous-occipitale, une injection de lipiodol, qui descend en pesanteur et dont l'arrêt précise le niveau de l'obstacle. Toute la chirurgie des tumeurs médullaires repose sur ce repérage ; et c'est un des plus bienfaisants progrès de la neuro-chirurgie moderne.

Création surprenante, ayant le caractère des grandes découvertes : à savoir la multiplicité des applications, par l'extension du lipiodo-diagnostic, chaque jour élargie, à l'exploration de tous les conduits creux : bronches, trompes utérines, artères, trajets fistuleux, uretère et urèthre !


Pour la
TROUSSE D'URGENCE
CORAMINE
NOM DÉPOSÉ
Médicament d'urgence
des Collapsus cardio-respiratoires
SYNCOPES
cardiaques
respiratoires
ASPHYXIES
par submersion
par gaz toxiques
COMAS
toxiques, barbituriques
diabétiques
Voie intraveineuse et sous-cutanée
parfois intra-cardiaque
Ampoules de 1cc5 et de 3cc
LABORATOIRES CIBA _ O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON

D'un fait minime, judicieusement observé, à savoir l'oblitération veineuse qui suit l'injection dans le vaisseau sanguin de la solution carbonatée de luargol, Sicard déduit la méthode des *endo-veinites chimiques oblitérantes*, appliquée à la cure des varices. Et voilà, par l'initiative d'un médecin, une des techniques chirurgicales qui paraissait la plus stable, la saphénectomie, mise en échec dans de nombreux cas par les injections phlébo-sclérosantes : la seringue supplante le bistouri. — C'est, encore, seringue en main, que, par l'alcoolisation des nerfs sensitifs, Sicard se révèle le *médecin de la douleur* : titre enviable entre tous ; quel soulagement, précieux mais temporaire, pour certaines névralgies trigemellaires ! — En vérité, est-il beaucoup de chirurgiens de ce temps, dont la part contributive ait apporté autant d'idées neuves et de techniques durables ?

* * *

Nous devons, bon gré, mal gré *(volentem ducunt fata, nolentem trahunt)* marcher avec notre temps et suivre la loi d'évolution qui, dans toutes les branches de l'activité humaine transforme les conditions du travail. Et il n'est pas douteux qu'il se prépare une réorganisation scientifique de nos grandes cliniques, ayant pour but la meilleure concentration des efforts. Le principe de la division du travail persiste et s'impose plus que jamais, par la multiplicité et la rapidité d'accroissement de nos connaissances, qu'un même cerveau ne saurait assimiler. Mais, c'est cette spécialisation qu'il va falloir comprendre et délimiter autrement.

Prenons pour comparaison les méthodes modernes d'organisation industrielle. Elles peuvent se faire selon deux types de *concentration*, comme disent les économistes allemands : l'organisation *horizontale* qui divise en secteurs un champ commun de travail ; l'organisation *verticale*, qui, pour une même exploration, groupe l'ensemble des productions, depuis les premiers matériaux jusqu'à l'objet fabriqué. Par analogie, nous avons, jusqu'à présent, conçu la spécialité, selon le mode hozizontal, comme un rameau de la pathologie, détaché du tronc commun de la chirurgie : gynécologie ; ophtalmologie ; oto-laryngologie ; urologie ; et *chacune de ces parties séparées garde son double aspect*, médical et chirurgical.

Selon une conception qui commence à s'affirmer et à se réaliser, c'est autrement qu'il faudrait, dans l'avenir, comprendre la forme associée du travail médico-chirurgical. *Tout ce qui se rapporte à la pathologie et à la thérapeutique d'un système organique forme bloc autonome.* L'application en est à envisager surtout pour la neuro-chirurgie et pour la thoraco-chirurgie. Dans un de ces groupes cliniques spécialisés sont rassemblés *tous les moyens d'investigation scientifique* et de *réalisation technique* ; selon la compétence, la chefferie peut appartenir à un chirurgien comme de Martel ou à un médecin comme Clovis Vincent. Ne voyons-nous pas, dans nos centres anticancéreux, la direction revenir, selon la personnalité locale dominante, soit à un chirurgien, soit à un anatomo-pathologiste, soit à un médecin, soit à un radiologiste ?

« Si j'avais vingt ans de moins, j'opérerais les poumons de mes malades, étant plus capable d'interpréter leurs lésions que celui qui est appelé à les opérer ». Ah ! La franche déclaration que nous faisait là, le Professeur Sergent ! Et combien on la comprend, quand on connaît la foi thérapeutique de celui qui est un des maîtres de la phtisiologie moderne et qui, plus que tout autre, a contribué à resserrer la collaboration médico-chirurgicale.

Ce qui fait la satisfaction scientifique du chirurgien, ce qui est un des meilleurs éléments de son perfectionnement clinique, c'est que, plus heureux que le médecin, qui ne peut vérifier son diagnostic qu'à l'heure de la nécropsie, c'est-à-dire de sa défaite thérapeutique, il *contrôle opératoirement son hypothèse*. Il a, sous les yeux, cette lésion vivante qu'il a diagnostiquée ; il la tient en mains, à sa phase encore curable. Et l'on s'explique que le médecin, dont toutes les ressources d'investigation se sont employées à la solution de ce problème de diagnostic, soit conduit à penser que, pour certaines interventions viscérales, il aurait de la lésion une connaissance particulièrement précise et qu'il y trouverait une direction opératoire plus exacte.

C'est logique ; c'est possible, pour quelques hommes particulièrement doués et préparés. Quand on a, comme moi, l'expérience de près d'un demi-siècle d'enseignement, on ne méconnait pas qu'il y a, chez certains médecins, des virtualités chirurgicales irréalisées, parfois des vocations contrariées : s'ils ont pris la voie médicale, c'est parce que le hasard des concours et des places vacantes, l'influence d'un maître, les besoins de la vie, en décident plus souvent qu'une orientation professionnelle dirigée. Viennent les circonstances, comme nous l'avons vu pendant la guerre ; cette inclination première, ces aptitudes, peuvent reprendre le-dessus et dominer la carrière.

N'empêche qu'il y a une instruction technique de base, qui est indispensable, quels que soient les dons innés, quel que soit le savoir, et qui *est la condition de la sécurité. C'est un lent apprentissage qui se prolonge durant toute notre vie active* ; car la formation du chirurgien moderne s'élargit et se complique à mesure que de nouveaux champs opératoires sont mis en chantier. — « *Anch'io son pittore* » : c'est vite dit ; mais cela suppose, comme chez le Corrège, la maîtrise préalable du métier, la discipline du dessin, la connaissance des valeurs de la palette et de la composition. Cette coordination impeccable de la décision cérébrale et du geste manuel est autre chose qu'une adresse *naturelle* ; elle est une habileté *acquise.* Nous ne sommes point justes envers les mérites de notre enseignement : nulle part, autant que chez nous, cette préparation n'est aussi bien réglée par la possession de l'anatomie topographique, par les années d'amphithéâtre, par les exercices de médecine opératoire.

« Je fus un fidèle des cours de Farabeuf, nous disait Sicard, dans sa belle leçon d'ouverture. Je crois bien que, pendant deux semestres d'hiver, mon assiduité ne s'est jamais démentie. Sans doute, *ai-je puisé dans ces leçons une certaine orientation médico-chirurgicale et une tendance à demander à la chirurgie, à la chirurgie nerveuse surtout, tout ce qu'elle peut donner* ». Ainsi s'explique son œuvre anatomique si personnelle : l'étude du rachis osseux, du trou de conjugaison vertébral, de l'espace épidural, de la cavité sous-arachnoïdienne. C'est grâce à cette formation qu'il a abordé les injections épi et intra-durales, et que, par la précision du lipiodo-diagnostic, il a rénové la chirurgie des tumeurs médullaires.

Pour répondre à la question posée par Sergent, *y a-t-il des phtisiologues qui opèrent eux-mêmes leurs malades* ? Les exemples en demeurent rares : à Hauteville, pour la section des pn umothorax cloisonnés ; à Davos, Hoeberlin ; en Belgique, au sanatorium de Waterloo, Toussaint ; en Allemagne, Saugmann. Et, cependant, s'il est une chirurgie où soit théoriquement indiquée la concentration des compétences et des actions médico-chirurgicales poussée, jusqu'à la réunion, idéale, en une exceptionnelle rencontre du *conseil* et de *l'action*, c'est bien la chirurgie de la tuberculose pulmonaire, surtout dans son expression maxima, la *thoracoplastie*. D'autre part, nul ne peut nier les avantages de l'*opération en sanatorium* et de la continuation du traitement sur place : pas de déplacement du malade qui a plus de confiance, étant opéré par son habituel médecin ; surveillance plus étroite des accidents des premières heures ou des premières journées, shock et syncopes ; pureté atmosphérique de la station climatique, d'où raréfaction des complications pulmonaires.

Mais, d'une part, selon l'observation de Sebrechts, combien rares sont les médecins dont la formation chirurgicale est assez poussée pour envisager toutes les éventualités — et toutes les responsabilités — d'une intervention qui reste grave ; d'autre part, combien plus rares encore les chirurgiens qui peuvent se suffire pour poser avec exactitude l'indication opératoire. Si bien, qu'en conclusion sage nous devons dire : il n'est pas de trop de toute la sagacité d'un médecin phtisiologue pour *conseiller* le traitement chirurgical d'une tuberculose pulmonaire, pour fixer le mode et le siège des lésions, pour surveiller les suites : il n'est pas de trop chez l'*exécutant*, d'une pratique expérimentée de la chirurgie thoracique, de la

chirurgie tout court, pour faire face aux difficultés et incidents éventuels et pour donner à la technique son maximum de précision.

***

Au témoignage même de ses collègues des hôpitaux, l'exemple actuel, le plus typique, de ce que j'appelle la « seconde vocation », c'est en neuro-chirurgie celui de Clovis Vincent. L'homme est, évidemment, un caractère : il a de la décision, de la fermeté, de la vigueur d'exécution. Beaucoup de dynamisme, comme on dit aujourd'hui. C'est un combattif, un indépendant. Il a été l'animateur, très méritant, pendant la guerre, du centre neurologique de la 9e région ; et, sur la ligne de feu, il a fait acte de combattant autant que de médecin. Au total, forte personnalité, apte à l'action.

Comment, après avoir été un *neurologiste*, est-il devenu un *neuro-chirurgien* ? C'était le sujet de l'étonnement de l'illustre Professeur américain Cushing. « C'est, nous répond-il, que l'éducation médicale française m'en donnait les moyens. Un interne de Paris (nous pouvons dire : de nos grandes Facultés de France) est à l'origine un être qui a tout ce qu'il faut pour devenir soit un médecin, soit un chirurgien. Il n'a pas reçu dès le début une éducation qui le parque définitivement dans une carrière. A l'époque où il existait un seul interne de garde, j'ai aidé le chirurgien à opérer ; chez Souques, à Ivry, presque tous les jours, le chirurgien de garde m'autorisait à opérer. A deux reprises, il est allé à l'Ecole des grands neuro-chirurgiens américains : en 1927, pour y apprendre les nouvelles méthodes de diagnostic ; en 1930, pour étudier et juger les techniques.

Il n'y a donc point là une *génération spontanée d'un opérateur* : si Clovis Vincent a pu, par mutation, passer dans le cadre actif des chirurgiens, c'est à la faveur d'une solide éducation chirurgicale générale qui s'est faite « en *regardant opérer* (il n'y a pas 5 % de mes malades nerveux à l'intervention desquels je n'ai assisté), *en aidant à opérer, en opérant*. Je suivais la main du chirurgien (dans le cas, de Martel) avec un intérêt bienveillant et malveillant à la fois, bienveillant par ce que j'estimais correct pour le système nerveux et malveillant pour ce que j'estimais parfois incorrect ».

Voilà une importante confession, où apparaissent une grande franchise et un esprit libre. L'acte opératoire en neuro-chirurgie comporte deux temps : l'un de chirurgie osseuse : l'autre de chirurgie nerveuse. Pour celui-ci, selon l'opinion de Clovis Vincent et de ses élèves, il faut des méthodes nouvelles : médecins et chirurgiens sont sur le même plan. Pour celui-là, le chirurgien est avantagé et mieux préparé : « mais, n'est-il pas possible au neurologiste de s'assimiler la technique indispensable ?

Il faut joindre à cet apprentissage technique un complément indispensable, tiré de la physiologie expérimentale et de la chirurgie sur les animaux. « J'aurais pu montrer, l'an dernier, une chienne setter de quinze ans que j'avais trépanée pendant la guerre pour un syndrome d'hypertension intracrânienne et qui a chassé longtemps après l'opération : je puis citer encore les extirpations de labyrinthe de cobaye que j'ai faites en collaboration avec Babinski et Barré ».

Et maintenant, Clovis Vincent, *médecin* des hôpitaux, *est chef de service de neuro-chirurgie* de la Pitié. Depuis quelques mois, Clovis Vincent est *membre associé de l'Académie de chirurgie* : ce titre le consacre et c'est l'honneur de notre Compagnie que de l'avoir élu. C'est bien dans la tradition de notre ancienne Académie Royale du XVIIIe siècle. Et, déjà son important mémoire sur le traitement des traumatismes cérébraux nous est un garant de la contribution qu'il apportera à nos travaux. Ce sont des questions qui gagnent à être vues sous leur double aspect. Exemple : la neuro-chirurgie traumatise les centres ; en suivant heure par heure les suites opératoires, on apprend à quels signes on reconnaît que « cela se gâte » ; en réouvrant, on vérifie, *in vivo*, à quelles lésions ces symptômes correspondent. œdème et collapsus cérébral, séroméningite, hydropisie ventriculaire ; et, par analogie, l'on en peut déduire des mesures prophylactiques ou curatrices applicables aux traumas cérébraux accidentels.

A égalité de valeur technique, le neurologue opérant aurait, au dire de Clovis Vincent, sur le neurochirurgien, des avantages. « Quand le crâne est ouvert, déclare-t-il, au sujet des tumeurs cérébrales, c'est celui qui sait le mieux la situation des vaisseaux, les départements vasculaires, le sens de la circulation dans telle ou telle région, le trajet des grands faisceaux et surtout l'anatomie pathologique qui est le mieux armé ». — Mais, d'abord, *cette égalité de la valeur technique ne peut être qu'une exception* ; et encore n'existe-t-elle pas pendant tout le temps où se parfait, par les premières interventions, la formation manuelle du neurologiste : il y a sept ans, Clovis Vincent reconnaissait encore qu'il n'était qu'un « jeune neuro-chirurgien ».

Et puis, tout de même, quand nous, chirurgiens, abordons la neuro-chirurgie, nous avons, derrière-nous, une instruction anatomique très poussée : nous n'ignorons rien (et c'est un scrupule) de la structure de détail des centres, de la topographie crânio-cérébrale et rachi-médullaire, des trajets radiculaires, des cordons de conduction. J'ai eu la bonne fortune de collaborer avec des neurologues de premier rang, avec Grasset et Bauzier, avec Jumentié, Mairet, Euzière et Rimbaud ; certes, aucun d'eux n'a jamais montré une velléité de prendre l'instrument, ni un regret de ne pas l'avoir : ils se rendaient compte de la qualité de précision que confère la longue pratique de la chirurgie viscérale et qui trouve dans la neuro-chirurgie, sa plus fine application. Et tous nos collègues sont dans le même cas : ceux qui se spécialisent comme Robineau, de Martel, Baumgartner, portent à son maximum cette supériorité technique.

Pour conclure, ce qui est capital, et réalisé dès l'heure présente, c'est la collaboration, étroite et constante, du médecin et du chirurgien. Suivant le stade de l'action commune, comme Sergent le fait observer, *cette collaboration n'exclut pas la prépondérance du rôle de l'un et de l'autre*. « Au médecin le diagnostic et la précision de l'indication, les mesures préopératoires ; au chirurgien, l'exécution et la technique opératoires ; à l'un et à l'autre réunis, la tâche de préciser le moment et le choix de mode d'intervention ». La besogne est souvent assez difficile et la responsabilité assez lourde, pour qu'on la partage. Mais, hormis quelques personnalités d'exception, le temps n'est point proche où nous verrons se multiplier, selon le mot de Sergent, « *l'homme unique* », à la fois médecin et chirurgien. Fatalement, comme le reconnaît notre éminent collègue, « les médecins et les chirurgiens se trouvent acculés à l'obligation de limiter le champ de leur exploration et de leur activité ».

« *Une belle question de concours* est une tranche arbitrairement découpée dans l'ensemble des connaissances médicales, telles qu'elles se présentent dans les livres. Elles ne se présentent jamais comme le fait un malade, ni comme se pose un problème de médecine expérimentale. A suivre la discipline des concours, à s'astreindre à traiter de telles questions, le jugement se fausse. Au lieu de développer l'esprit d'observation, l'esprit clinique, le candidat acquiert une façon d'esprit théorique qui cherche, chez le malade, ce qui est imprimé dans les textes. On songe involontairement à l'artiste légendaire montrant au client la toile ou le buste achevés et se retirant sur ce conseil « A présent, faites en sorte de lui ressembler. » Il ne faut pas que l'apprenti médecin sollicite la nature de se conformer aux descriptions des livres. » (Charles NICOLLE. — *Les responsabilités de la médecine*, 2e série, p. 105. Alcan, édit.).

« En face d'une maladie infectieuse hautement fébrile ou prolongée, le rôle du médecin, le plus difficile de tous, consiste à se défendre et défendre le patient contre les suggestions et les entreprises brouillonnes d'un entourage impatient et crédule. Il doit, tant que le diagnostic reste incertain et souvent par la suite, savoir se limiter à une thérapeutique de symptômes et repousser toute intervention comportant un risque inutile ou un supplément de souffrance et d'anxiété. Le repos physique et moral du malade est la condition première de sa guérison. » (A. LEMIERRE. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses. Un vol. Masson, édit.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Etat actuel de la chirurgie dans le traitement des affections cardiaques et péricardiques [1]

Par **André SICARD**

Les progrès réalisés par la chirurgie dans le traitement de certaines affections cardiaques méritent actuellement d'être bien connus.

Il y a 35 ans, en 1902, la chirurgie du cœur n'existait pas. Cette année-là, au Congrès de chirurgie, on avait cependant mis à l'ordre du jour comme question d'actualité : « La chirurgie du cœur et du péricarde ». Les rapporteurs, Terrier et Reymond, ne s'étaient presqu'uniquement occupés que des plaies du cœur. Ce n'est qu'accessoirement qu'ils avaient parlé de la ponction du ventricule droit dans les embolies gazeuses, du massage du cœur comme procédé de réanimation dans les syncopes, de l'évacuation des épanchements des péricardites purulentes. A ces seuls sujets se bornaient les discussions chirurgicales.

Trente ans après, en 1932, au même congrès, la même question de la chirurgie du cœur a été reprise par Lenormant et Leriche. Les rapporteurs ont exclu de leur travail les traumatismes du cœur. Lenormant a exposé la chirurgie des tumeurs et des rétrécissements valvulaires et la chirurgie des péricardites chroniques et des hypertrophies cardiaques, Leriche la chirurgie des nerfs du cœur.

Actuellement, moins de cinq ans après, ce rapport est déjà incomplet, car il faut y ajouter le traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'angine de poitrine par la thyroïdectomie totale et celui de l'ischémie du myocarde par le développement de la circulation collatérale au moyen de greffes.

* * *

Poursuivre les différentes étapes par lesquelles est passée la chirurgie du cœur, je parlerai d'abord de la chirurgie des *sténoses orificielles*, la première en date.

C'est celle qui venait naturellement à l'esprit et qui devait tenter le chirurgien. Quand on voit, sur la table d'autopsie, une sténose orificielle du cœur très serrée, ayant déterminé progressivement des accidents cardio-pulmonaires mortels contre lesquels aucun traitement médical n'a été efficace, il est normal qu'on ait essayé d'agir mécaniquement en sectionnant ou en dilatant ce rétrécissement. Chirurgie hardie certes, mais qui semblait possible depuis que les plaies du cœur avaient montré les voies d'abord de cet organe et les possibilités de suture du myocarde.

Pendant longtemps cette chirurgie est restée dans le domaine de l'expérimentation. Des centaines de chiens ont été opérés, en particulier par Cutler et Allen.

L'application à l'homme reste très difficile. La technique n'est pas simple : elle nécessite l'abord du cœur par sternotomie médiane, temps déjà très schockant, puis la ponction transventriculaire au moyen d'un valvulotome que l'on dirige vers l'orifice à sectionner. La section se fait au jugé ou à l'aide d'un cardioscope analogue au trocart pleuroscopique.

Comme la section du rétrécissement laisse une insuffisance valvulaire, on peut se demander si l'opération a un résultat très utile.

Il existe actuellement à ma connaissance 13 tentatives chez l'homme (Doyen, 1 cas ; Cutler, 8 cas ; Allen et Graham, 1 cas ; Souttar, 1 cas ; Pribram, 1 cas ; Tuffier, 1 cas). Ces 13 cas ont donné 5 morts sur la table d'opération et 5 morts dans les premiers jours. Restent 3 guérisons, dont 2 ont été de simples dilatations au doigt d'un rétrécissement mitral dans le cas de Souttar, d'un rétrécissement aortique dans celui de Tuffier. Les opérés étaient en vie plusieurs années après, mais il est difficile de savoir s'ils avaient vraiment bénéficié de ce geste plus symbolique qu'efficace.

La troisième guérison est le premier cas opéré par Cutler ; il s'agit d'une enfant de 11 ans, chez laquelle il sectionna la valvule mitrale par voie transventriculaire. L'enfant a été améliorée et a pu retrouver une certaine activité jusqu'au moment où elle mourut, 5 ans plus tard.

Ce chapitre de la chirurgie du cœur témoigne, il faut bien le reconnaître, de l'audace et de l'habileté de certains chirurgiens, mais les résultats n'ont donné que des déceptions. Actuellement on semble s'en être désintéressé. Cutler lui-même a le sentiment de ne pas devoir poursuivre ses essais sur l'homme.

* * *

L'idée du traitement chirurgical de la *symphyse du péricarde* appartient à Delorme qui, en 1898, préconisa l'ablation du péricarde épaissi et adhérent. Sa suggestion resta sans écho.

Quelques années plus tard, en 1902, un médecin de Marburg, Brauer, persuada un chirurgien, Petersen, de tenter la résection de la partie du squelette thoracique qui recouvre le cœur pour libérer cet organe de sa constriction et lui donner une plus grande liberté d'action.

L'opération de Brauer, grâce à sa simplicité et à son innocuité relative, se généralisa assez vite. Elle connut quelques succès ; elle fut suivie aussi de nombreux échecs. Il sembla très vite qu'elle ne méritait pas la faveur qu'on lui avait témoignée.

Il fallut en revenir à l'idée de Delorme. Elle fut reprise par Rehn qui précisa la technique de l'ablation du péricarde pariétal, réalisant une véritable décortication du cœur et libérant ainsi complètement le myocarde.

Si la plupart des chirurgiens se sont contentés de la résection de la partie antérieure du cœur, y ajoutant souvent l'ablation de la paroi thoracique, quelques-uns ont réussi à pratiquer des péricardectomies presque totales, se risquant à libérer la très mince paroi des oreillettes, sculptant en quelque sorte le tissu fibreux jusqu'à l'origine des gros vaisseaux.

Trois opérations peuvent être pratiquées dans les symphyses du péricarde :

1° La *phrénicectomie* n'est indiquée que dans les cas très rares d'adhérences phréno-péricardiques limitées qui ne peuvent être reconnues que par un examen radioscopique attentif. Proposée jadis par Sauerbruch, elle a été réalisée par Brechot, Picot, Proust, Welti. J'ai eu aussi l'occasion de faire cette opération chez un malade de 32 ans qui a été très amélioré et dont l'œdème de la face et des membres inférieurs a rapidement diminué.

Tous les résultats ont paru satisfaisants. Mais l'indication de la phrénicectomie me semble néanmoins rare. Il est cependant possible que, dans quelques cas graves, on puisse l'envisager comme un premier temps précédant une intervention complémentaire sur le thorax ou le péricarde.

2° La *thoracectomie précordiale de Brauer*, qui doit porter au moins sur 4 cartilages costaux, du 3e au 6e, avec l'extrémité antérieure des côtes, est d'une technique actuellement bien réglée. Sur 112 cas appartenant à plusieurs chirurgiens, la mortalité opératoire indiquée par Lenormant est de 5 %. Mais les résultats à distance ne sont pas bons : sur 65 malades, 22 ont succombé au cours de la première année.

Le fait de désosser la paroi thoracique antérieure ne suffit en effet pas à libérer un cœur enserré dans une gangue fibreuse très épaisse et au niveau de laquelle on a parfois constaté de véritables dépôts calcaires ou même osseux.

Si l'on a fait une résection chondro-costale sous-périostée, la paroi se réossifiera rapidement et risque même de devenir plus rigide qu'auparavant.

Si la résection n'est pas extra-périostée, on s'expose à la hernie pulmonaire secondaire.

3° La *péricardectomie* est certainement l'opération la plus logique, puisque c'est le péricarde qui comprime le cœur et

(1) Conférence faite à l'hôpital Foch le 18 avril 1937.

s'oppose à l'entrée du sang dans ses cavités ; mais c'est également la plus grave. Pour 47 cas, Lenormant a relevé une mortalité opératoire de 25 %. Par contre, sur 29 malades ayant supporté l'opération, 24 étaient encore vivants à la fin de la première année.

Je ne pense pas qu'un chirurgien puisse entreprendre une telle opération sans appréhension. Mais si l'on veut bien tenir compte qu'il s'agit de malades voués fatalement à une mort plus ou moins proche par insuffisance cardiaque, la péricardectomie est une opération nécessaire dont de nombreux malades ont déjà bénéficié.

Ce qu'il importe avant tout, c'est d'intervenir suffisamment tôt alors que le cœur est résistant et les signes d'insuffisance cardiaque peu marqués.

Or, le diagnostic de ces péricardites chroniques adhésives est un diagnostic clinique difficile à porter de façon précoce. Aussi faut-il l'appuyer très tôt d'un examen radiologique complet qui montrera non seulement l'élargissement de l'ombre cardiaque, mais surtout sa fixité dans les changements de position et l'immobilité de son bord droit, d'un examen électro-cardiographique, et d'une étude de la pression veineuse montrant de la stase du système cave, puisque, au lieu de 70 mm. d'eau, on trouve des pressions atteignant jusqu'à 200 à 300 mm.

Dans cette maladie où le traitement médical peut reculer l'issue fatale sans pouvoir l'éviter, quand le diagnostic a pu être posé de façon précoce, malgré le risque opératoire que l'expérience et la précision de la technique arriveront à diminuer, l'indication opératoire mérite d'être discutée.

* * *

Quelques mots maintenant sur le *drainage chirurgical des péricardites.*

Dans les péricardites aiguës à pneumocoques ou à staphylocoques., l'intervention s'impose et aboutit en général à la guérison, bien que les observations ne soient pas encore très nombreuses.

La péricardotomie peut être faite à l'anesthésie locale. Il existe deux voies d'abord du péricarde : la voie haute, thoracique, qui résèque les 4e et 5e cartilages costaux, la voie basse, épigastrique, qui a l'avantage d'établir le drainage au point déclive.

Dans les péricardites tuberculeuses, il n'est pas question d'établir un drainage qui se compliquerait fatalement de fistulisation et d'infection. On a généralement recours aux ponctions simples ou avec injection d'air dans la cavité péricardique. Il est cependant possible de penser qu'une péricardite tuberculeuse primitive, sans autre localisation bacillaire, si l'état général du malade le permet, pourrait bénéficier d'une péricardotomie avec résection des cartilages costaux qui serait en même temps une véritable intervention préventive contre la symphyse cardiaque.

Cutler a même pratiqué une péricardectomie dans un cas de péricardite tuberculeuse primitive. Il a guéri son malade qui, plusieurs années après, se portait très bien.

* * *

Beaucoup plus passionnant pour le chirurgien est le traitement de l'*angine de poitrine* qui, depuis une quinzaine d'années, a suscité de très nombreux travaux.

C'est en 1899 que François-Franck, le premier, proposa la résection du tronc cervico-thoracique du sympathique pour interrompre l'innervation sensitive du cœur et supprimer les douleurs des angineux.

L'idée de François-Franck ne fut réalisée qu'en 1916 par Jonnesco chez un malade atteint d'aortite syphilitique avec angine de poitrine. Le résultat fut excellent.

Mais ce n'est guère que dans les années qui ont suivi la guerre que la méthode se généralisa. L'opinion des chirurgiens fut très variable. Si certaines opérations furent suivies de très beaux succès, d'autres n'aboutirent qu'à des échecs.

Le principe de la *sympathicectomie* dans l'angine de poitrine correspond à des données physiologiques précises. Il semble bien, en effet, que l'angine de poitrine soit liée à un spasme des coronaires. On peut la considérer comme un phénomène réflexe qui part du cœur ou de l'aorte, gagne le ganglion étoilé, par l'intermédiaire du nerf cardiaque inférieur du sympathique et atteint la moelle cervicale par le nerf vertébral. Le ganglion stellaire joue certainement un rôle considérable dans la crise d'angine de poitrine. Certains le considèrent comme le point de départ du réflexe. Il est de toute façon un relai important. Son excitation déclenche le réflexe presseur qui se traduit par une vaso-constriction périphérique intense, donnant naissance à l'ischémie du myocarde.

Dans cette maladie, on trouve parfois à l'autopsie des lésions coronariennes évidentes, mais parfois on ne constate aucune lésion anatomique. Gallavardin, au cours de 44 autopsies, a trouvé 25 coronarites anatomiques et 19 coronarites spasmodiques, sans aucune trace de lésion coronarienne.

L'angine de poitrine est donc une affection où l'élément nerveux domine. Le rôle de la chirurgie y paraît très grand. Il vise à supprimer le réflexe presseur.

Les interventions qui ont été proposées sont d'une importance variable, depuis la simple section de la chaîne sympathique entre les ganglions supérieur et moyen jusqu'à la résection complète des deux chaînes sympathiques y compris les trois ganglions de chaque côté.

Je retiendrai surtout deux opérations : celle de Leriche qui extirpe le ganglion étoilé, et celle de Danielopolu qui résèque la chaîne sympathique cervicale jusqu'au ganglion étoilé non compris, et coupe en plus les filets du pneumogastrique cervical qui descendent dans le thorax et le nerf vertébral.

Ces deux auteurs, avec une technique quelque peu différente, apportent de bons résultats.

Leriche, en 1933, avait opéré 13 cas (3 guérisons complètes, 4 grandes améliorations, 3 améliorations notables, 3 échecs.)

J'ai pu suivre personnellement 3 malades auxquels j'ai réséqué la chaîne sympathique cervicale depuis le ganglion cervical supérieur jusqu'au ganglion étoilé que j'ai toutes les fois extirpé : un malade reste guéri complètement depuis 18 mois ; les deux autres ont eu des crises très espacées, mais il persiste de la claudication ventriculaire avec impotence fonctionnelle. Un quatrième malade qui présentait des douleurs subintrantes et qui était dans un état très grave a succombé au début de l'opération faite sous anesthésie locale au moment où j'approchai du sympathique, avant même que j'aie pu anesthésier le nerf.

Ce cas vous montrera combien les malades actuellement confiés au chirurgien sont fragiles et c'est peut-être parce que jusqu'alors nous n'avons eu à traiter que des malades présentant trop souvent une défaillance cardiaque déjà accentuée, que les résultats ont été si inconstants et que l'enthousiasme des chirurgiens semble avoir un peu diminué.

Mandl a préconisé dans l'angine de poitrine les *injections paravertébrales d'alcool* dans le but d'atteindre les rameaux communiquants. Il a rapporté 50 cas avec de bons résultats. Il s'agit là d'un procédé inoffensif, mais certainement d'une technique très délicate, dont je n'ai pas l'expérience.

* * *

Telle était la situation de la chirurgie en présence de l'angine de poitrine à la fin de l'année 1932.

En 1933, paraissaient les premiers travaux de Cutler, Levine, Blumgart, Berlin qui orientent le traitement chirurgical de l'angor vers une voie nouvelle. Ces auteurs proposent *la thyroïdectomie totale comme traitement de l'angine de poitrine et des cardiopathies mal compensées sans toxicité thyroïdienne.*

A première vue cette méthode peut paraître surprenante. Elle est cependant le résultat d'observations cliniques et de principes physiologiques précis.

Les bases de ce traitement sont les suivantes :

1° Cutler et Levine ont, comme tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie thyroïdienne, constaté la rapide amélioration des basedowiens avec défaillance cardiaque par la thyroïdectomie ;

2° Ils ont noté l'action néfaste des extraits thyroïdiens

chez les cardiaques mal compensés. Chacun de vous sait bien en effet que l'opothérapie thyroïdienne est contre-indiquée chez les cardiaques défaillants ;

3° Blumgart a trouvé, dans les défaillances cardiaques, une diminution de la vitesse du courant sanguin.

La stase veineuse que l'on constate très précocement en était déjà la preuve.

Par un moyen très simple il est possible de mesurer la vitesse de la circulation ; il suffit d'injecter au niveau d'une veine du pli du coude une solution de saccharinate de soude ; normalement le goût sucré parvient à la bouche en 18 secondes; dans les cardiopathies mal compensées, il faut de 25 à 50 secondes.

Cette notion du ralentissement de la circulation est capitale. Comme le métabolisme basal reste généralement normal, dans les défaillances cardiaques, les besoins de l'organisme ne sont pas modifiés.

Il existe donc un déséquilibre entre la circulation ralentie et les besoins non modifiés de l'organisme.

Comme il n'est pas possible d'augmenter la vitesse de la circulation, il faut essayer de diminuer les besoins de l'organisme, et pour cela nous n'avons qu'un moyen : abaisser le métabolisme basal.

C'est là du reste le principe du traitement médical dont l'élément principal est le repos au lit. Mais, dès que le repos cesse, les troubles réapparaissent plus ou moins vite.

De la constatation de ces faits est née l'idée de créer chez de tels malades un état d'hypothyroïdisme par la thyroïdectomie.

La thyroïdectomie, en abaissant le métabolisme basal, réduit les besoins de l'organisme et rétablit ainsi le déséquilibre produit par le ralentissement de la circulation.

Les premières opérations pratiquées ont été des thyroïdectomies subtotales. Les résultats ont été encourageants, mais de courte durée.

Il reste à savoir s'il était physiologiquement possible de pratiquer la thyroïdectomie totale. Beaucoup en étaient restés à la description du grand myxœdème post-opératoire de Reverdin et redoutaient cette opération. On savait cependant que dans le cancer thyroïdien les malades supportaient bien l'ablation totale de la glande.

L'expérience a montré qu'il en était de même chez les cardiaques défaillants. Il y a bien après l'opération quelques petits signes d'hypothyroïdisme qui sont du reste nécessaires pour prouver que la thyroïdectomie a bien été totale. Mais ces signes ne prennent jamais un caractère inquiétant. Il faut cependant suivre le métabolisme basal ; au-dessous du chiffre de — 30, il est utile d'administrer des extraits thyroïdiens.

Le seul temps délicat de l'opération est de préserver les parathyroïdes. Mais la technique de la thyroïdectomie est actuellement bien réglée et la mortalité de cette opération est nulle.

Pour toute méthode nouvelle, si l'on veut éviter de lui faire du tort, il faut en bien préciser les indications.

On aurait trop facilement tendance à n'opérer les malades qu'à la période terminale, après échec des tentatives longtemps poursuivies de toute la gamme des traitements médicaux.

Or, les résultats obtenus par les chirurgiens de Boston montrent bien que, pour qu'un cardiaque bénéficie de cette opération, il faut que son myocarde soit encore résistant.

Les malades les plus susceptibles de bénéficier de la thyroïdectomie sont les cardiaques défaillants qu'améliore passagèrement le repos au lit.

Par conséquent, avant de poser une indication opératoire il est nécessaire, quelqu'aient été les traitements antérieurs, de prescrire un nouveau traitement médical.

Si le malade a été amélioré au bout de 2 à 3 semaines, on peut envisager l'intervention.

Si le repos au lit n'a donné aucune amélioration, il est inutile d'opérer.

On doit en somme n'envisager l'intervention chirurgicale que comme une méthode permettant de prolonger l'amélioration transitoire que donne le repos. Il ne faut pas lui en demander plus.

A New-York, Parson fait subir à ses malades l'épreuve de la chambre d'oxygène. Pendant 15 jours il les fait séjourner dans une chambre alimentée constamment d'un mélange d'air sur-oxygéné (15 %). Il ne les opère que s'ils ont pu supporter cet atmosphère.

Voici quelles sont les contre-indications, telles qu'elles viennent d'être précisées par Lian et Welti :

1° Les insuffisances cardiaques secondaires à des affections nettement évolutives ou sournoisement évolutives ou éteintes depuis trop peu de temps ;

2° Les insuffisances cardiaques trop graves qui résistent au traitement médical ou qui s'accompagnent d'un métabolisme basal abaissé ;

3° Les endocardites infectieuses subaiguës pour lesquelles deux éléments importants sont à rechercher : les poussées fébriles inexpliquées et les accidents emboliques.

Les résultats de la thyroïdectomie dans l'insuffisance cardiaque sont dans l'ensemble encourageants, surtout si l'on tient compte que la plupart de ces malades étaient à la limite de l'opérabilité.

A Boston, 130 malades ont déjà été opérés. Tous les résultats ne sont pas encore connus : sur 19 malades suivis, 13 ont bénéficié de l'opération ; ils ont vu disparaître dyspnée et palpitations, diminuer leurs signes de congestion (œdème, gros foie), et ont pu reprendre lêeur activité ; 2 ont été soulagés de leurs crises angineuses, mais les signes de défaillance cardiaque n'ont pas été améliorés ; 4 malades n'ont eu aucune amélioration.

En France, Welti a rapporté 8 cas sans mortalité opératoire ; il note 4 bons résultats et 4 échecs.

Il y a donc là sans aucun doute une méthode susceptible chez les insuffisants cardiaques de reculer la période de grande asystolie et de supprimer ou de diminuer, chez les angineux, les douleurs. Il est possible que dans l'avenir on puisse demander plus aux méthodes chirurgicales.

***

Au moment où je dois conclure, il me faut essayer de schématiser *les indications opératoires dans l'angine de poitrine.*

Je crois qu'il faut distinguer :

1° *Les angines de poitrine sans signes de défaillance cardiaque,* c'est-à-dire avec électrocardiogramme normal, qui sont justiciables des interventions sympathiques.

On commence toujours par une anesthésie du ganglion étoilé, procédé très simple dont la réussite est immédiatement contrôlée par l'apparition d'un syndrôme de Claude Bernard-Horner. Si cette anesthésie donne un résultat temporaire, on pourra la répéter, au besoin la tenter du côté opposé, et amener ainsi le malade à un état qui lui permettra de supporter facilement l'opération.

Dans près de la moitié des cas, la sympathicectomie est suivie de guérisons durables et complètes.

Si l'on n'en obtient aucun résultat, il faut alors avoir recours à la thyroïdectomie ;

2° *Les angines de poitrine avec signes de défaillance cardiaque* et électrocardiogramme anormal sont justiciables de la thyroïdectomie totale à condition qu'il ne soit pas trop tard et que le malade soit amélioré par le repos.

La chirurgie a rendu à beaucoup de ces malades une vie presque normale.

Malheureusement il ne semble pas que l'électrocardiographie ait une valeur absolue pour apprécier la valeur du myocarde. Je n'en veux pour preuve qu'une observation récente de Levine : comme son malade avait un électrocardiogramme normal, il était décidé à lui faire une stellectomie ; la veille de l'opération le malade est mort brusquement et l'autopsie a révélé de très grosses lésions du myocarde.

Ceci vous montre combien les indications de l'intervention chirurgicale sont en réalité difficiles à poser. La technique est peu de chose. Toute la difficulté est le choix des malades à opérer et des opérations à effectuer.

La chirurgie du cœur nécessite une collaboration très intime du physiologiste, du médecin et du chirurgien.

***

Nous en étions là il y a peu de temps, et déjà la chirurgie du cœur marche vers une nouvelle étape.

Des travaux récents venus d'Amérique et d'Angleterre proposent *le développement de la circulation collatérale du myocarde par des greffes dans le traitement des thromboses coronariennes.* Je ne vous en dirai que quelques mots parce qu'ils semblent à peine sortis du domaine de l'expérimentation.

En 1935, Beck et Tichy ont pu se rendre compte, dans un cas d'oblitération complète des deux artères coronaires, que la vascularisation du cœur s'était effectuée par l'intermédiaire d'adhérences avec le péricarde.

Ils ont pu facilement créer chez le chien des infarctus du myocarde par ligatures des différentes branches du système coronarien. Ils ont ensuite greffé des lambeaux musculaires pédiculés sur le myocarde et ont constaté le développement de la circulation collatérale.

O'Shaughnessy, en Angleterre, a poursuivi les mêmes expériences en se servant du grand épiploon passé à travers le diaphragme et a obtenu les mêmes résultats. A l'autopsie des chiens il a pu confirmer, au bout de plusieurs mois, par des injections colorées, l'existence de larges anastomoses entre la greffe et le myocarde.

On ne connaît encore que peu de cas d'application de cette méthode à l'homme.

Beck a cependant déjà opéré 11 malades par greffe pédiculée du muscle grand pectoral gauche. 5 malades sont morts dans les jours qui ont suivi l'opération, mais tous avaient une sclérose coronaire très avancée ; 6 malades sont actuellement en vie. On ne connaît que le résultat du premier cas : il s'agissait d'un homme de 48 ans atteint d'angine de poitrine depuis 9 ans ; 3 mois après l'opération, il a pu reprendre, dans des conditions normales, son métier de jardinier.

O'Shaughnessy a opéré 5 malades par greffe épiploïque transdiaphragmatique. Il n'a eu aucune mortalité opératoire, et n'a pas observé de hernie diaphragmatique qui pourrait être un reproche fait à ce procédé moins grave que celui de Beck. Il a obtenu un résultat excellent, un résultat satisfaisant ; les 3 autres cas sont encore récents.

L'avenir seul pourra dire si cette méthode mérite d'être poursuivie. On doit dans tous les cas admirer l'esprit d'initiative et d'action des chirurgiens étrangers.

***

La chirurgie des *tumeurs du cœur* ne mérite pas qu'on s'y arrête longtemps. On n'en connaît que 2 cas : un sarcome de l'oreillette opéré par Leriche, un kyste hydatique opéré par Vara Lopez.

Dans les 2 cas, le diagnostic de tumeur du médiastin avait été fait. Dans les 2 cas, l'exérèse a été incomplète.

Les 2 malades sont morts, celui de Leriche au bout de 2 heures, celui de Vara Lopez au troisième jour.

***

Vous avez pu voir, au cours de cette conférence, que la chirurgie, en pénétrant dans un domaine qui pouvait paraître autrefois strictement médical, a déjà fait œuvre utile.

Beaucoup de malades lui doivent des guérisons inespérées d'autant plus inespérées qu'il ne faut pas oublier qu'il s'agissait de malades devant lesquels les traitements médicaux avaient épuisé toute leur action et qui étaient voués à une mort rapide et certaine.

Retenons surtout que le traitement chirurgical des affections cardiaques ne peut se baser que sur des données physiopathologiques précises. Espérons qu'il sera capable de jeter quelques lumières dans la physiologie encore si mystérieuse du système neuro-végétatif.

Il semble n'en être qu'à ses débuts ; sa route est à peine défrichée ; elle sera probablement marquée encore d'étapes importantes ; elle mérite sans aucun doute d'être poursuivie.

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Annexites et rœntgenthérapie

Par le Docteur **DELHERM** et la Doctoresse **FAINSILBER**

La Rœntgenthérapie des annexites n'est pas une méthode courante en France. Ce qui retient certains radiologistes de recourir à cette thérapeutique, c'est une double crainte : d'une part, celle de provoquer une involontaire castration définitive ; d'autre part, celle d'occasionner des perturbations ovariennes irréparables et susceptibles d'avoir un fâcheux retentissement sur la descendance.

Ces craintes nous paraissent injustifiées, et nous pensons qu'il convient d'avoir recours à la Rœntgenthérapie dans tous les cas où les moyens thérapeutiques habituels et agents physiques usuels, ayant été en échec, on n'a pas obtenu de guérison ni d'amélioration. Dans les annexites chroniques rebelles, nécessitant des traitements longs et répétés et qui finissent trop souvent par une intervention chirurgicale, n'est-il pas préférable d'essayer la Rœntgenthérapie ? Il faut, bien entendu, éviter la castration et conserver l'intégrité de la trompe et de l'ovaire, centre de reproduction, axe physio-psychique de l'équilibre féminin.

***

C'est en 1921 que Wetterer (de Manheim) eut le premier l'idée d'appliquer la Rœntgenthérapie dans les affections gonococciques. Mais c'est Heidenhain et Fried, l'un chirurgien, l'autre radiologiste, qui préconisèrent avec succès la *Rœntgenthérapie à faibles doses répétées* dans les affections gynécologiques inflammatoires.

La méthode des faibles doses est, certes, celle qui doit être la règle puisqu'elle évite la stérilisation. Aussi a-t-elle recruté des adeptes nombreux un peu partout, en Autriche, en Tchécoslovaquie, en Italie, aux Etats-Unis.

En France, les premiers résultats rapportés ne datent que de 1927. On y a du reste, tendance à employer des doses de castration. Peut-être est-ce parce que les cas traités chez nous étant plus invétérés, sont beaucoup plus graves que ceux que l'on traite à l'étranger.

***

Selon les uns, la Rœntgenthérapie stimule la phagocytose, le réticulum endothélial, les organes producteurs d'immunisines ; pour d'autres, il y aurait mise en liberté d'anticorps ; d'autres encore soutiennent que les rayons X favorisent l'absorption des protéines ; pour d'autres, enfin, les rayons X transformeraient le milieu où vit et se développe l'agent pathogène

Mais ce qu'il faut surtout retenir, c'est que les faibles doses possèdent une action stimulante sur les éléments de défense ; que le processus inflammatoire, favorablement influencé par eux, disparaît et que, de plus, l'état général est amélioré.

Les fortes doses, par contre, accélèrent le processus inflammatoire et déterminent la stérilité artificielle.

L'action stimulante des faibles doses se manifeste nettement dans les cas d'hypofonctionnement ovarien ; il en est de même dans les cas de stérilité.

***

Les avantages de la Rœntgenthérapie à petites doses dans *les cas aigus* sont les suivants : diminution de la période fébrile, résorption plus rapide des exsudats, localisation suppurative plus précoce, susceptible de s'évacuer spontanément ou que l'on évacue chirurgicalement.


NORMACOL
ÉVACUANT
CONSTIPATIONS
DECORPA
CONTRE
LA FAIM
OBÈSES
HYPERTENDUS
ETC..
MUCILAGES SPÉCIAUX
LABORATOIRES
NORGAN
P. ALEXANDRE
PHARMACIEN
41 RUE DE ROME _ PARIS

Dans *les cas subaigus ou chroniques*, l'opération est très souvent évitée.

Avoir systématiquement recours à la castration serait sans doute, une hérésie, mais dans certains cas rebelles, notamment dans les formes gonococciques, où la stérilité est souvent fatale, hâter la guérison tout en évitant l'intervervention chirurgicale, justifie la castration rœntgenienne, même chez la femme jeune. Du reste, la castration rœntgenienne est bien supérieure à la castration chirurgicale : celle-ci est brutale, alors que celle-là est progressive.

Autre avantage pratique : la Rœntgenthérapie des annexites ne se pratiquant qu'une fois par semaine, elle constitue un traitement ambulatoire ; il est donc plus facile à certaines malades de suivre régulièrement le traitement entrepris.

Les inconvénients de la méthode, peu nombreux et, du reste, généralement peu importants et exceptionnels, sont les suivants : fatigue après l'irradiation, réaction locale douloureuse, parfois température, avance des menstrues, douloureuses et prolongées, débacle leucorrhéique quinze jours après la fin du traitement.

***

Quelles sont *les indications* de cette méthode ?

1° *Les cas aigus*, lesquels, en dehors des infra rouges ne supportent nul autre agent physique ;

2° Tous *les cas subaigus et chroniques* qui ont résisté au traitement par les autres agents physiques ;

3° Les cas où, pour des raisons d'ordre général ou local (adhérences, fistules), *l'intervention chirurgicale est*, définitivement ou temporairement, *contre indiquée* ;

4° Toutes *les annexites tuberculeuses* (sans ascites) ;

5° *Les annexites actinomycosiques* ;

Examinons maintenant *les contre-indications*. On note :

1° La grossesse ;

2° L'hydrosalpinx, l'hématosalpinx et la pyosalpinx ;

3° Les affections pelviennes très douloureuses (selon Mathey-Cornat).

***

Aucune irradiation n'est pratiquée sans examen préalable, afin de se rendre compte s'il n'existe pas de réaction inflammatoire locale importante.

La technique que nous employons est la suivante :

Rayonnement pénétrant de 180 à 200 kvs. Champ localisé à l'annexe malade, en ménageant le côté sain. Le total de la série se compose habituellement de six séances, renouvelées après un arrêt de deux à quatre mois, selon les résultats obtenus.

Chez la femme jeune, lorsque nous nous trouvons en présence d'un cas grave ou hémorragique, et que les faibles doses n'ont pas apporté de guérison ni d'amélioration notable, nous recourons à la stérilisation temporaire.

Chez la femme ménopausique, c'est la castration d'emblée que nous préférons.

Il y a lieu de préciser que le traitement doit encore tenir compte, d'une part, du stade évolutif du mal, et d'autre part, de la nature de l'agent pathogène.

Les doses faibles et répétées suffisent dans la plupart des formes, notamment dans les formes puerpérales, qui guérissent rapidement.

La stérilisation temporaire est indiquée dans les affections gonococciques et colibacillaires, lorsque les faibles doses n'ont pas donné de résultat ; on peut même produire une castration définitive.

On agira graduellement dans les annexites tuberculeuses et actinomycosiques.

La stérilisation, soit *temporaire*, soit *définitive*, est indiquée dans certaines formes chroniques rebelles, en raison de leur ancienneté ou bien parce qu'elles ont des poussées inflammatoires menstruelles, ou encore parce qu'hémorragiques.

Toutes les fois qu'on constate une exacerbation menstruelle, il y a intérêt à faire une castration définitive, laquelle supprime l'épine irritative et le processus inflammatoire.

***

Des statistiques publiées à l'étranger, il résulte qu'en tête des succès viennent les *annexites tuberculeuses* ; *les annexites puerpérales* se classent en seconde ligne ; les *annexites gonococciques* sont d'un pourcentage plus faible, les *actinomycosiques*, les plus rares, sont aussi les plus rebelles.

Nos résultats personnels portent sur 30 cas ainsi répartis :

Annexites tuberculeuses : 70 à 90 % de guérisons ou d'améliorations importantes.

Annexites puerpérales : 66 à 75 %.

Annexites colibacillaires et *gonococciques* : 40 à 50 %. Dans les annexites colibacillaires et gonococciques, si résistantes, on est souvent obligé de recourir à la castration définitive pour obtenir un résultat satisfaisant.

Il est un point très important qui milite en faveur de ce traitement, c'est la question grossesse après Rœntgenthérapie sur les annexes. Or sur 15 cas de stérilité, Wagner et Schœnhof, ont vu 9 grossesses avec accouchements et enfants normaux.

Thaler, Flateau et Ménard citent également des cas de grossesses après irradiation.

Un autre point important est celui de savoir si l'irradiation est nocive pour le produit de la conception. Il n'en est rien, d'après Astier qui a observé que des femmes assez fortement irradiées pour fibrome ont eu un accouchement et un enfant normaux. Il le constata même chez une patiente de 40 ans qui n'avait jamais eu d'enfant avant l'irradiation.

Même en cas d'aménorrhée temporaire, il ne faut pas désespérer d'une grossesse ultérieure, car Panneton a vu se produire une grossesse après une aménorrhée de dix-huit mois, consécutive à une irradiation pour fibrome.

C'est donc à tort que l'on prive certaines malades du bénéfice qu'elles pourraient tirer de la Rœntgenthérapie à petites doses, à doses de stérilisation temporaire ou même la castration définitive, car dans bien des cas elle évite l'intervention chirurgicale.

Il nous paraît souhaitable que la Rœntgenthérapie des annexites soit plus couramment employée dans les cas où tout a échoué et où l'intervention chirurgicale semble être l'ultima ratio.

« Marfan a écrit dans le traité de Charcot, Bouchard et Bristaud, Tome IV, page 581.

« *L'hérédité de la phtisie est un des faits les mieux établis de la pathologie.* »

Et plus loin : « *L'hérédité, quoiqu'on en ait dit ces derniers temps, est indiscutable.* »

Voilà des affirmations nettes.

Or, un peu plus de trente ans après, M. Rist dans un très intéressant petit livre sur *La tuberculose*, écrit d'une façon tout aussi péremptoire :

« *Aucun facteur héréditaire n'intervient dans la genèse de la tuberculose pulmonaire.* »

Qui devons-nous croire ? L'hérédité a encore des partisans convaincus et l'importance de la contagion est singulièrement réduite de nos jours. Il semble qu'on peut évoquer la phrase de Sganarelle dans le *Médecin malgré lui* :

« Oui, cela était autrefois ainsi, mais nous avons changé cela et nous faisons maintenant la médecine d'une méthode toute nouvelle. »

(J. Noir. — L'éloge d'Hippolyte Hérard à l'Académie de médecine. *Le Concours Médical*, 20 décembre 1936).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1937

L'expérience des écoles de plein air et ses applications aux programmes de la pédagogie nouvelle. — Le Docteur *P. Armand-Delille* rappelle les résultats obtenus dans les écoles de plein air qui se sont organisées depuis trente ans en France et dans d'autres grandes nations voisines, résultats rapportés en 1936 au 3e Congrès international pour l'éducation en plein air qui s'est tenu en Allemagne. Ces remarquables résultats sont dus à l'action combinée de l'exercice quotidien de l'aération permanente complétée par l'héliothérapie ; ils réalisent en dix-huit mois une transformation complète de l'enfant débile et hypotonique, en un sujet musclé, avec status correct et bon développement thoracique en même temps que son état psychique revient à l'équilibre. Arrivé déprimé ou nerveux, il s'épanouit, devient actif et pondéré, ses aptitudes au travail intellectuel se développent en même temps que son activité physique.

L'auteur insiste sur la possibilité pour tous les élèves des écoles primaires et secondaires, de bénéficier des mêmes avantages si les programmes réservaient chaque jour, comme le demande M. Dézarnaulds, sous-secrétaire d'Etat de l'Education physique, plusieurs heures de classes aérées, et l'exercice au grand air complété dans les saisons propices par les bains de soleil, les jeux sur terrains appropriés, qui peuvent être creés même dans les grandes villes, ainsi que l'a montré l'experience du Bastion 42.

Ces questions vont faire l'objet le 6 juillet prochain, d'une des journées internationales de la Santé publique pendant le Congrès de médecine scolaire et d'éducation physique et abou tiront, il faut l'espérer, à des modifications des programmes scolaires.

Epreuve d'exploration fonctionnelle du pancréas à l'huile iodée. — *M. F. Trémolières* propose une epreuve qui permet d'apprecier la valeur de la sécrétion de la lipase pancréatique.

La technique en est simple : le malade, qui n'est soumis à aucun régime spécial, ingère, le matin, à jeun, sous forme de capsules, une quantité d'huile iodée correspondant à une dose connue d'iode (1 gramme).

Pendant les vingt-quatre heures suivantes, il recueille soigneusement la totalité de ses urines, dont il note le volume, le dosage de l'iode est effectué sur un échantillon moyen.

Cette méthode, disent les auteurs est capable de fournir des renseignements probants, car ses résultats correspondent aux données cliniques (c'est dans les cancers de la tête du pancréas, où le trouble pancréatico-biliaire est au maximum, que l'on trouve les chiffres les plus bas) et concordent avec les renseignements fournis par l'analyse coprologique.

La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. Epidémiologie et allure clinique. — Nous connaissions, en Franche-Comté disent *MM. E. Ledoux, Bataillon, Maréchal* et *Picard* une fièvre ondulante dont la symptomatologie était atténuée, causée par l'*abortus* qui fait avorter les vaches de notre cheptel. La fièvre ondulante de nos paysans était, si l'on peut dire, une maladie « de tout repos ». Des ovins, importés dans notre pays, infectés par le *brucella melitensis* commencent à contaminer gravement nos cultivateurs.

Mais un autre danger très grave nous menace. Les moutons qui pénètrent dans les étables peuvent contaminer les bovins de nos exploitations. Nous avons déjà constaté, dans un cas, la contamination d'une vache par le *melitensis* d'une brebis. Le jour où le cheptel franc-comtois ne sera plus seulement atteint par l'*abortus*, mais aussi par le *melitensis*, la fièvre ondulante humaine se présentera avec une allure singulièrement plus sérieuse. Et ne seront pas seulement menacés les éleveurs, mais peut-être aussi les buveurs de lait.

Et M. Ledoux et ses collaborateurs demandent qu'on règlemente dans les régions de grand élevage de vaches laitières, le transfert et la vente des ovins et des caprins originaires de régions où sévit la brucellose à *melitensis*, ou tout au moins qu'on exige un certificat d'origine pour les moutons et les brebis qui sont transférés d'un département à l'autre.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1937

Maladie de Kienböck. — *M. Mouchet* rapporte un travail de *M. Dubon* (Val-de-Grâce) concernant deux cas de maladie du semi-lunaire traités par extirpation du lunaire et suivis d'heureux résultats. Les indications thérapeutiques dans cette affection varient avec le moment où on voit le malade. Au début lorsque les signes fonctionnels et radiographiques sont encore minimes, le traitement physiothérapique, immobilisation puis mécanothérapie peut suffire. Mais si au bout de quelque temps, la gêne fonctionnelle, l'enraidissement du poignet et la douleur persistent, il faut pratiquer l'ablation du lunaire atteint. L'auteur n'est pas partisan de l'exérèse primitive systématique.

Luxation congénitale de la hanche. — *M. Zahradniceck* (Prague) rappelle que dans les luxations invétérées, très hautes et très postérieures, les obstacles majeurs à la réduction sont surtout les muscles de la loge postérieure de la cuisse et les vaisseaux et nerfs.

Il utilise donc la résection diaphysaire du fémur qui permet ensuite la reposition sanglante de la tête fémorale, qu'on complète par une butée ostéoplastique de maintien. Cette intervention est sérieuse et complexe et nécessite l'habileté et la pratique du chirurgien orthopédiste. Trente cas graves ont donné d'excellents résultats fonctionnels à l'auteur.

M. Zahradniceck estime que dans les luxations congénitales, il existe toujours une déviation du col fémoral, soit en coxa valga, soit en coxa vara. Il propose donc d'associer à la réduction sanglante une ostéotomie cunéiforme du col fémoral, à coin variable avec la déformation à corriger. Quarante-quatre malades ont été opéres suivant ces directives. (Rapport de M. Sorrel).

Contrôle radiographique au cours des opérations. — *M. L.-H. Rocher* (Bordeaux) utilise pendant l'opération la lumière monochromatique par lampe à hélium. Cet éclairage permet outre l'acte opératoire, l'emploi facile de la radiographie ou de a radioscopie durant l'intervention sans complications techniques.

Tumeur bénigne de l'estomac. — *MM. Brocq, Brodin, Porcher* et *Mme Tedesco* ont pu faire le diagnostic radiologique de tumeur benigne de l'estomac.

Ils insistent sur la nécessité d'un examen radiographique approfondi, pratiqué sous des incidences diverses, face, profil, décubitus dorsal en position de Trendelenburg, position genu-pectorale. L'emploi de l'insufflation gastrique est indispensable.

Par ces méthodes la tumeur apparaît bien limitée, homogène dans sa tonalité, n'interrompant pas le plissement normal de la muqueuse gastrique. Elle permet à l'estomac de conserver sa mobilité et l'expansion normale de ses parois. Le siège même du développement de la tumeur peut être précisé. Il est à noter que souvent on constate sur l'image radiographique de face l'existence d'une tache barytée correspondant aux ulcérations mécaniques de la muqueuse gastrique au niveau de la tumeur. L'intervention confirma les données de l'examen clinique et permit l'ablation d'un Schwannome attaché à la petite courbure.

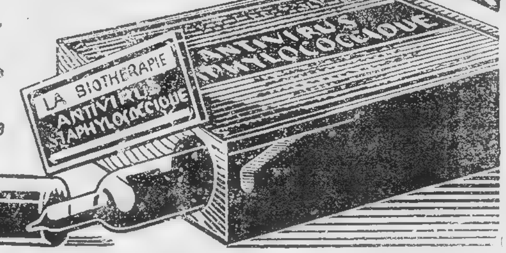
M. Banzet relate une observation de tumeur bénigne de l'estomac révélée par une anémie intense. L'examen histologique mit en évidence cependant quelques images de malignité histologiques éparses au milieu de l'aspect histologique habituel. Il se demande si dans les cas de tumeurs bénignes, une gastrectomie partielle ne serait pas préférable à l'exérèse limitée.

M. Gosset suit depuis quinze ans son premier opéré de tumeur bénigne. Il reconnaît aussi la fréquence des perforations mécaniques de la muqueuse gastrique au niveau de la tumeur.

Ectopie croisée du rein gauche. — Une volumineuse tumeur paranéphrétique observée par *MM. Moure* et *Marcy* refoulait à droite le rein gauche. L'uretéro-pyélographie precisait nettement l'étendue de ce refoulement. L'ablation de la tumeur permit au rein ectopique de reprendre normalement sa place.

Présentation de pièces. — *M. Okinczyc* présente une pièce de neoplasme mammaire avec une adenopathie mixte, cancéreuse et tuberculeuse, à l'examen histologique.

J. Calvet.



REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique médicale

Lorsqu'une méningite tuberculeuse est bien caractérisée, lorsque sa nature est démontrée par la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, en dépit de quelques cas authentiques de guérison, pratiquement le pronostic doit être considéré comme désespéré. Toutefois, sans dissimuler à la famille la gravité de la maladie et la probabilité de l'issue fatale, le médecin laissera une petite porte ouverte à l'espérance, d'abord parce qu'il peut avoir commis une erreur de diagnostic, ensuite parce qu'il pourrait se trouver en présence d'un de ces cas rarissimes qui se terminent par la guérison.

Toutefois, s'il lui est donné d'assister à la disparition complète ou à peu près complète des symptômes de la méningite, que le médecin ne se hâte pas de conclure à la guérison. On sait depuis longtemps que des *rémissions* de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines, peuvent s'observer au cours de la tuberculose des méninges. Après cette guérison apparente, les signes de la méningite réapparaissent et cette reprise aboutit à la mort. Bien qu'ils ne soient pas très fréquents, la connaissance de ces faits avertit le médecin qu'il ne doit pas se départir de la plus grande circonspection dans ses jugements.

(A.-B. Marfan. — Les éléments de pronostic dans les maladies aiguës. *Journal des Praticiens,* 8 mai 1937).

Maladies du cœur et des reins

Le virus rhumatismal a une affinité particulière pour le système de conduction auriculo-ventriculaire. — L'avènement des procédés modernes d'investigation et plus spécialement de l'électrocardiographie, en permettant une meilleure appréciation et une analyse plus poussée des désordres fonctionnels du myocarde, a révélé la très grande fréquence de la participation du muscle cardiaque au cours du rhumatisme articulaire aigu, participation silencieuse et fruste dans la plupart des cas et qui souvent ne peut être objectivée avec netteté que par la lecture des tracés électriques.

Ainsi est-il apparu, à la faveur de ces méthodes graphiques, que le virus rhumatismal affectait une particulière prédilection pour le système de conduction auriculo-ventriculaire, dont les atteintes se traduisent principalement, et selon leur intensité, soit par un allongement du temps de conduction, soit par une dissociation auriculo-ventriculaire partielle, incomplète ou totale.

On peut présumer, étant donnés le caractère fugace et la symptomatologie généralement fruste de cette anomalie de la conduction, que de très nombreux cas n'ont pas retenu l'attention des praticiens et que les troubles fonctionnels, qui parfois les extériorisent, tels que vertiges, tendances syncopales et surtout bradycardie ou arythmie, n'ont pu être, ou n'ont pas été analysés par les méthodes graphiques et que leur nature et leur mécanisme n'ont pas été précisés.

La fréquence relative de la dissociation auriculo-ventriculaire rhumatismale est difficile à apprécier.

Elle n'est nullement l'apanage des formes graves de la maladie de Bouillaud et peut se rencontrer au cours de formes frustes, larvées, oligo ou abarticulaires. Bien plus, dans bien des cas, elle se manifeste isolément, à l'exclusion de toute atteinte de l'endocarde ou du péricarde et à l'exclusion de tout autre symptôme de myocardite, d'où son grand intérêt sémiologique.

La durée du blocage ou de la période de blocage est relativement brève ; dans certains cas le trouble est très fugace, ne s'observant que durant quelques jours.

Le pronostic immédiat de la dissociation auriculo-ventriculaire rhumatismale est habituellement bénin. Il ne faut pas cependant méconnaître la possibilité, rare il est vrai, d'accidents syncopaux liés au blocage, surtout dans sa variété totale.

En ce qui concerne le pronostic d'avenir, peut-être conviendrait-il, avec certains auteurs, de formuler quelques réserves sur l'éventualité de l'apparition ultérieure d'une dissociation permanente favorisée par dissociation transitoire antécédente, rhumatismale.

(Ch. Aubertin, Robert-Lévy et P. Caccault. — La dissociation auriculo-ventriculaire au cours de la maladie rhumatismale. *Paris Médical,* 1er mai 1937).

Faut-il traiter la fibrillation auriculaire? Il est d'usage, dans la fibrillation auriculaire, de prescrire les sels de quinine.

Il y a lieu toutefois d'insister sur une règle essentielle, laquelle ne souffre aucune exception jamais un praticien, dépourvu de moyens de contrôle, ne doit essayer de réduire une fibrillation par les sels de quinine, et cela pour la raison majeure qu'il lui est matériellement impossible de déterminer quand cette médication est contre-indiquée.

La quinine est, d'une part, un dépresseur du myocarde. Elle diminue la conduction, d'autre part, l'auriculo-ventriculaire comme l'intra ventriculaire.

Dans les états fibrillatoires, il ne faut donc en aucun cas administrer de sels de quinine ; *a*) si le cœur fléchit ; *b*) s'il y a des troubles de conduction. Ces derniers ne peuvent être mis en évidence que sur un électrocardiogramme : élargissement, déformation des complexes ventriculaires.

Traiter un état fibrillatoire par les sels de quinine, ici prescrits d'ordinaire à doses élevées, sans le contrôle radiologique et électrocardiographique, c'est faire courir au malade un risque certain.

Une cure de digitaline effectuée préalablement à l'administration des sels de quinine, cure favorable, sauf contre-indication, si le cœur fléchit, aggrave, au contraire, la situation si le sujet présente des troubles intra-ventriculaires de conduction, des blocks de branche. Les digitaliques, en effet, agissent sur lesdits blocks dans le même sens que les quiniques : ils les augmentent.

Quand on a examiné et traité un grand nombre de cas de fibrillation auriculaire, on arrive inévitablement à cette conclusion que les fibrillations qui doivent céder cèdent toutes seules, sans cause apparente. En revanche, aucun sel de quinine, aucun médicament ne réduira une fibrillation solidement « accrochée ».

Si l'on tient à administrer les sels de quinine, ne le faire, que sous double contrôle radiologique et électrique. Interrompre immédiatement au moindre signe de fléchissement du myocarde ou encore si les complexes ventriculaires prennent sur les tracés un aspect anormal.

Le praticien, en présence d'un état fibrillatoire, n'a qu'une question à résoudre : celle de la valeur fonctionnelle du cœur.

Si le cœur fléchit, traiter l'hyposystolie par les prescriptions hygiéno-diététiques habituelles conjugées à la digitale, particulièrement indiquée dans la fibrillation auriculaire, à condition qu'il n'y ait pas de block de branche. En cas de block,

remplacer la digitale par l'ouabaïne, beaucoup moins offensive pour la conduction.

Si le cœur ne fléchit pas, limiter le champ de l'activité, sans trop le réduire, prescrire un régime de réduction et surveiller. En l'absence de moyens de contrôle, ne pas prescrire de quinine ; il vaut mieux laisser fibriller le malade, *primum non nocere.*

(A Pruche. La fibrillation auriculaire. *Paris Médical*, 1er mai 1937).

Dans l'athérome chronique il est banal de voir se succéder à un intervalle de quelques années des manifestations athéromateuses dans des territoires artériels bien distincts.

L'angine de poitrine évolue souvent par poussées, du fait que sur un fond d'athérome coronarien chronique se greffent des poussées aiguës athéromateuses, dont certaines spécialement intenses peuvent entraîner un infarctus du myocarde.

Il existe des poussées aiguës de polyathéromatose se manifestant par des atteintes athéromateuses multiples, se succédant à brève échance (une à trois semaines), dans divers territoires artériels éloignés les uns des autres.

Cette polyathéromotose aiguë est vraisemblablement due à une brutale exacerbation du processus autotoxique qui est à l'origine de l'athérome (dyscrasie artérielle de l'âge critique puis de la vieillesse).

(C. Lian et F. Siguier. Les poussées aiguës de polyathéromatose. *Paris Médical*, 1er mai 1937).

Les modifications du métabolisme glucidique sont constantes au cours de l'urémie ;

Conséquence indirecte de l'imperméabilité rénale, elles paraissent traduire les diverses phases de la réaction de l'organisme à l'égard de l'intoxication azotée ;

Le foie et ses réserves glycogéniques prennent une part fondamentale dans les modifications du métabolisme glucidique, qu'il est impossible d'interpréter sans tenir compte de l'étape hépatique ;

Aussi l'administration de solutions glucosées pour reconstituer les réserves sucrées, l'opothérapie hépatique pour stimuler les fonctions uréopoïétique et antitoxique du foie nous paraissent être la sanction thérapeutique que permet d'entrevoir cette étude.

(A. Rubens-Duval et P. Barbier. — Les troubles du métabolisme glucidique au cours de l'urémie. *Le Bulletin Médical*, 1er mai 1937).

Varia

Les abus de la dichotomie ne datent pas du XXe siècle ; bien avant de très grands chirurgiens avaient fait de cette pratique leur règle.

Ne nous faisons, nous médecins, ni meilleurs, ni plus mauvais que les confrères qui nous ont précédés.

De tous temps, il y a eu des abus, de tous temps il y a eu des médecins marrons et, si les contrôles qu'exige l'application des lois sociales, si la multiplicité prodigieuse des interventions chirurgicales, le développement de la presse mettent ces abus plus en relief et excitent davantage contre nous la malignité publique, cela ne veut nullement dire qu'il y a parmi nous depuis peu un véritable fléchissement de la moralité professionnelle. Sans doute, depuis la guerre, nous assistons à une évolution sociale, à un désiquilibre économique qui bouleversent les esprits et troublent les consciences, mais nous pouvons affirmer que si le Corps médical, subit ces pertubations comme toutes les autres professions, c'est sans doute chez lui que la moralité est la moins en baisse.

(J. Noir. — Y a t-il réellement fléchissement de la moralité professionnelle à notre époque ? Autres temps, mêmes mœurs. *Le Concours Médical*, 9 mai 1937).

Echos et Glanures

La mort de Jean Charcot. — *M. Albert Monnier vient de consacrer sa thèse (Paris-1937) à la Vie et l'Œuvre de Jean Charcot. En voici le passage où il relate le drame du 16 septembre :*

« Revenant d'Angmagssalik, l'expédition 1936 s'était arrêtée à Reykjavik ; de là elle devait rentrer en France après être passée au Danemark.

« A Copenhague, de grandes fêtes étaient préparées en l'honneur de son chef qui devait recevoir le titre de membre d'honneur de la Société royale de géographie.

« Il savait qu'ensuite, sa famille l'attendait en Bretagne, à Saint-Servan. Il partait le cœur en fête.

« Le 15 septembre, à 13 heures, le « Pourquoi-Pas ? » appareille de Reykjavik, mais vers 16 heures le vent fraîchit, le baromètre descend brutalement.

« L'officier des équipages le Coniat qui dirige la manœuvre donne l'ordre de virer de bord, pour rentrer au port.

« La tempête augmente, la nuit vient — pendant toute cette nuit, le navire lutte contre les vagues de toute la force de sa machine, il essaie de leur tenir tête — mais il est déporté et dépasse Reykjavik.

« Puis un coup de vent plus violent abat la flèche d'artimon, brisant l'antenne de T. S. F. Le « Pourquoi-Pas ? » est seul désormais, séparé du monde. Aucun aide ne peut plus lui venir.

« Au petit jour blafard, après la nuit d'épouvante, le navire talonne sur des brisants, la chaudière « fuse ». Dès lors, les événements se précipitent : sans propulsion, sans vitesse, le « Pourquoi-Pas ? » n'est plus qu'une épave.

« Les chaloupes ont été mises à la mer. Elles sont arrachées avant d'avoir pu flotter.

« A 5 h. 45 le navire s'échoue à nouveau, donne de la bande et coule par l'arrière.

« Sur la côte 22 cadavres, dont celui du commandant, ont été rejetés ; 18 ont disparu.

« Seul, le maître timonier Le Gonidec, miraculeusement sauvé, devait être porté à la côte et recueilli vivant, il a raconté sa dernière vision :

« Trois hommes sont debout sur la passerelle balayée par les lames : Le commandant Charcot, l'officier des équipages le Coniat, le pilote Floury. Trois hommes prêts à mourir ; ils n'ont pas mis leurs ceintures. Le commandant n'a pas enlevé ses bottes. Il a simplement murmuré, pensant à ceux qui vont mourir « Oh ! les pauvres enfants ! ».

« Ainsi disparaissait avec son bâtiment, au terme de leur vingt-septième campagne, le commandant Jean-Baptiste Charcot, mort en marin, selon les vieilles traditions d'honneur de toutes les marines. »

Le chirurgien de Paul Bourget. — *Extrait de* Aux Ecoutes (15 mai 1937) :

Le Tribunal vient de rendre son jugement dans le procès intenté par le Professeur Maurice Chevassu aux héritiers de Paul Bourguet. Il donne gain de cause à celui qui, pendant neuf ans, entoura de ses soins le célèbre écrivain et parvint à prolonger son existence jusqu'à l'âge de 84 ans. Il déboute dans toutes leurs demandes les héritiers.

Et c'est à une somme de 85.000 francs que les magistrats ont fixé le montant des honoraires.

Après les obsèque de M. Paul Bourguet, le Professeur Chevassu attendit en vain une visite de remerciements, un témoignage de reconnaissance, un souvenir quelconque de lointains héritiers sur lesquels, à la surprise de tous ceux qui appro-

chaient Paul Bourget, retombait cet héritage. C'est alors que le professeur se décida à envoyer au notaire chargé de la succession sa note d'honoraires. Elle resta sans réponse jusqu'au jour où il reçut, par l'entremise d'un avoué, un libellé conçu en termes qu'il jugea inadmissibles et qui se terminait ainsi : « Je considère que tous apaisements lui seraient donnés par le versement d'une somme forfaitaire de 40.000 francs qui représenterait tout ce qui aurait pu lui être dû. Bien entendu, cette proposition ne serait pas maintenue, si elle n'était pas acceptée purement et simplement. »

A cet ultimatum étrange, le Professeur Chevassu, fit la réponse suivante, qu'il déposa chez l'avoué le 20 mars 1936 :

« Si, à la fin du mois, les héritiers du regretté Paul Bourget n'ont pas versé intégralement la totalité de ma note d'honoraires, je serai au regret d'être obligé d'en demander le règlement à la justice française. »

Les héritiers n'ayant rien fait, on plaida.

L'avocat du général Daille a épluché par le menu les cinq cent treize consultations que le Docteur Chevassu avait données à son célèbre client et tira argument de deux coïncidences que nous avons signalées et sur lesquelles le Professeur Chevassu a répondu :

« Pendant l'été 1935, j'étais parvenu à rendre à M. Paul Bourget une santé qui nous avait laissé l'espoir de le conserver longtemps encore. A l'agréable surprise de ses amis, il avait pu regagner Chantilly pour y passer ses vacances comme il le faisait chaque année. Mais il avait besoin d'une surveillance assidue et un infirmier ne le quittait guère. Tous les quinze jours environ, je venais à Chantilly m'assurer que tout allait bien et pratiquer une petite intervention indispensable. Ayant dû quitter Paris au début d'août, il avait fallu que j'envoie mon assistant à Chantilly, le 17 août, pour me remplacer. A la fin d'août, montant des Landes dans le Jura, je repassai par Paris essentiellement pour pouvoir aller à Chantilly donner moi-même à mon convalescent les soins indispensables. Mon assistant retourna à son tour à Chantilly, le 13 septembre. Rentré à Paris, j'y retournai dès le 28.

« C'est ma visite du 31 août que l'avocat adverse a eu le mauvais goût, pour ne pas dire plus, de présenter comme motivée par un goûter chez le conservateur de Chantilly, alors que le charmant M. Malo m'avait invité à profiter de mon passage à Chantilly pour aller admirer sa rétrospective de Clouet. Ceci ne change rien, je pense, au dévouement dont je crois avoir fait preuve en la circonstance. »

Le Tribunal, d'ailleurs, dans un de ses attendus, a fait le sort qu'elles méritent aux assertions du défenseur des héritiers de Paul Bourget :

« Attendu, dit-il textuellement, qu'on ne saurait, sans mettre en cause la science ou la conscience d'un praticien d'une notoriété certaine et restée incontestée des défendeurs, critiquer ou rechercher l'utilité des cinq cent treize visites dont il s'agit, non plus que de l'opération précitée ... ».

Schéma d'une organisation sociale dirigée. — *Dans la* Revue de Paris (15 mai 1937), *un article du Docteur Jean Albert Weil, intitulé :* L'hygiene sociale dirigée. *En voici un extrait :*

Il faut établir en France un budget unique de l'hygiène et de la santé publique. Le ministère de l'Hygiène et de la Santé publique aura la haute main sur tous les établissements officiels sanitaires et hospitaliers du pays, sur tous les services d'hygiène et de prophylaxie sociale. Il aura le contrôle des sociétés et entreprises privées concourant à l'hygiène sociale.

Les départements et les municipalités n'auront plus de budget autonome affecté à l'hygiène et à l'assistance publique.

Le budget général de l'hygiène et de santé publique sera alimenté :

1° Par des sommes fournies par les départements ou les communes, égales ou supérieures aux sommes affectées actuellement par ces organismes à l'hygiène et à l'assistance publique.

L'évaluation de ces contributions départementales et communales sera déterminée en fonction des besoins et des ressources de la région ou de la localité ;

2° Par les excès de recettes produits par les revenus des Assurances sociales, si excès de recettes il y a et si les Caisses n'e m ploient pas déjà cet excédent à l'augmentation de leurs prestations.

3° Par les sommes affectées actuellement par l'Etat au budget général de l'hygiène et de la salubrité publique en France et à l'Assistance publique (droits des pauvres, etc., Paris Mutuel, etc.). Les *bureaux dits de bienfaisance seront supprimés* ;

4° Par les revenus des institutions sanitaires et hospitalières de l'Etat, comportant des pensionnaires payants.

Ce budget général d'hygiène publique, n'exagéra, en somme que peu de ressources nouvelles. Il se bornera le plus souvent à utiliser les sommes affectées déjà actuellement à l'hygiène et à l'Assistance publique.

Un bilan général des ressources sanitaires et hospitalières du pays sera établi par des commissions interdépartementales temporaires dont les membres seront nommés directement par le ministre. Ces Commissions exerceront leur contrôle sur un certain nombre de départements groupés en région. Les membres de ces Commissions seront choisis parmi les professeurs de Faculté ou d'Ecole de médecine, le médecins des hôpitaux des villes de Faculté, nommés au concours, ou des médecins nantis des titres jugés suffisants (internat des hôpitaux d'une ville de Faculté, titres scientifiques), des médecins inspecteurs d'hygiène des fonctionnaires du ministère des Finances et de la Santé publique. Les préfets des départements, qui pourront temporairement déléguer leurs fonctions aux sous-préfets, et des représentants des Caisses d'assurances et de la Mutualité, et des œuvres privées d'hyiène sociale, en seront également membres.

Ces Commissions jugeront de la valeur, des diverses institutions existantes qu'elles classeront en utilisables telles quelles, en utilisables après amélioration, en inutilisables ou inutiles comme faisant double emploi avec des formations similaires.

Elles se rendront compte des besoins propres à chaque région et noteront les réformes qu'il conviendrait d'introduire et les institutions qu'il serait opportun de créer.

Les rapports établis par les diverses Commissions de contrôle seront centralisés et confrontés à Paris dans les services du ministère de la Santé publique. Des tableaux généraux et des cartes seront établis permettant de se rendre compte rapidement des besoins réciproques des diverses régions du pays. Ces tableaux et ces cartes seront ultérieurement soigneusement tenus à jour.

Les Commissions de contrôle seront dissoutes une fois leur mission remplie. Forts des données fournies par les rapports des Commissions de contrôle, le ministre et ses conseillers établiront un plan général d'équipement sanitaire du pays. Ce plan sera réalisé par tranches établies à l'avance *et selon les disponibilités du budget général de la santé publique.*

Par ailleurs, une administration sévère des établissements et organisations existant déjà sera instituée, permettant de réaliser les économies indispensables. Le ministre de la Santé publique aura la haute main sur l'administration des hôpitaux et des organisations d'hygiène sociale.

Une école d'administrateurs et de directeurs d'hôpitaux sera créée, qui aura pour mission de former un corps spécialisé d'agents administratifs des hôpitaux, possédant leur hiérarchie propre : ces agents seront, de par leur formation, parfaitement au courant de la science hospitalière moderne.

En attendant que cette école soit créée et puisse donner ses fruits, le personnel administratif actuel de tous les établissements sanitaires du territoire sera soumis directement à l'autorité du ministre ou de ses mandants.

Un minimum de connaissances et de titres universitaires seront exigés des futurs candidats aux postes de directeurs et administrateurs d'hôpitaux, sanatoria, etc... Toutes les nominations seront faites par le ministère, après concours sur titres, suivant des modalités à régler.

Le Corps médical des différentes formations sanitaires du territoire sera nommé au concours, soit concours sur titres, soit sur épreuves. Ces concours devront être ouverts à tous les docteurs en médecine français, quel que soit le lieu de leur résidence. Les jurys, libres de toutes attaches avec les Corps médicaux et

administratifs des localités ou des postes seront mis au concours, se réuniront dans des villes éloignées de ces localités (1).

La composition des jurys sera à déterminer ultérieurement. Elle devra comporter des professeurs de Faculté, etc.

Les Commissions administratives d'hospices seront supprimées.

La France sera subdivisée en régions sanitaires englobant plusieurs départements.

A la tête de la région sera un intendant sanitaire nommé par le ministre et ayant la haute main sur tous les établissements sanitaires et d'hygiène sociale de la région, ou dépendant de la région, quoique établis en dehors d'elle (par exemple, de l'intendance sanitaire du Languedoc dépendraient les sanatoria languedociens établis dans les Alpes, etc.). L'intendant sera assisté d'un Conseil sanitaire composé des doyens ou directeurs des Facultés ou Ecoles de médecine, si les régions en comportent, d'un ou plusieurs délégués des médecins de la région, d'un ou plusieurs délégués des Caisses d'assurances et de la Mutualité, d'un ou plusieurs délégués des Conseils généraux des départements formant la région. Ce Conseil n'aura qu'un pouvoir consultatif. L'intendant aura seul plein pouvoir. Lui seul, avec l'approbation du ministre, aura à prendre les décisions nécessaires.

A chaque région sanitaire sera répartie une tranche du budget général de la Santé publique, proportionnelle d'une part aux versements fournis par chaque région, d'autre part, aux besoins propres à chaque région.

Les intendants sanitaires formeront ultérieurement un Corps administratif spécial. Une section supérieure spéciale de préparation à l'Intendance sanitaire sera créée à l'Ecole des administrateurs d'hôpitaux.

L'intendant pourra avoir sous ses ordres des sous-intendants. Le ministre qui sera chef suprême de l'Intendance sanitaire du territoire et des colonies, sera assisté d'un Conseil supérieur qui comprendra tous les intendants du territoire (ils seront relativement peu nombreux), certains membres de l'Académie de médecine, le directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique, qui dépendrait non plus du ministre de l'Intérieur, mais du ministre de la Santé publique. Le Conseil supérieur pourrait trouver quelques-uns de ses éléments parmi les membres de l'actuel « Conseil supérieur d'hygiène publique de France ». Mais les membres de cette dernière assemblée sont infiniment trop nombreux.

Le ministre, assisté ou non de son Conseil, qui se réunirait au moins une fois par mois à Paris, règlera toutes les questions d'ordre général : rapports réciproques entre les diverses régions, travaux à entreprendre, etc... Le ministre sera, d'autre part, en rapport constant avec les intendants sanitaires.

Le Conseil supérieur aura un pouvoir consultatif. Il appartiendra au ministre de trancher en dernier ressort.

Les questions d'ordre général les plus importantes seront discutées au Conseil des ministres.

Elles seront résolues après avis du chef du Gouvernement et, si nécessaire, après vote des assemblées parlementaires, ou autres.

Tel est brièvement, et très incomplètement ébauché, le schéma d'une organisation « d'hygiène sociale dirigée ».

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le numéro : 5 francs. Abonnement : un an, France : 70 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du numéro du 30 avril 1937 : A. MAZON : Pouchkine (1837-1937). — P. LACHIEZE-REY : Les idées morales, sociales et politiques de Platon (III) : Rôle et vérité de la Justice. — A. FEUGERE : Le mouvement religieux dans la littérature du XVII[e] siècle (VI) : Les « Pensées » de Pascal. — P. JOURDA : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (IX) : La Grèce et l'Islam des romantiques. — Ch. LALO : L'art et la vie (IV) : L'idéalisme et l'idéalisation. — J. COUSIN : Nature et mission du poète dans la poésie latine (V) : Catulle. — E. KOHLER : L'art dramatique de Lope de Vega (VI) : La comedia de capa y espada. — J. FIDAO-JUSTINIANI : Variété : Discours sur la raison classique.

Sommaire du n° du 15 mai 1937 : H. Wallon : Psychologie et éducation de l'enfance. — G. Bianquis : La Comédie viennoise : Raimund et Nestroy. — P. Lachièze-Rey : Les idées morales, sociales et politiques de Platon (IV) : Hiérarchie des fonctions des organismes et des techniques. La technique d'usage suprême et l'idée d'âme. — J. Alazard : L'art de Giotto (II) : Les fresques de la basilique supérieure d'Assise. — A. Feugère : Le mouvement religieux dans la littérature du XVII[e] siècle (VII). La prédiction de Bossuet. — J. Tourneur-Aumont : Duguesclin précurseur (III) : Le brigandage. — P. Jourda : L'exotisme dans la littérature française depuis le romantisme (XX) : La Russie. — J. E. Fidao Justiniani : Discours sur la raison classique (III) : Quelques conditions du succès.

(1) On pourrait même envisager la création d'un concours de médicat des hôpitaux de province.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BERARD (Marcel. — **Les méthodes chirurgicales du traitement de l'angine de poitrine. Evolution et résultats.** 390 p. Br. : 60 fr. (*Masson*).

CHEVALLIER (Dr P.). — **Précancer et micropulsation.** 192 p. Br. : 12 fr. (*Maloine*).

DEBRAY (Dr Ch.). — **La pratique de la gastroscopie dans le diagnostic et la conduite du traitement de l'ulcère de l'estomac.** 210 p. Br. : 40 fr. (*Maloine*).

DEGRAIS et BELLOT. — **Traité pratique de curiethérapie.** Vol. I. **Généralités sur le radium et sur la curiethérapie du cancer.** 160 p. Br. : 36 fr. (*Baillière*).

LENORMANT, MENEGAUX, J. PATEL, SENÉQUE, WILMOTH. — **Précis de diagnostic chirurgical**, T. I. : **Généralités, tête et cou.** Coll. Précis médicaux, 764 p. ; Cart. : 105 fr. (*Masson*).

LENORMANT, MENEGAUX, J. PATEL, SENEQUE, WILMOTH. — **Précis de diagnostic chirurgical.** T. II. **Thorax, sein, paroi abdominale, organes génitaux externes.** Coll. Précis médicaux. 490 p. Cart. : 70 fr. (*Masson*).

LENORMANT, MENEGAUX, J. PATEL, SENEQUE, WILMOTH. — **Précis de diagnostic chirurgical.** T. III. **Abdomen et pelvis.** Coll. Précis médicaux, 964 p. Cart. 125 fr. (*Masson*).

LENORMANT, MENEGAUX, PATEL (J.) SENEQUE, WILMOTH. — **Précis de diagnostic chirurgical.** T. IV. **membres.** 630 p. Cart. : 90 fr. (*Masson*).

NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH. — **Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire.** Bibl. de thérapeutique Carnot et Harvier, 80 p. Cart. : 35 fr. (*Baillière*).

PINCHENZON. — **La dérivation auriculaire S. 5 et la trémulation auriculaire.** 80 p. Br. : 20 fr. (*Baillière*).

Planches anatomiques de l'homme, en couleurs. 8 pl. Br. ch. : 35 fr. (*Maloine*).

PRUCHE (Dr A.). — **La cardiologie du praticien.** 2e vol. **Les troubles du rythme du cœur. Notions élémentaires d'électrocardiographie.** 151 p. Br. : 36 fr. (*Baillière*).

RATHERY. — **Néphropathies et néphrites.** (Leçons cliniques), 356 p. Br. : 60 fr. (*Baillière*).

ROUVIÈRE (H.) et VALETTE (G.). — **Physiologie du système lymphatique. Formation de la lymphe, circulation lymphatique normale et pathologique.** 160 p. Br. : 45 fr. (*Masson*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville LE NUMÉRO : 50 Centimes N° 23 — 5 JUIN 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

A propos du Congrès de l'Union thérapeutique. — Une légère erreur s'est glissée dans notre compte rendu du Congrès de Berne. Ce Congrès organisé sous les auspices de l'Union internationale de thérapeutique dont le Prof. Loeper est président, a été présidé par le Prof. Burgi, de Berne, dont on connaît les remarquables travaux de pharmacodynamie. Il comptait plus de 400 membres appartenant à quinze nations différentes, parmi lesquels on notait le Prof. von Bergmann, de Berlin ; Piogge, de Francfort ; Pezzi, de Milan ; Piazza, de Palerme ; Glaesner, de Vienne ; Laubry, de Paris ; Leriche, de Strasbourg ; Roch, Beckel, de Genève ; Zunz, de Bruxelles et d'autres encore qu'on nous excusera de ne pas citer. De remarquables rapports ont été présentés sur l'artério-sclérose, son traitement et sa pathogénie ; des communications nombreuses ont été faites sur des sujets variés dans des sections présidées par Loeper, Tiffeneau, de Quervain. Le charme et la cordialité des réceptions auxquelles assistaient le Président de la Confédération et l'Ambassadeur de France ont montré que la Suisse, toujours si accueillante, restait digne de sa vieille réputation.

Le prochain Congrès aura lieu à Bruxelles, sans doute en 1940.

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 8 juin. — M. Donnève : Contribution à l'étude du syndrome toxique des brûlures. — M. Mothay : Contribution à l'étude des péritonites chroniques encapsulantes. — M. Lieber : Etude critique du traitement du psoriasis. — Mme Morhange : L'œsophagotomie extra-muqueuse associée à la résection de la poche comme traitement des diverticules de pulsion de l'hypopharynx. — M. Brunel : Les tumeurs intra-bulbaires (Etude clinique). — M. Kajana : Transformation spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuse (Examen radiologique). — M. Lefrançois : Contribution à l'étude de la péritonite encapsulante. — M. Bouchara : Etude expérimentale et clinique d'un nouveau sympathomimétique. — M. Coupin : Contribution à l'étude des formes cardiaques aiguës de l'enfant. — M. Wiehn : Du traitement des grandes cavités pleurales résiduelles.

9 juin. — M. Blawat : Les troubles du métabolisme des glucides dans l'épilepsie essentielle. Rôle de l'hypoglycémie. — M. Labarrère : Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. Lebrun : Contribution à l'étude de l'encéphalopathie addisonienne. — Mlle Kuypers : Contribution à l'étude clinique de la forme cérébrale de l'endocardite maligne lente. — M. Mondjallal : Les bactériémies à bacillus ramosus.

11 juin. — M. Delinotte : La résection tibio-tarsienne totale. Indications. Technique. Résultats.

12 juin. — M. Dreyfus : Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques hormones dans la pigmentation. — M. Fico : Contribution à l'étude du kala-azar infantile en Albanie. — M. Mihalovici : Contribution à l'étude des méningites pneumocoques. — M. Ocampo-Béraud : La lutte contre le paludisme en Italie. — M. Ta Van Du : Un nouveau traitement de la lèpre en Indo-Chine. — M. Boivin : Etude de l'exophtalmie basedowienne.

— M. le Docteur M. Michalowicz, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université Joseph Pilsudski de Varsovie, fera deux conférences :

1° Le mercredi 9 juin, à 10 h. 30, à la clinique de M. le Professeur Nobécourt, à l'hôpital des Enfants-Malades : Colite des petits enfants ;

2° Le vendredi 11 juin, à 11 heures, à la clinique de M. le Professeur Lereboullet, à l'hospice des Enfants-Assistés : Bases de la classification des maladies des nourrissons dites affections gastro-intestinales.

Cours d'hygiène industrielle, sous la direction des Professeurs Balthazard et Tanon. (Fondation de l'Association d'hygiène industrielle du Comité « Biologia »). — M. F. Heim de Balsac commencera le cours le mardi 8 juin 1937, à 17 heures (salle de thèses, n° 2).

De façon à permettre aux médecins exerçant en province, un séjour aussi réduit que possible, les enseignements seront groupés chaque jour, les matins et après-midi, pour se terminer au plus tard le 25 juin 1937.

Sujet du cours. — *Hygiène industrielle générale. Applications aux principales industries.* — Aspects particuliers dans le milieu industriel des questions de salubrité générale. — Les facteurs nocifs propres au milieu industriel : facteurs infectieux et parasitaires, physiques, chimiques, poisons industriels, poussières. — Dispositifs généraux et individuels de préservation ; leur valeur hygiénique. — Les modes de travail et l'hygiène. Travail devant les feux, à l'humidité, sous l'eau, dans l'air comprimé, en milieu souterrain, en milieu irrespirable. — Surveillance médicale des ateliers et usines. Prophylaxie des maladies professionnelles. — Le moteur humain, sa conduite, son surmenage. — Nuisances extérieures de l'industrie : gaz et vapeurs, fumées, poussières, pollution des eaux. Dispositifs de suppression et d'atténuation. — Conditions et améliorations hygiéniques du travail dans les diverses industries.

Une affiche spéciale indiquera les leçons complémentaires qui seront professées par MM. les Docteur Agasse-Lafont, Prof. Balthazard, Prof. Carnot, Docteur Feil, Prof. Gougerot, Docteur Haas, Prof. Laugier, Prof. Mauclaire, Docteur Rist, Prof. Roussy, Prof. Strohl, Prof. Terrien, Prof. Tissot, ainsi que les exercices pratiques : démonstrations et manipulations, visites d'usines, rédactions de rapports.

Les auditeurs qui désirent suivre les exercices pratiques doivent s'inscrire au secrétariat. Aucun droit d'inscription n'est exigé pour le cours.

Un certificat d'hygiène industrielle, exigé pour l'obtention du diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail, sera délivré, à la fin du cours, aux auditeurs qui auront satisfait à l'examen final.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 28 juin 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle de la Société aura lieu le samedi 5 juin 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (foyer des professeurs).

Ordre du jour. — *Communications* : Docteur A. Souques : La douleur dans les livres hippocratiques. — Docteur G. Barraud : Galien et l'éducation physique. — Docteur I. Simon :

La médecine légale dans la Bible et le Talmud (*Suite et fin*). — M. Fosseyeux : De la conservation des cœurs sous l'ancien régime.

Lyon. — Le Conseil de la Faculté a désigné.

— M. le Docteur Maurice Favre, professeur d'anatomie pathologique, pour succéder, en la chaire de clinique dermatologique, à M. le Professeur Nicolas.

— M. le Docteur Maurice Patel, professeur de chirurgie opératoire, pour succéder à M. le Professeur Eugène Villard, en la chaire de clinique gynécologique.

— M. le Docteur Jules Froment, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Paviot, à la chaire de clinique médicale.

Ces transferts effectués il restera quatre chaires à pourvoir, y compris celle de clinique chirurgicale infantile laissée vacante par M. José-Josserand.

Bordeaux. — *Semaine de révision de la tuberculose.* — Une semaine de révision des notions nouvelles en phtisiologie aura lieu dans le service du Professeur Leuret, au Sanatorium Arnozan du 5 au 10 juillet tous les matins de 9 heures à midi, sous la direction du Professeur Leuret, avec la collaboration de MM. Loubat, Piéchaud, Despons et Wangermez, Secousse, Laumonier, Nancel-Pénard et Bentegeat.

Ce cours de perfectionnement est destiné aux médecins praticiens et aux étudiants de médecine arrivés à la fin de leurs études, désireux de faire une révision rapide des progrès réalisés en phtisiologie.

Des moyens de transport seront organisés pour prendre les auditeurs le matin à Bordeaux et les y ramener chaque jour avant midi.

Bureau d'Hygiène de Lille. — L'emploi de directeur du bureau municipal d'hygiène de la Ville de Lille est présentement vacant.

Le titulaire de l'emploi sera nommé par le ministre de la Santé publique, celui-ci choisissant sur une liste de candidats présentée par le maire ; les candidats devant, par ailleurs, remplir les conditions prévues par le décret du 30 octobre 1905 et la circulaire ministérielle du 15 avril 1937

En attendant qu'il soit procédé à cette nomination, la Ville de Lille a décidé, en accord avec l'autorité supérieure, de procéder à la désignation d'un directeur intérimaire qui pourra, le cas échéant, être agréé ultérieurement à titre définitif par le ministre de la Santé publique.

Les candidats à ce poste pourront, dans un délai de vingt jours à partir du 1er juin 1937, adresser leur demande à M. le maire de Lille. Ils devront justifier de leur qualité de Français, être âgés de 35 ans au plus au 1er juillet 1937, avoir satisfait aux obligations du service militaire en temps de paix ou en avoir été définitivement dispensés.

Ils doivent en outre être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et de l'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

A l'appui de leur demande, les candidats devront : produire une copie certifiée conforme de ces diplômes, leur acte de naissance ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.

Le directeur intérimaire recevra une indemnité mensuelle de trois mille francs, non soumise à retenue pour le service des pensions. Il sera soumis aux obligations horaires imposées au personnel municipal. Il sera autorisé, pendant la durée de son intérim, à faire de la clientèle en dehors des heures de service : cette faculté devant cesser dès la nomination éventuelle à titre définitif.

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un interne titulaire et de deux internes provisoires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 2 août 1937, à 10 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice.

Service de Santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin-colonel Jeandin, de l'hôp. Legouest, Metz, sous-dir. de la 3e région.

Les médecins commandants Clot, du 21e d'inf., à l'hosp. mixte de Caen ; Potier, du 131e d'inf., à l'hôp. de Bourges ; Prost, du 12e d'art., au 131e d'inf. ; Rougelet, des territ. du Sud Tunisien, au 12e d'art.

Les médecins capitaines : Carrié, du 33e d'art., aux troupes de Tunisie : Dosdat, du 10e chasseurs à pied, aux troupes du Levant ; Valla, de l'Ecole d'applic. d'art., aux troupes de Tunisie ; Pietri, des troupes du Maroc, au 13e d'inf. ; Gossart, du 182e d'art., au 10e chasseurs à pied.

Les médecins lieutenants : Terver, du 6e dragons, à l'hôp. du camp de Mourmelon ; Lupeyron, du 28e génie, au 23e tir. algériens ; Chateau, du 23e tir. algériens, à l'Ecole d'applic. d'art. ; Houot, du 158e d'inf., aux troupes du Levant.

Association générale des Médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association vient d'avoir lieu sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1936 en secours à la famille médicale plus d'un million de francs.

Après le rapport du Docteur Paul Lutaud, secrétaire générale l'assemblée étudia les vœux émis au cours de l'année par les sociétés locales, puis suivit une discussion au sujet du projet de création d'un office de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. Cet organisme nouveau étant en principe limité aux Sociétés s'occupant à un titre quelconque de l'aide matérielle et morale à la famille médicale.

MM. Turlais, d'Angers et O'Followell, de Paris ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet présidé par M. le Prof. Olmer, de Marseille, a réuni les présidents et délégués des associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président, M. Dibos, président d'honneur de la Confédération des Syndicats médicaux français, M. Tissier-Guy, président du Syndicat des médecins de la Seine et M. Olmer, président de la Société des médecins des Bouches-du-Rhône. Tous ces discours ont été chaleureusement applaudis.

Ligue française contre le cancer. — A l'occasion de l'Exposition de 1937, le prix Paul Appell et la médaille d'or de la Renaissance française, destinés à récompenser l'ouvrage ayant apporté au cours de ces dernières années la contribution la plus efficace à la lutte contre les fléaux sociaux, ont été attribués à la Ligue française contre le cancer, pour « l'Index analyticus cancériologiæ », créé il y a onze ans sous la direction de MM. Forgue, de Nobele, Hartmann, Rogaud et Roussy.

Les lauréats du prix Paul Appell sont MM. Lacassagne et Lavedan, secrétaires généraux de l'Index.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour une place de pharmacien en chef des asiles publics d'alié-

nés de la Seine ou de l'hospice Paul-Brousse s'ouvrira à Paris, à l'asile-clinique, 1, rue Cabanis, le 10 juin 1937.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 15 au 27 mai inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre : néanmoins l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Le candidat reçu entrera en fonctions le 1er juillet 1937.

Les dépenses de l'Assistance médicale. — Le sous-secrétaire d'Etat à la Santé publique, M. Dézarnaulds, a informé la Commission des Finances qu'elle devrait voter des crédits supplémentaires en raison de l'application des 10 heures à l'Assistance médicale gratuite.

M. Schumann, député de Metz, a voulu savoir à quel chiffre il fallait fixer ce supplément de dépenses. Il a fait le calcul.

Pour cette assistance médicale, il est prévu au budget 35 millions. Ce service exigera désormais 111 millions. C'est du 300 pour 100. (*Aux Ecoutes*).

Hospices civils de Versailles. — *Concours pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires, six provisoires)* les lundi 5 juillet et mardi 6 juillet 1937. — La Commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que le lundi 5 juillet 1937, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de douze internes en médecine (six titulaires et six provisoires).

Les deux premiers internes titulaires prendront leurs fonctions aussitôt après leur nomination. Les trois suivants seront également appelés à assurer immédiatement un service en second jusqu'après le départ de titulaires en fonctions. Quant au dernier interne titulaire et aux internes provisoires, ils seront appelés au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixé à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années : l'autorisation de l'Administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'Administration, après avis favorable des chefs de service. Les internes en fonctions (titulaires et provisoires) sont nourris, logés, chauffés et éclairés ; les internes titulaires et les internes provisoires qui en remplissent les fonctions reçoivent, en outre, un traitement annuel fixé à 5.000 francs pour les deux premières années, et à 5.500 francs pour les années suivantes. Les internes qui assurent un service en second touchent un traitement annuel de 2.500 francs.

Un prix annuel de 100 francs (fondation de Bizy) et deux prix biennaux, l'un de 600 francs (fondation Despagne), et l'autre de 680 francs (prix du Docteur de Fourmestraux), ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine peut être fait à l'hôpital de Versailles, en qualité d'interne nommé au concours.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 22 juin 1937.

Tout candidat doit être de nationalité française ou naturalisé Français. Il devra justifier qu'il a subi avec succès les deux premiers examens (anatomie et physiologie) et produire :

1° Un extrait de son acte de naissance ;

2° Un certificat de bonnes vie et mœurs récemment délivré ;

3° Sa feuille d'inscription à une Ecole ou Faculté de médecine française ;

4° Justifications de sa situation militaire ;

5° L'engagement par écrit de donner, s'il est nommé interne, sa démission des postes qu'il peut occuper soit dans les hôpitaux de Paris, soit dans les hôpitaux de province.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par la présente affiche pour la clôture du registre ne sera point accueillie.

Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements des hospices de Versailles et sera réputé de plein droit s'être engagé, au cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'Administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

ÉPREUVES. — Les épreuves pour ce concours sont réglées comme suit :

1° Une épreuve écrite, en deux heures, sur une question d'anatomie et sur une question de médecine, chirurgie ou accouchement. Cette épreuve sera faite la première et sera éliminatoire ;

2° L'examen d'un malade (un malade pour chaque candidat), sous la surveillance et la responsabilité du jury :

A cette épreuve, le candidat aura quinze minutes pour examiner le malade, cinq minutes pour réfléchir, et dix minutes pour faire l'exposé des symptômes observés et donner son opinion motivée sur le diagnostic, le pronostic et le traitement du malade examiné ;

3° Une épreuve pratique consistant dans l'exécution, avec explications, de petites opérations ou applications d'appareils.

Chaque candidat tirera au sort une des questions mises dans l'urne. Il consacrera à cette épreuve le temps nécessaire, sans dépasser dix minutes.

Les points maxima attribués à chacune des épreuves seront : épreuve écrite, 30 points ; examen du malade, 20 points ; épreuve pratique, 10 points.

Il est d'ailleurs établi un programme limité des questions pouvant être données au concours.

SERVICE. — L'interne est spécialement attaché à une division médicale ou chirurgicale et, pour l'exécution du service, placé sous l'autorité immédiate de son chef.

Il doit faire, tous les soirs, la contre-visite de sa division.

Chaque interne, à tour de rôle, est de garde pour vingt-quatre heures.

L'interne de garde a pour mission : 1° de parer aux indications pressantes en l'absence des chefs de service ; 2° de se prononcer sur les admissions d'urgence

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, samedi après-midi, dimanches et fêtes exceptés.

Journées internationales de la Santé publique. — Ayant lieu du 1er au 10 juillet 1937, à l'occasion de l'Exposition internationale, elles seront la grande manifestation médico-sociale de l'année.

Dix sections de travail sont prévues sur un programme scientifique et social particulièrement intéressant. Les projections cinématographiques y joueront un grand rôle : un comité est spécialement créé à cet effet.

Une exposition « Art, Technique, Hygiène, Médecine » est en voie d'organisation. Des démonstrations seront faites dans les Pavillons de l'Exposition.

Avantages réservés aux congressistes : réductions sur les prix des voyages, conditions spéciales dans les hôtels, entrées gratuites à l'Exposition, participation aux fêtes de jour et de nuit, programme de fêtes, visites, réceptions, extrêmement brillant.

De plus, la présence à ces Journées des officiers des Services de Santé de l'Armée, de la Marine, des Colonies et de l'Armée de l'Air, médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'Administration sera comptée comme une période d'instruction.

Renseignements et inscriptions au secrétariat général : Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Congressistes : 100 francs. Famille des congressistes, étudiants, personnel des Œuvres médico-sociales et membres du Corps enseignant : 50 francs. (Chèques, mandats, chèques postaux au nom du Docteur Planson, trésorier, 164, rue de Courcelles, Paris (compte chèques postaux, Paris 1781-39).

Journée internationale de rhumatologie (9 octobre 1937). — La « Journée internationale » 1937 sera consacrée au sujet suivant : « Les médications radio-actives en rhumatologie ».

Séance clinique. — Une séance clinique de présentation de malades aura lieu le matin à 10 heures, à la Clinique médicale de M. le Prof. Loeper, hôpital Saint-Antoine.

Séance scientifique. — A 15 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence du Prof. Laignel-Lavastine, présentation et discussion des rapports suivants :

a) Les médications radio-actives. M. F. COSTE.

b) Emanothérapie. MM. PIÉRY, CLUZET et MILHAUD (Lyon) ;

c) Les actions radio-actives exercées par les eaux thermales et leurs dérivés, MM. EUZIÈRE, CASTAGNE (Montpellier). Communication sur les sujets.

Un banquet réunira, le soir, les membres de la journée.

Les médecins rhumatologues, radiologues, hydrologues et chirurgiens s'intéressant à cette importante question sont invités à prendre part à cette journée internationale.

Les rapports seront publiés dans la *Revue du Rhumatisme* du mois d'octobre prochain et envoyés à tous les adhérents du Congrès dans un délai suffisant avant la réunion.

Des facilités de voyage ainsi que des entrées gratuites à l'Exposition seront accordées aux membres adhérents au Congrès.

Un programme plus détaillé paraîtra dans les journaux médicaux en juillet 1937 et sera communiqué par la permanence aux médecins qui en feront la demande.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à la Permanence : 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

La croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé organise en Méditerranée orientale, du 14 août au 3 septembre, une dixième croisière dont l'itinéraire est fixé comme suit : Marseille, Corfou, Ithaque, Mistra, Sparte, Nauplie, Mycènes, Argos, Tirynthe, Corynthe, Mégare, Eleusis, Daphni, Athènes, Thèbes, Aulis, Khalkis, Volo, Mont Pélion, Skyros, Troie, Chio, Naxos, Paros, Delos, Tinos, Mykonos, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Malye, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée à titre de conférenciers, par MM. C. Bouglé, professeur à la Faculté des lettres de Paris, directeur de l'Ecole normale supérieure et Y. Béquignon, ancien secrétaire de l'Ecole française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Caen. Des lectures seront faites à bord par M. Jacques Copeau.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe), téléphone : Littré 70-55.


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique _ Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, RUE ERLANGER
PARIS-XVI°
TÉLÉPH. JASMIN 33-44

TRAVAUX ORIGINAUX

Calculs du cholédoque sans ictère

Par Emile DELANNOY et R. DEMAREZ
(de Lille)

Des constatations anatomo-pathologiques de Cruveilhier, une observation de Hanot et Gombault rapportée à la Société de Biologie en 1881, nous ont appris depuis longtemps l'existence de calculs du cholédoque sans ictère.

Leur fréquence, plus grande qu'on ne le croit généralement, présente un double intérêt : *intérêt d'ordre pathogénique*, puisqu'elle pose le problème des obstructions biliaires sans ictère ; *intérêt d'ordre chirurgical*, tant du point de vue diagnostic opératoire que du point de vue conduite à tenir.

Deux cas, que nous venons d'observer à peu près simultanément, nous ont permis d'envisager deux aspects différents de ce chapitre de pathologie. En voici d'abord les observations succinctement rapportées :

OBSERVATION I. — Lithiase vésiculaire avec calculs du cholédoque sans ictère

Mme L..., 53 ans, présente des crises intermittentes de coliques hépatiques depuis 34 ans, date du premier accouchement.

Depuis trois mois, les douleurs sont devenues continues. Elles siègent dans l'hypocondre droit et irradient vers le creux épigastrique et l'épaule droite. *Elle n'a jamais présenté d'ictère*

Au cours des crises, il se produit des vomissements très fréquents, puis les urines se foncent pour atteindre la couleur acajou classique des rétentions biliaires sans qu'apparaisse de coloration des muqueuses et des téguments.

La malade, par ailleurs très constipée, présente alors des selles blanches « comme du mastic ». Enfin, elle nous signale des poussées fébriles nocturnes.

Nous l'examinons en dehors de ses périodes de crises douloureuses, le 4 mars 1937.

C'est une femme ayant un bon état général. Elle a le fond de teint jaunâtre des hépatiques. Ses muqueuses sont normales.

A l'examen clinique, on trouve une sensibilité des plus nettes à la pression au niveau du point cystique, provoquant des douleurs irradiées.

Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes. La rate n'est pas percutable.

Examens complémentaires :

Urines : Albumine	0
Sucre	0
Sels et pigments biliaires	Néant
Urée sanguine	0,30
T. A.	17 10

Un examen radiologique effectué le 9 février 1937 avait conclu à une cholécystite lithiasique avec péribulbite et périduodénite secondaires, caractérisée par une masse calculeuse sphérique située sensiblement sous le rebord inférieur du foie et par une attraction vers la droite de la région pyloro duodénale où existent en Duo. 2 quelques festons des contours. L'évacuation gastrique est normale.

C'est donc avec le diagnostic clinique et radiologique de lithiase vésiculaire que l'on intervient le 9 mars 1937.

Sous anesthésie générale au Schleich, laparotomie médiane sus-ombilicale qui donne un jour très suffisant. La vésicule biliaire, amenée dans la brèche opératoire, est entièrement remplie par une masse calcaire à laquelle la paroi vésiculaire est adhérente. Le cystique est court, de volume normal, mais à parois très épaisses. Cholécystectomie rétrograde.

La palpation soigneuse de l'hépato-cholédoque montre des corps durs dans la portion pancréatique. Cholédocotomie. Il s'écoule une bile jaune limpide. Le cholédoque est un peu dilaté. Il est facile d'en extraire deux calculs ayant la forme et le volume d'une olive tronquée. Le cathéter passe facilement dans l'intestin.

Drainge du cholédoque. Drainage du lit vésiculaire par drain et mèches.

Suites opératoires normales. Ablation du drain le douzième jour. Guérison.

OBSERVATION II. — Calcul isolé de l'ampoule de Vater avec dilatation de la vésicule

Mme H..., 52 ans, nous est adressée par le Docteur Ryckewaert pour une lithiase biliaire.

Cette malade souffre de coliques hépatiques depuis une quinzaine d'années environ : Douleurs localisées à l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épaule et la pointe de l'omoplate. Les crises s'accompagnaient de vomissements, mais n'ont jamais été suivies de jaunisse.

Il y a trois mois, les crises de coliques hépatiques sont devenues subintrantes, état permanent de douleurs sous-costales avec poussée thermique de temps à autre ; mais, depuis six semaines, le siège des douleurs s'est déplacé et la douleur, primitivement localisée à la région vésiculaire, se fixe nettement dans la région épigastrique. L'état nauséeux est constant et la malade s'alimente à peine ; il en est résulté un amaigrissement de 8 à 9 kilogs.

Elle est constipée et les selles sont normalement colorées. Une seule fois, quatre semaines avant l'examen, les selles ont été de couleur mastic.

Les urines sont habituellement très colorées sans avoir jamais été « acajou ».

Actuellement, la malade est très maigre, a un teint jaunâtre, rappelant plus celui des cancéreux que celui des hépatiques.

La palpation montre une vésicule du volume d'une poire moyenne, sensible à la pression ; la douleur maxima correspond à la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard.

Légère sensibilité au niveau du point appendiculaire ;
L'examen du cœur et des poumons ne montre rien d'anormal ;
Tension : 11 6 (Vaquez Laubry) ;
Urines : pas d'albumine, ni de sucre ;
Réaction de Gmelin : négative ;
Réaction de Hay : positive ;
Urée sanguine : 0,28.

La radiographie ne donne aucun renseignement quant aux voies biliaires et ne montre que des déformations duodénales légères symptomatiques d'une périduodénite.

L'intervention décidée est pratiquée le 19 février 1937 sous anesthésie générale du Schleich.

Laparotomie médiane sus ombilicale qui donne un jour suffisant pour toutes les manœuvres.

Dès l'ouverture du ventre, la malade étant en lordose, nous trouvons un cholédoque énorme de deux centimètres de diamètre et une vésicule du volume d'une très grosse aubergine : la palpation de la tête du pancréas ne montre rien de particulier.

Une ponction du cholédoque permet de ramener de la bile noire qui est réservée pour l'examen bactériologique.

Le cholédoque incisé, on vide son contenu à l'aspirateur électrique ; la vésicule se vide également (350 grammes de bile) ce qui permet de constater la perméabilité parfaite du cystique et l'absence de calculs vésiculaires.

On introduit très facilement l'index dans le cholédoque et on perçoit au niveau de l'ampoule de Vater le pôle supérieur d'un gros calcul qui paraît un peu mobile et qui peut être extrait sans difficulté avec la pince à calculs.

La perméabilité de l'hépato-cholédoque est vérifiée avec soins. Drainage du cholédoque et fermeture de l'abdomen.

Le calcul du poids de 7 grammes a la forme d'un barillet, long de 23 mm., épais de 20 mm.

Examen bactériologique de la bile : Streptocoques. Entérocoques.

L'évolution post-opératoire est tout à fait normale : chute du drain le douzième jour. Amélioration rapide de l'état général. Reprise de l'appétit.

La malade sort guérie de la clinique le vingtième jour après l'opération.

De la lecture de ces observations, il ressort que le calcul du cholédoque, découverte opératoire, n'a pas présenté la même valeur anatomique dans l'un et l'autre cas :

Dans le premier, il semble bien s'agir de calculs autochtones du cholédoque : la vésicule biliaire complètement remplie par une masse calcaire compacte et homogène adhérente à sa paroi était certes exclue depuis longtemps. Il faut donc admettre que les calculs se sont développés

dans le cholédoque, peut-être autour d'un fragment calcaire détaché de la masse vésiculaire.

Dans le second, il apparaît au contraire comme d'origine vésiculaire, si l'on en croit la migration des symptômes cliniques.

L'acte chirurgical ne fut pas non plus le même chez nos deux malades : cholécystectomie pour l'une ; simple drainage de la voie biliaire principale pour l'autre. Nous verrons pourquoi.

Les calculs du cholédoque sans ictère, encore appelés formes latentes, formes frustes ou formes dissimulées (Maurice Chiray) de la lithiase cholédocienne, ont une fréquence que l'on évalue en moyenne à 4 ou 5 % de l'ensemble des cas (Vautrin, Hartmann) ce qui correspond à nos constatations personnelles. Les chiffres des auteurs allemands qui l'estiment à 20 %, et de Pauchet qui affirme qu'ils dépassent le nombre des calculs accompagnés d'ictère, nous paraissent exagérés.

La pauvreté même de leurs manifestations cliniques serait la raison de leur méconnaissance ; certains sont absolument latents. On les découvre à l'intervention ou à l'autopsie, ou exceptionnellement à la radiographie. On en est réduit à des hypothèses quant à leur fréquence réelle. Il semble bien cependant qu'il faille réserver la plus grosse part aux formes frustes.

De la triade *douleur, fièvre, ictère,* qui résume la symptomatologie habituelle des calculs du cholédoque, ne persistent que les deux premiers éléments qui se combinent différemment pour donner :

1° *Des formes fébriles et douloureuses* — Un examen attentif de ces malades permet parfois de déceler, dans les jours qui suivent des crises douloureuses ou des accès fébriles, une légère et très fugace jaunisse. C'est à de telles formes qu'il convient d'appliquer l'étiquette de « lithiase dissimulée du cholédoque » que l'on doit à Maurice Chiray et R. Degos.

2° *Des formes uniquement fébriles* caractérisées soit par de grands accès de fièvre intermittente à type palustre (Mao-Robson, Bérard et Savy, Lecène) soit par de petites élévations thermiques par poussées intermittentes et répétées. On les rencontre essentiellement chez les sujets âgés, chez les vieillards, dont les réactions, ainsi que la résistance à l'infection, sont considérablement émoussées.

3° *Des formes uniquement douloureuses,* dont les caractères ont été soigneusement analysés par P. Delbet.

De toute façon, il s'agit presque toujours d'un sujet chez lequel on peut relever une vieille histoire de dyspepsie : douleurs épigastriques post-prandiales intermittentes, des poussées d'entérite. Plus rarement se sont manifestées des coliques hépatiques typiques.

Puis, après une évolution qui a pu durer des années, apparaissent des symptômes nouveaux traduisant la présence des calculs dans le cholédoque : douleurs et fièvre.

Les *phénomènes thermiques* demandent à être recherchés très soigneusement, car ils peuvent n'être que fugaces et de peu d'intensité.

On connaît mieux leur forme pseudo palustre caractérisée par ces accès fébriles violents à grand cortège symptomatologique : frisson, parfois violent, puis poussée thermique à 40° avec malaise général, agitation, sensation d'excessive chaleur, le tout terminé brusquement ou par échelons au milieu de sueurs profuses. On connaît aussi à ces accès des équivalents tels que céphalée soudaine, simple malaise général avec sensation de froid, suivis d'une brève poussée thermique à 39° ou 40°. Ils se reproduisent tantôt fréquemment, tous les trois ou quatre jours, tantôt très rarement, une ou deux fois l'an.

Les *douleurs* se produisent par crises affectant les caractères d'accès hépatalgiques. Elles sont localisées audessous de l'hypocondre droit, en haut et à droite de l'ombilic. Elles peuvent irradier vers l'épaule droite, omoplate ou région acromiale souvent même dans le dos, et ceci a quelque valeur diagnostique. Malheureusement, cette particularité est rarement retrouvée.

L'intensité des douleurs n'est jamais aussi grande qu'au cas de coliques hépatiques. Ce sont des douleurs sourdes, prolongées. Il persiste un endolorissement de la région, un malaise indéfinissable et pénible que les malades comparent volontiers à une sorte de tension profonde et angoissante.

Ces crises sont toujours provoquées par un repas. Elles surviennent tardivement, deux à cinq heures après l'ingestion d'aliments. Elles sont en rapport avec la traversée duodénale du bol alimentaire. Ceci prouve l'origine digestive des troubles sans qu'il soit possible d'en préciser le siège cholédocien. P. Delbet a insisté sur l'évolution sporadique irrégulière, véritablement fantaisiste de ces crises. Chez quelques malades, elles se reproduisent à la suite de l'ingestion de certains aliments (œufs, chocolat...).

A la palpation, on provoque de la douleur dans la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet, ou plus précisément au point cholédocien, plus interne et plus bas situé que le point vésiculaire. Vautrin insiste sur la douleur provoquée par la palpation profonde du cholédoque, qui lui a permis dans deux cas de poser un diagnostic exact.

On trouve, en opposition avec la loi de Courvoisier Terrier, une vésicule biliaire très souvent dilatée.

Pierre Delbet a insisté sur la fréquence des cas où est mise en défaut cette loi qui veut que la rétraction de la vésicule biliaire soit la règle dans les obstructions calculeuses des voies biliaires, l'exception dans les compressions néoplasiques.

Dans la lithiase vésiculaire se produit une cholécystite scléro-atrophique qui rend la vésicule petite, rétractée et surtout inextensible. L'hypertension biliaire secondaire à une obstruction basse des canaux est incapable dans ces conditions de la distendre.

Dans d'autres cas, on a affaire à une vésicule exclue soit par atrophie du canal cystique, soit par son oblitération par un calcul enclavé qui comprime en même temps la voie biliaire principale (P. Delbet).

Dans la lithiase cholédocienne, par contre, tout au moins dans ses formes autochtones, la vésicule est saine et se laisse dilater par la bile. L'obstacle, toujours situé au-dessous du confluent hépato-cystique, permet ce reflux biliaire dans la vésicule.

Aussi, doit-on s'attendre à rencontrer une grosse vésicule dans les obstructions biliaires par calcul du cholédoque, que ce calcul soit autochtone ou d'origine vésiculaire, pourvu que les parois de la vessie aient conservé quelque souplesse. C'est le cas de notre observation II.

L'existence d'un calcul cholédocien ne va pas sans qu'apparaissent quelques signes de rétention biliaire incomplète qu'il importe de dépister avec soin.

Dans les formes que nous étudions, il n'existe pas d'ictère, avons-nous dit. Effectivement, on ne trouve pas la classique jaunisse franche colorant téguments et muqueuses, fébrile et variable d'intensité. On n'en devra pas moins rechercher avec grande attention un subictère léger, fugace, apparaissant à la suite des crises douloureuses de façon très passagère. L'existence de prurit, l'apparition d'urines très pigmentées, hautes en couleur, parfois de la décoloration des fécès, appartiennent au même syndrome de rétention biliaire.

P. Delbet et Leveuf se sont attachés à rechercher cette élimination passagère des pigments dans les urines. Ils ont préconisé une épreuve des trois verres par des prélèvements pratiqués deux heures, quatre heures et six heures après la crise. L'examen chimique révèle de façon constante de la cholurie et la présence de pigments entre la 4e et 6e heure.

On pratiquera pour terminer quelques épreuves complémentaires :

Le tubage duodénal montrera, après épreuve de Metzger-Lyon, l'absence de bile B et la présence d'une bile A

trouble et floconneuse, chargée de leucocytes, de cellules épithéliales de cholédocite, parfois de calculins.

Dans le sang, on mettra en évidence une hypercholestérolémie importante.

L'examen radiologique, enfin, n'apportera que dans des cas exceptionnels la preuve visuelle des calculs cholédociens. Leur faible opacité les rend difficilement décelables, mais surtout, en raison de la topographie du canal biliaire, il est fort difficile d'en affirmer le siège intra-vésiculaire ou cholédocien. P. Duval, Gatellier et H. Béclère, étudiant la topographie des images calculeuses de la région sous-hépatique, ont montré que les calculs du cholédoque appartenaient au groupe moyen et à une partie du groupe inférieur, situés en regard des apophyses transverses des 2e et 3e vertèbres lombaires, de la 4e pour le groupe inférieur. Des calculs de vésicules rétractées ou ptosées peuvent occuper la même situation.

Le plus souvent, on a recours à la radiographie sans préparation. Parfois, on réussit une cholédocographie par élimination de tétraiode, comme Jayle et Aime en ont montré un bel exemple.

La substance opaque, s'infiltrant autour des calculs, en dessine les contours et en donne une image en négatif. Lorsque les calculs sont multiples, leur situation en chapelet rend plus aisé le diagnostic.

En somme, il est très difficile de dépister une lithiase cholédocienne quand elle ne s'accompagne d'aucun ictère. L'étude clinique du malade, aussi fouillée que possible, demeure le meilleur guide. L'évolution par poussées, avec parfois des rémissions complètes dans l'intervalle, la constatation d'un amaigrissement précoce et important, seront soigneusement notées. Elle devrait faire craindre l'apparition de l'ictère franc qui viendra compléter le tableau clinique et l'aggraver, et surtout celle des redoutables complications de pancréatite aiguë ou chronique.

Aussi, l'indication chirurgicale ne peut-elle se discuter. Tout calcul du cholédoque diagnostiqué doit être opéré.

A l'intervention, on découvre une dilatation générale des voies biliaires extra-hépatiques. La vésicule biliaire participe à ce processus dans la majorité des cas, lorsqu'elle n'est pas atteinte d'une dégénérescence scléro-atrophique de date ancienne. Le cholédoque peut avoir subi une dilatation énorme en amont de l'obstacle, soit cylindrique et régulière, soit inégale, créant des sortes de diverticules que l'on a pu confondre avec la vésicule.

L'obstacle est localisé presque toujours dans la portion terminale du conduit, dans son trajet rétro-pancréatique ou dans l'ampoule de Vater. Les calculs qui le constituent peuvent provenir de la vésicule biliaire, plus rarement des canaux hépatiques ou du foie. Ils peuvent également naître sur place comme l'ont prouvé des observations de lithiase cholédocienne chez des cholécystectomisés. Souvent isolés, ils peuvent acquérir des volumes considérables, jusqu'à 60 grammes dans un cas de Bartlett. Ils ont alors une forme allongée, en « bout de cigare » qui moule le canal biliaire.

Les calculs migrateurs ont un aspect différent ; ils sont plus petits, taillés de facettes multiples, parfois entourés de boue biliaire qu'il faut retirer à la curette.

On est toujours surpris qu'un tel obstacle au cours de la bile ne soit pas accompagné d'ictère. On a voulu l'expliquer par une sorte d'incontinence par regorgement — la comparaison est de Griffon — produite à la faveur de la dilatation du cholédoque. Ainsi la bile parviendrait-elle à s'infiltrer entre les parois du conduit et l'obstacle.

Hanot, Riedel, Ehret, ont attribué à l'angiocholite canaliculaire l'origine de l'ictère. Les poussées d'ictère résulteraient donc de l'infection, et en même temps le gonflement de la muqueuse compléterait l'obstruction que le calcul à lui seul ne pouvait parfaire.

Dans quelques cas, une acholie pigmentaire (Hanot) qui témoigne d'une dégénérescence marquée de la cellule hépatique explique la non-coloration des téguments et des muqueuses.

De toute façon, l'occlusion mécanique même totale des voies d'évacuation de la bile est insuffisante à elle seule pour créer l'ictère. Expérimentalement, du reste, il est démontré que la simple ligature du cholédoque ne provoque pas de jaunisse. Si la vésicule est saine, elle se laisse distendre et emmagasine la bile. Survient alors un réflexe inhibiteur qui arrête la sécrétion. Quelques auteurs : Franck, Mann, en Amérique ; Chiray et Pavel, en France, font intervenir en plus le pouvoir concentrateur de la vésicule pour expliquer la lenteur d'apparition de l'ictère.

Si, à l'obstruction mécanique vient s'adjoindre un processus infectieux ou toxique, la sécrétion biliaire se trouve maintenue et est alors dérivée vers les canaux sanguins (Marcel Garnier). L'ictère est réalisé.

Ainsi, nous apparaît-il, à la lumière de ces conceptions, comme un phénomène contingent de l'obstruction calculeuse de la voie biliaire principale, témoin déjà de complications infectieuses et toxiques à double action : locale, sur la muqueuse cholédocienne, déterminant l'enclavement du calcul et l'occlusion complète du canal ; à distance, sur la cellule hépatique dont elles entretiennent la sécrétion par irritations pathologiques.

La conduite à tenir ne différencie en rien de celle des formes habituelles de la lithiase cholédocienne.

Deux cas sont à considérer :

1) La vésicule est malade. Elle contient des calculs, ou bien est scléro-atrophique. Souvent, le cystique est obstrué ou atrophié. La cholécystectomie s'impose, suivie de l'extraction des calculs cholédociens et d'un drainage de la voie biliaire principale.

2) La vésicule est saine. Elle participe dans ce cas à la dilatation générale des voies biliaires en amont de l'obstacle. La cholédocotomie suivie de l'ablation du ou des calculs puis d'un drainage de l'hépato-cholédoque sont les seuls gestes qu'il faut accomplir. La conservation de la vésicule a, à notre sens, le gros avantage de permettre ultérieurement une opération de dérivation du type de la cholécysto-duodénostomie au cas où se produirait une récidive de la lithiase cholédocienne ou une obstruction extrinsèque ou intrinsèque du cholédoque.

En résumé, tout l'intérêt de ces formes réside en leur diagnostic.

La constatation d'une grosse vésicule, loin d'écarter l'idée d'une lithiase biliaire, doit faire penser à une possible lithiase cholédocienne « dissimulée ».

Il ne faut pas attendre l'apparition de l'ictère qui revêt ici les caractères d'une complication pour intervenir chirurgicalement. La conduite à tenir sera réglée, en partie, sur l'état de la vésicule biliaire. Enfin, l'existence de pareilles formes rappelle, une fois de plus, la nécessité d'une exploration complète et méthodique de l'hépato-cholédoque au cours de toute intervention sur la région vésiculaire. (1)

(1) Tandis que cet article était sous presse, nous avons pu observer un troisième cas plus typique encore, d'une forme douloureuse exclusivement gastralgique et dans lequel l'ictère et ses réactions urinaires manquaient totalement.

L'intervention pratiquée avec le diagnostic d'ulcère duodénal radiologiquement porté montrait avec une grosse vésicule calculeuse, un cholédoque moyennement dilaté contenant deux calculs du volume d'une bille.

« Les grandes pandémies grippales s'annoncent tout d'abord par l'apparition d'une vague de formes nerveuses et bénignes. Mais l'existence et la multiplication de celles-ci permettent de prévoir la venue plus ou moins prochaine de formes compliquées et d'un pronostic redoutable. » (A. Lemierre. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses. Un vol. Masson, édit.)

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

L'électrothérapie en dermatologie (1)

Par le Dr **J. BELOT**

Médecin Electro-Radiologiste de l'Hôpital Saint-Louis

L'électricité est à la base de toute la physiothérapie, puisque les découvertes récentes des physiciens ont montré que tous les agents physiques ne sont, en définitive, que des manifestations de l'électron.

Parmi eux, un grand nombre, tels les rayons ultra-violets, l'infra-rouge et les rayons X, sont produits par une transformation de l'énergie électrique ; mais on peut aussi appliquer directement les courants électriques à la thérapeutique. Ce mode de traitement constitue *l'électrothérapie*. Nous étudierons dans ces deux leçons, les principales applications de cette méthode aux maladies de la peau.

L'électrothérapie a, depuis longtemps, joué un rôle important en dermatologie. Brocq a été l'un de ceux qui ont montré, à la suite d'une expérimentation très serrée, appuyée sur des connaissances cliniques universellement connues, toute la valeur de l'électricité.

En dermatologie, les effets du courant électrique sont d'autant plus énergiques que les éléments auxquels il s'applique sont superficiels ; la conduite de son action, la surveillance de ses effets sont particulièrement faciles, du fait de la possibilité de constatations objectives qui manquent dans la plupart des traitements internes.

Diverses formes du courant électrique sont d'application courante en dermatologie ; pour aller du simple au composé, nous étudierons d'abord les courants de *basse tension*, puis, ceux de *haute tension*.

Les courants de *basse tension*, dont le voltage varie de quelques volts à une centaine, peuvent être, soit *continus* soit *alternatifs* et revêtir des modalités diverses d'applications, tout en conservant le caractère élémentaire qui permet de les définir.

Courant continu

Le courant continu est un courant qui reste constant quand l'état permanent est établi : il est produit par des piles ou des accumulateurs, par des machines tournantes à courant continu ou, enfin, par des appareils à lampes et condensateurs qui reçoivent du courant alternatif de secteur et rendent du courant ayant presque tous les caractères du courant continu.

Générateurs. — De toutes les sources de courant continu les piles ou les accumulateurs sont les plus simples : elles ont l'inconvénient de se polariser facilement, de s'altérer vite et d'être d'un entretien délicat.

Il faut proscrire l'usage des petites machines tournantes, dynamos à courant continu ; du fait du peu de surface de leur collecteur et de leur amortissement presque nul, le courant qu'elles donnent est de forme ondulatoire : les variations dépendent de la construction et de la vitesse de rotation de la machine.

On ne se servira pas davantage du courant continu de secteur dont l'amortissement, meilleur, donne une courbe légèrement ondulée, se rapprochant de la droite du continu ; le réglage du courant est difficile et l'isolement des lignes souvent mauvais, ce qui peut déterminer des accidents dont le plus grave est l'électrocution.

Depuis quelques années, les constructeurs ont mis au point des dispositifs à condensateurs et à lampes à trois électrodes. Ces appareils reçoivent le courant alternatif de secteur et rendent, grâce au redressement fait par les lampes et à la capacité des condensateurs, un courant qui a pratiquement toutes les propriétés du courant continu de piles ou d'accumulateurs. Cette réalisation constitue un très gros progrès ; elle met à la disposition du dermatologiste et du médecin un appareil robuste et simple, donnant une source de courant continu toujours prête à être utilisée.

Appareils d'application. — Les applications de courant continu nécessitent des appareils de réglage destinés à graduer l'intensité appliquée et la différence de potentiel ; les deux caractéristiques du courant étant, bien entendu, toujours liées l'une à l'autre par la relation élémentaire :

$$I = \frac{E}{R}$$

dans laquelle I représente l'intensité, E la force électromotrice ou différence de potentiel, R la résistance du circuit d'application, ce circuit comprenant non seulement les fils conducteurs, les électrodes d'application, mais encore les tissus interposés qui sont précisément les éléments sur lesquels on désire agir.

L'examen de cette formule élémentaire indique de suite que l'intensité I étant égale au quotient de la force électromotrice E, divisée par la valeur de la résistance R, il faudra, pour faire varier la valeur de l'intensité, modifier celle de la résistance, si l'on suppose limitée ou fixe la différence de potentiel, ce qui est le cas dans les sources utilisées actuellement en applications médicales.

A cet effet, on met dans le circuit d'utilisation une résistance ou rhéostat, dont la valeur est réglable à l'aide d'un curseur mettant en circuit plus ou moins du fil résistant. Plus généralement, on utilise un « réducteur de potentiel » qui n'est au fond qu'une grande résistance, montée, en pont, aux bornes de la source et, de ce fait, toujours parcourue par le courant. En deux points de cette résistance, on établit une dérivation qui conduit le courant aux électrodes d'application ; si l'on fait varier la position d'un des conducteurs dérivés, sur la résistance, on obtiendra au point d'application, un courant dont l'intensité croîtra, à mesure que diminuera la valeur de la résistance introduite dans le circuit dérivé. En pratique, un curseur, bien à la portée de la main, permet de graduer l'intensité, avec une très grande précision.

Instruments de mesure. — Un milliampèremètre à graduations lisibles, permet de mesurer l'intensité admise dans le circuit d'utilisation, en l'espèce, sur le malade ; un voltmètre permet de se rendre compte de la valeur de la différence de potentiel.

Electrodes. — En dermatologie, on emploie les électrodes habituelles en étain, toile métallique, etc., recouvertes d'une épaisse couche de tissu spongieux que l'on imprègne soit d'eau ordinaire, soit d'une solution médicamenteuse.

Pour certaines applications, on a recours à des électrodes spéciales que nous verrons en étudiant ces procédés thérapeutiques.

L'électrolyse

L'application la plus fréquente du courant continu en dermatologie, est l'électrolyse. Elle repose sur le principe suivant : « Le passage d'un courant continu dans un tissu, donne naissance à une série de phénomènes dont *un* apparaît comme prédominant, quand le courant est amené par deux conducteurs métalliques plongés dans les tissus : *l'électrolyse* ». Autrement dit, quand on enfonce dans la peau, à une certaine distance, deux aiguilles de platine (parce que inattaquables) reliées chacune à un pôle d'une source de courant continu, on observe autour d'elles la production de phénomènes particuliers, pouvant aller de la simple irritation à la destruction plus ou moins étendue des éléments tissulaires.

Pour comprendre les phénomènes de l'électrolyse il faut assimiler les tissus à une solution de chlorure de sodium à cinq pour mille, autrement dit à une électrolyte.

(1) Cours fait à l'amphithéâtre de Physique (Cours d'électro-radiologie).

Dès que le courant arrive dans cette électrolyte, par les aiguilles piquées dans la peau, la solution de chlorure de sodium se décompose par séparation des ions des tissus ; les ions chargés positivement ou cations (Na, sodium) se rendent au pôle négatif représenté par l'aiguille armée négativement, pendant que les ions négatifs ou anions (Cl, chlore) se rangent autour de l'aiguille positive. Là, à la rencontre de l'aiguille, ils perdent leur charge électrique et, se combinant avec l'eau des tissus, donnent naissance, tout autour des aiguilles, à des éléments nouveaux : soude au pôle négatif, acide chlorhydrique au pôle positif, pendant que se dégagent, à l'un de l'hydrogène, à l'autre, de l'oxygène. Ainsi, par effet secondaire du courant, *une base* se forme autour de l'aiguille négative, *un acide*, apparaît au pôle positif.

Ces produits vont à leur tour réagir sur les tissus qui entourent les aiguilles pour donner naissance à ce que Bergonié a appelé les effets tertiaires de l'électrolyse. C'est une modification des tissus qui, selon la quantité d'énergie dépensée, peut varier de la simple irritation sclérosante à une escharrification très étendue, soit qu'un courant intense passe pendant un temps court, soit mieux qu'un courant d'intensité modérée poursuive une action prolongée. L'intensité est toujours de l'ordre de quelques milliampères.

L'aspect de l'escharre produite varie avec la polarité : l'escharre positive déterminée par l'acide chlorhydrique a une couleur brunâtre, elle est dure, sèche, à limites nettes et laisse après elle, une cicatrice rétractée ; au pôle négatif, l'escharre est grise, plus étendue, à limites diffuses ; elle laisse une cicatrice lisse, molle, diffluente et souple, comme celles que déterminent les bases. Ajoutons que l'aiguille négative sort librement des tissus, tandis que la positive reste collée aux éléments dans lesquels elle a été enfoncée.

Tout ce que je viens de dire suppose l'emploi d'aiguilles en métal inattaquable par les éléments chimiques formés autour d'elles. Si l'aiguille est attaquée par le corps produit, on assiste à la production de composés supplémentaires dus à des réactions, par exemple de l'acide sur le zinc, dans le cas d'aiguille de zinc : il se produit du chlorure de zinc qui ajoute son effet à ceux précédemment indiqués. Dans ce cas, on dit que l'électrolyse est faite avec des électrodes solubles : l'effet du produit nouveau ainsi formé est recherché dans certaines dermatoses.

Modes d'électrolyse. — On peut pratiquer l'électrolyse en utilisant deux aiguilles reliées l'une, au pôle positif, l'autre au pôle négatif de la source. L'électrolyse prend le nom de *Bipolaire*. Elle ne s'utilise aujourd'hui que pour des destructions importantes. L'escharrification se produit entre les deux aiguilles assez rapprochées l'une de l'autre (un centimètre au moins), selon les lois de la diffusion du courant électrique. Elle eut jadis d'importantes indications particulièrement dans le traitement des angiomes vasculaires. On lui reproche de mêler les effets d'une base à ceux d'un acide et surtout de donner des cicatrices moins belles que l'électrolyse monopolaire.

L'électrolyse *monopolaire* consiste à utiliser comme pôle actif un seul pôle, soit que l'on relie celui-ci à une seule aiguille ce qui est le procédé courant, soit que l'on utilise plusieurs aiguilles réunies entre elles pour agir plus rapidement, sur de plus grandes surfaces. Le premier procédé est préférable au second.

Etant donné ce que j'ai dit sur les effets de l'électrolyse négative et sur ceux de l'électrolyse positive, on devine de suite que l'électrolyse négative sera préférée dans la majorité des cas et que l'on réservera l'électrolyse positive aux lésions cutanées dans lesquelles on cherchera une action très limitée, hémostatique, sans se préoccuper de la beauté des cicatrices. C'est dire qu'elle n'aura que fort peu d'indications.

Pour l'électrolyse monopolaire, un fil souple relie le pôle choisi à l'aiguille active. Celle-ci est de platine irridié ou d'or, sa finesse dépend de l'application à laquelle on la destine. Il faut que, tout en pénétrant aisément, sans tordre, elle soit aussi petite que possible. Elle peut être montée dans un porte-aiguille analogue aux porte-mines habituels ; je préfère les aiguilles soudées à une petite tige métallique, à profil polygonal, qui permet de les saisir aisément. Elles sont passées à la flamme avant l'usage, pour les stériliser.

L'autre pôle de la source est relié à la région traitée à l'aide d'une large électrode spongieuse, dite indifférente, placée au contact intime de la peau, le plus près possible du point à électrolyser. Pour certaines électrolyses très fines, on remplace avantageusement cette électrode fixe par un petit cylindre de charbon, recouvert d'une épaisse couche de coton hydrophile, imprégné d'eau salée. Elle est placée à proximité de la main du sujet, celui-ci, qui a pris soin de quitter ses bagues, amènera au contact de ce cylindre, progressivement, l'extrémité des doigts, puis les doigts, la paume et enfin la main entière en la fermant sur le cylindre. Ainsi, le courant s'établira progressivement, par les soins du sujet, sur les indications du spécialiste.

Indications de l'électrolyse, — Nous allons passer en revue les principales indications de cette méthode et les particularités propres à chacune de ses applications.

Hypertrichose. — On entend par hypertrichose le développement exagéré et anormal du système pileux. L'électrolyse négative est le plus ancien traitement de cette affection : elle consiste à cathétériser le follicule pileux à l'aide d'une aiguille coudée, de façon à pénétrer jusqu'au fond de celui-ci. On fait alors passer le courant sous une intensité d'environ un milliampère, pendant quelques secondes, le temps nécessaire pour détruire le follicule, grâce aux phénomènes de l'électrolyse. On s'en aperçoit par la variation de teinte du tissu qui entoure le poil ; celui-ci, du reste, vient aisément à la pince, sans provoquer la moindre sensation.

Toute la difficulté de la méthode consiste dans le cathétérisme exact du poil ; si l'aiguille pique dans le tissu qui entoure le follicule, le poil n'est pas détruit et la réaction inflammatoire est violente.

Quelques instants après le passage du courant, on voit se produire tout autour du follicule détruit, une zone rouge avec saillie momentanée de la peau. Il importe que les différentes réactions ne soient jamais contiguës : à cet effet, les poils traités dans la même séance, seront toujours distants d'environ 8 millimètres les uns des autres. Quelques heures après l'application, l'œdème s'atténue et il ne persiste qu'un peu de rougeur qui disparaît elle-même 12 à 18 heures plus tard, pour être remplacée par une petite croûtelle correspondant au centre de la zone irritée : elle tombe 48 heures après l'application.

On peut, dans une séance, détruire, suivant la grosseur des poils et leur abondance, 75 à 80 poils ; 10 à 15% environ repoussent, du fait que la destruction a été insuffisante.

Ce procédé s'applique à tous les poils adultes ; il ne faut pas traiter de cette façon, les duvets : on risquerait de hâter leur transformation en poils adultes, car il est impossible de les enlever tous. Aussi cette méthode s'applique-t-elle surtout aux hypertrichoses vraies, soit chez les jeunes filles, soit chez les femmes adultes, et plus spécialement chez les femmes âgées qui voient survenir sur leur visage, au milieu d'un duvet plus ou moins abondant, des poils foncés, fort disgracieux.

C'est un traitement long et délicat : il faut en effet aller doucement ; trois séances par semaine avec des périodes d'arrêt tous les mois.

La méthode est un peu douloureuse, mais quand le cathétérisme est bien fait et l'intensité du courant établie progressivement, le sujet supporte aisément la douleur inhérente à la destruction électrolytique.

Au point de vue esthétique, les résultats sont très satisfaisants, quand la méthode a été bien appliquée.

Kératose pilaire. — Comme dans l'hypertrichose, on cathétérise chaque follicule couronné d'un cône corné, mais on utilise une intensité un peu plus élevée pour détruire la production pathologique. Le résultat est, du reste, fort variable.

◆◆

Nævi. — Avant la radiumthérapie, l'électrolyse bipolaire et surtout l'électrolyse négative était le traitement de choix des nævi qui ne relevaient pas de l'exérèse chirurgicale. Il n'en reste pas moins vrai que l'électrolyse a conservé un certain nombre d'applications qui dépendent des formes de ces lésions.

Elle est le traitement de choix des *nævi pigmentaires*, qu'il s'agisse de formes planes ou de formes saillantes. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les lésions saillantes, possédant en même temps qu'une légère coloration, un développement pileux anormal. On attaque la lésion par les orifices des follicules pileux : celle-ci disparaît en laissant à sa place une zone un peu moins colorée que la peau normale.

Les nævi à caractère malin, soit les *nævi bleus*, soit les *nævocarcinomes* doivent être considérés comme des tumeurs et leur traitement est différent. L'électrolyse est encore la méthode de choix, mais à une intensité beaucoup plus élevée ; je les étudierai tout à l'heure.

Les nævi *tubéreux* non vasculaires, qui comprennent les verrues molles, les nævi molluscum, les nævi verruqueux et certains nævi pileux sont détruits par l'électrolyse en donnant des cicatrices admirables : en quelques séances, les petites tumeurs se dessèchent et tombent sans que, ordinairement, il soit besoin de faire de pansement.

Enfin, parmi les *nævi vasculaires*, il faut citer l'angiome stellaire, qui doit être traité par l'électrolyse négative ; on traitera aussi de cette façon certains petits angiomes du visage. C'est encore à cette méthode que l'on aura recours pour des angiomes tubéreux ou plans, situés au cuir chevelu, particulièrement pour les éléments isolés qui ont récidivé à la suite d'une exérèse chirurgicale.

Dans ces cas, l'électrolyse négative est toujours préférable à la bipolaire. Si la piqûre négative provoque un saignement abondant, on l'évitera en employant le pôle positif pendant quelques instants à la fin de l'opération.

C'est encore avec cette méthode que seront traitées dans les meilleurs conditions, les télangiectasies spontanées de la couperose, ou celles qui surviennent au voisinage de certaines cicatrices.

Dans l'*angiokératome de Mibelli*, l'électrolyse négative, associée ou non à la radiothérapie, constitue le traitement de choix ; il en est de même pour certaines formes d'*acnés hypertrophiques* dans lesquelles se trouvent réunis : des comédons, des télangiectasies, l'hypertrophie des glandes sébacées et souvent une hyperplasie du tissu fibreux. Selon les cas, l'aiguille est introduite dans les glandes sébacées ou dans les petits vaisseaux hyper-développés.

Kéloïdes. — L'électrolyse négative n'est pas le traitement des grosses kéloïdes ; elle est cependant encore indiquée actuellement pour les petits éléments kéloïdiens.

L'aiguille, armée du pôle négatif, est enfoncée dans l'épaisseur même de la petite tumeur, verticalement ou parallèlement, suivant les dimensions de celle-ci.

Les séances ont lieu tous les huit jours, avec des intensités qui varient de 2 à 5 milliampères. Les indications varient avec les formes des kéloïdes : il est nécessaire de savoir souvent associer à cette méthode les autres procédés thérapeutiques et médicamenteux.

Sclérodermie. — Dans la sclérodermie en plaque ou en bande, l'électrolyse négative a été préconisée par Brocq en 1887.

L'aiguille, ou mieux plusieurs aiguilles, sont enfoncées en plein tissu malade, de façon à cribler la surface de piqûres, en commençant par la périphérie.

Généralement, ce traitement arrête l'extension de l'affection et provoque même parfois la rétrocession de plaques plus ou moins éloignées de celle qui est traitée.

Il est nécessaire d'utiliser des aiguilles solides et souvent de piquer l'aiguille armée de courant, de façon à pouvoir pénétrer facilement dans les tissus lardacés et durs qui caractérisent cette affection.

Tumeurs bénignes de la peau. — Une série de tumeurs bénignes de la peau bénéficient largement de la destruction électrolytique. Dans ces cas, on emploie toujours l'électrolyse négative. L'intensité varie de 2 à 6 milliampères, suivant l'importance de la lésion. C'est ainsi que l'on traite avec succès les syringocystadénomes (*petits épithélioma kystiques bénins*), les *papillomes* de la peau et des muqueuses, en particulier ceux de la langue ; une piqûre en croix, faite à la base en amène la destruction avec moins de dégât que l'électro-coagulation.

Mais, c'est surtout pour le traitement des *verrues* que l'électrolyse est particulièrement employée. Tout le secret de la méthode consiste à faire les piqûres suffisamment rapprochées, mais toujours au niveau du plan de clivage qui sépare la base de la verrue, de la peau saine. On l'utilise particulièrement pour les petites verrues discrètes du visage, de façon à obtenir une cicatrice aussi esthétique que possible.

Tumeurs malignes. — On a jadis traité avec succès, de petits *épithélioma cutanés* par l'électrolyse bipolaire ; aujourd'hui, on préfère, à juste titre, la radiothérapie ; tout au plus peut-on encore utiliser l'électrolyse négative pour des petits éléments pré-épithéliomateux, à l'époque où la transformation maligne n'est pas encore certaine. Dans quelques cas de petits cancers cutanés de l'aile du nez, l'électrolyse négative a permis d'activer le développement d'un stroma déficient.

Dans les *nævo-carcinomes*, les radiations sont contre-indiquées : l'électrolyse est le traitement de choix chaque fois que la lésion est suffisamment limitée pour en permettre l'application. La technique est différente de celle utilisée pour les lésions bénignes. On commence par cercler la tumeur, à distance, d'une série de piqûres, faites en berceau, de façon à déterminer un barrage de sclérose en tissus sains. Puis, on se rapproche de la tumeur et on commence sa destruction électrolytique en commençant par sa périphérie. Les intensités nécessaires sont de l'ordre de 5 à 10 milliampères : une anesthésie locale ou générale est parfois nécessaire. Le traitement demande deux ou trois applications ; le résultat est ordinairement excellent ; la réparation se fait par une cicatrice souple et peu visible. La qualité de la réparation tient à ce que la destruction électrolytique n'est pas une destruction massive, comme celle de l'électro-coagulation, mais une fonte progressive qui aboutit à une escharre limitée, suivie d'une sclérose intense.

On observe souvent, à la suite de l'électrolyse d'un élément de nævo-carcinome, la disparition de tumeurs analogues situées plus ou moins loin de celle qui a été traitée. Cette méthode donne d'excellents résultats dans les nævi bleus, dont on connaît la malignité.

Tuberculoses cutanées. — Les indications de l'électrolyse sont actuellement fort limitées. Cependant, il faut se rappeler qu'elle permet la destruction, par sclérose, de petits *nodules lupiques*, suivie d'une cicatrice à peine visible. A ce titre, elle est précieuse pour les petits points lupiques du visage.

Elle n'est pas sans effet sur les *lupus érythémateux*, à forme fixe, mais l'électro-coagulation permet une action plus profonde, souvent nécessaire ; par contre, sur les formes extensives, l'électrolyse négative des bords de la lésion, en arrête souvent la progression.

Affections diverses. — Il reste encore une série de dermatoses dans lesquelles l'électrolyse est utile. Parmi elles, il faut citer en premier lieu, les varices lymphatiques des *lymphangiomes*. Contre cette affection rebelle, le traitement de choix est la radiothérapie semi-pénétrante : elle modifie l'infiltration éléphantiasique mais est sans effet immédiat sur les varicosités elles-mêmes. L'électrolyse négative pratiquée sur celles-ci, perpendiculairement, en leur point central, permet de les réduire et de les fermer, supprimant ainsi l'écoulement de lymphe, si désagréable pour les malades.

On a essayé cette méthode, sans grand succès dans l'actynomycose pour détruire les éléments hypertrophiques, dans les folliculites pour atrophier les follicules chroniquement enflammés.

Dans l'achromie et le vitiligo, les résultats sont problématiques : l'électrolyse détruit mais ne facilite pas une meilleure répartition du pigment.

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Traitement des broncho-pneumonies de l'enfant par injections intramusculaires de sang des parents (hétéro-hémothérapie familiale).

Les injections d'hétéro-sang constituent une arme souvent merveilleusement efficace dont on ne peut laisser privés les nourrissons atteints d'affections pulmonaires graves. Dans un travail publié avec P. Bourneville (1), nous avons il y a plus d'un an rapporté un certain nombre d'observations de bronchites capillaires et de broncho-pneumonies rapidement améliorées et guéries par ce procédé. Depuis lors, les résultats obtenus nous ont paru tellement probants que nous avons cru de notre devoir d'en faire bénéficier tous nos petits malades atteints de broncho-pneumonie.

Nous nous sommes toujours limités aux injections de sang *par voie intramusculaire* à l'exclusion des injections intraveineuses ou intrapéritonéales, à cause de la simplicité et de l'innocuité complète de cette méthode, qui nous paraît ainsi plus susceptible d'entrer dans la pratique courante.

Ses succès *en clientèle* sont souvent impressionnants et tel petit malade pour lequel le pronostic paraissait fatal à brève échéance (hyperthermie, asphyxie, pouls filant) voit son état s'améliorer dès la première piqûre, pour aboutir en trois ou quatre jours de traitement à l'apyrexie et à la guérison. La reprise rapide du poids est souvent impressionnante ; l'enfant reprend très vite appétit et gaité ; la convalescence est courte.

Il s'agit souvent de véritables résurrections.

A l'hôpital, les résultats sont moins favorables, qu'il faille incriminer l'hospitalisation elle-même ou surtout l'origine souvent non familiale du sang transfusé. *Le sang des parents nous a toujours en effet paru très supérieur au sang des donneurs professionnels* ; il semble agir, à la façon d'une immuno-transfusion, par l'apport d'anticorps spécifiques réveillés dans le sang du donneur, vivant habituellement dans le milieu contaminé.

En pratique, la méthode se recommande par sa simplicité et son innocuité ; elle est ainsi susceptible d'être tentée sans danger dans toutes les formes de broncho-pneumonie ; la gravité de la maladie n'en contre-indique pas l'emploi. Les injections, par voie intramusculaire, de petites quantités de sang ne peuvent en effet provoquer aucune pléthore sanguine ni troubles vasculaires graves.

Le choix du donneur parmi les membres de la famille rend la *méthode utilisable dans tous les milieux sociaux ; celle-ci est très favorablement accueillie par les parents*, soucieux de coopérer ainsi intimement aux efforts tentés pour sauver leur petit malade.

On s'adressera au père ou à la mère ou à leur défaut aux oncles et tantes, grands frères ou grandes sœurs, vivant dans le même foyer familial, en tenant compte de l'état de santé de chacun et de sa pusillanimité. Il nous paraît inutile, pour la pratique de ces transfusions intramusculaires de recourir au préalable à la recherche des groupes sanguins.

Une seringue stérilisée de 10 c. c. munie d'une aiguille un peu large permet à la fois la prise de sang dans la veine du pli du coude du donneur et sa réinjection immédiate dans la fesse ou la face externe de la cuisse de l'enfant. En ayant soin d'opérer vite et dans des conditions rigoureuses d'asepsie la méthode ne s'accompagne d'aucune difficulté ni d'aucune complication.

La première injection sera de 10 c. c. ; il y aura lieu de la répéter journellement trois ou quatre jours de suite, en des points différents. Si la résorption est lente, les injections ultérieures peuvent être d'ailleurs moins abondantes (5 c. c.).

Ce procédé n'exclut pas d'ailleurs les traitements habituels des affections pulmonaires aiguës de l'enfance (balnéothérapie, injections d'oléogoménol, vaccinothérapie, sérothérapie, toniques cardiaques, voire abcès de fixation dans les formes traînantes) auxquels nous restons fidèles, mais il s'y associe avantageusement. Nous lui donnerions volontiers la première place ; grâce à cette méthode, le pronostic des bronchites capillaires et broncho-pneumonies toujours si redoutées chez les tout petits nous a paru considérablement amélioré. Les petits malades, soignés à domicile *par hétéro-transfusions familiales* associées aux méthodes habituelles de traitement guérissent dans la proportion réconfortante de 80 à 90 % (broncho-pneumonies tuberculeuses exceptées naturellement). Nous les recommandons avec conviction dans la pratique médicale courante de clientèle, chez les enfants.

René Pierret

(1) L'hétéro-hémothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies de l'enfant. *Echo Médical du Nord*, 26 avril 1936).

La morphine chez les cardiaques. — Il est permis de continuer à prescrire la morphine chez les cardiaques, même hydropiques ou azotémiques, sans crainte d'accidents rénaux funestes, imputables à cette thérapeutique qui reste inoffensive aux doses habituelles. Telle est la conclusion d'une importante étude que M. Cl. Macrez vient de consacrer aux effets de la morphine sur la diurèse et sur la dépuration rénale, en particulier chez les cardiaques. (Thèse de Paris, 1937).

Les grands épithéliomas de la main chez le vieillard. — Le cancer de la main peut siéger sur le dos de la main, c'est le cas habituel, ou sur la face palmaire, constituant alors une rareté clinique.

Il s'observe de préférence chez les sujets âgés, entre 70 et 90 ans, principalement chez l'homme.

Il se développe sur les lésions anciennes de la main, et dans des cas rares, il semble naître sans que l'on puisse trouver une cause quelconque à son développement.

Il est beaucoup plus fréquent dans les classes pauvres, ouvrières et paysannes, à l'hygiène sommaire.

Il peut, chez les jeunes gens, entre 19 ans et 30 ans, se voir plus souvent qu'on ne le pense et revêt alors un caractère atypique, évoluant très rapidement, et constituant la forme que l'on pourrait appeler « médico-légale » du cancer de la main.

Cliniquement, on distingue deux périodes : une phase de latence, ou phase non ulcérée ; une phase ulcérée.

Le diagnostic se pose différemment aux deux périodes. A la période non ulcérée, il faut éliminer les verrues, les cornes, les chéloïdes, les tumeurs bénignes, les lésions spécifiques. A la période ulcérée, le diagnostic se présente avec les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, sporotrichosiques.

Le pronostic dépend de l'extension du néoplasme aux plans sous-jacents, de l'envahissement des lymphatiques, de l'atmosphère celluleuse périlymphatique, des ganglions épitrochléens et axillaires, du paquet vasculo-nerveux axillaire, de l'atteinte, enfin, de l'état général.

Pour le traitement, on peut avoir recours à la chirurgie, à la radiothérapie, à la curiethérapie.

Chaque fois que la lésion est superficielle, quand il n'y a pas atteinte des tissus osseux, on doit avoir recours aux procédés physiothérapiques, qui, par un traitement bien conduit, doivent amener la guérison.

Quand il y a atteinte profonde, notamment des tissus osseux, un traitement physiothérapique peut être tenté, car, dans certains cas, la guérison a pu être obtenue.

Dans le cas où la physiothérapie ne donne pas une amélioration rapide et nette, le traitement chirurgical (amputation) doit être préconisé dans le plus bref délai. Car, il ne faut pas oublier que les malades traités par la chirurgie peuvent rester définitivement guéris, mais au prix d'une mutilation parfois excessive en général mal acceptée du malade. M. Zozol, qui étudie la question dans sa thèse (Bordeaux, 1936-37), qu'on ne devrait recourir aux méthodes d'exérèse qu'en dernier ressort, d'autant plus que les lésions étendues, l'envahissement ganglionnaire considérable, l'atteinte même des os, peuvent être combattus avec chances de succès, semble-t-il, par le radium et les rayons X.

Dans le cas de métastase ganglionnaire, il faut faire la large exérèse chirurgicale, et ce n'est que, dans le cas où il y a impossibilité qu'un traitement physiothérapique pourra être institué sans beaucoup d'espoir.

Telles sont les principales indications de l'électrolyse en dermatologie. Cette méthode admirable qui nécessite un matériel des plus simples, a été trop facilement abandonnée pour des procédés plus brillants, exigeant des appareils plus savants et plus impressionnants. Elle reste, pour le dermatologiste qui sait s'en servir, une arme puissante, capable de guérir, avec le minimum de dégâts, toute une série d'affections cutanées dont le caractère principal est une prolifération anormale de certains éléments du revêtement cutané.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques

Les staphylococcies cutanées sont souvent difficiles à traiter. Successivement on a préconisé levure de bière, sels d'étain, sulfate de cuivre, stockvaccin, autovaccin, bactériophage, radiothérapie. Malgré de nombreux essais, trop souvent les staphylococcies cutanées persistent et récidivent.

Depuis décembre 1934, l'anatoxine staphylococcique est utilisée. Elle est obtenue d'après le principal général des anatoxines en soumettant le bouillon staphylococcique, préalablement filtré et privé de tout germe microbien, à l'action simultanée, durant un temps convenable, d'une minime proportion de formol et d'une quantité de chaleur modérée. C'est un produit de transformation dérivé de la toxine staphylococcique dont l'existence est connue depuis longtemps. Maurice Nicolle et Césari avaient mis en évidence ses trois propriétés fondamentales : hémolytique, escharrotique et léthale. Mais la toxine est difficile à mettre en évidence : « le staphylocoque crache difficilement sa toxine » (Maurice Nicolle). C'est en 1929 que Burnet, de Melbourne, a réussi à la faveur d'un dispositif spécial (culture sur gélose semi-liquide et sous atmosphère d'air et de gaz carbonique) à obtenir une exotoxine active avec certains échantillons de staphylocoques, et avec cette exotoxine, une anatoxine en suivant le principe qui a permis à G. Ramon d'obtenir l'anatoxine diphtérique. Comme toutes les anatoxines, elle est d'une innocuité absolue tant pour l'homme que pour les animaux. De 1930 à 1932 Burnet d'un côté et O. Gengou de l'autre constatent que les animaux immunisés par l'anatoxine staphylococcique survivent plus longtemps que les témoins quand ils subissent une septicémie staphylococcique expérimentale. L'anatoxine détermine une immunité antitoxique décelable par le dosage de l'antitoxine dans le sang et indirectement une immunité antimicrobienne que révèle la résistance vis-à-vis de l'injection des germes vivants.

L'anatoxine staphylococcique amène la guérison de la grande majorité des furonculoses chroniques. Traité dès son début par l'anatoxine, le furoncle reste le plus souvent à l'état de saillie rouge acuminée. Les symptômes inflammatoires restent localisés puis régressent en un jour ou deux en même temps que les signes subjectifs s'atténuent. Le furoncle ne suppure pas et disparaît en trois à cinq jours. Si le furoncle est arrivé à maturité, l'anatoxine active la suppuration. Le bourbillon tend à s'éliminer en un à deux jours. La cavité se comble en quelques jours. L'évolution de chaque furoncle est considérablement raccourcie.

Une poussée de furonculose est terminée en trois semaines. Dès la troisième semaine, le plus souvent, il n'apparaît plus aucun élément nouveau.

L'évolution de l'anthrax est également raccourcie. Il cesse de s'étendre et se résorbe en un très court délai.

Dans un travail très remarquable, fait à l'hôpital Pasteur, sous la direction de M. G. Ramon et de A. Bocage, Pierre Mercier (1) rapporte l'étude de 600 malades traités de décembre 1934 à octobre 1936. Quarante-neuf seulement ont récidivé. Les récidives tardives sont très rares. Une ou deux injections de rappel suffisent.

L'anatoxine est donc capable de guérir en un minimum de temps plus de 90 % des malades et de leur donner une immunité durable. Ces résultats ont été confirmés par de nombreux praticiens et en particulier par P. Nelès et V. Van Mechelen (1) en Belgique, où la furonculeuse des mineurs est si fréquente qu'elle est considérée comme une maladie professionnelle. M. Coulon (2) a obtenu des résultats aussi beaux au Congo Belge et on sait combien, dans la zone tropicale, la furonculose est fréquente, rebelle à tout traitement et récidivant avec la plus grande facilité. En Indo-Chine R. Rio et A. Bidot (3) ont rapporté des succès aussi importants. Ainsi dans différents pays, quelques injections d'anatoxine ont suffi pour obtenir chez près de 90 % des sujets, même en cours d'infection, une immunisation qui s'accompagne de la régression rapide des lésions de staphylococcie cutanée. Ces résultats sont d'autant plus brillants que la plupart de ces malades avaient déjà subi des traitements variés sans résultat appréciable.

Les autres staphylococcies externes bénéficient également de l'anatoxine : sycosis, eczéma infecté, impetigo, pyodermite, ecthyma, onyxis. Les résultats sont remarquablement brillants dans l'hydrosadénite axillaire dont on connaît la persistance. L'acnée pustuleuse cède moins facilement ; elle exige un nombre plus élevé d'infections. La moitié des cas seulement ont guéri et, bien entendu, ni les comédons, ni la séborrhée, ni l'érythrose ne sont améliorés.

L'anatoxine a également des indications en oto-rhino-laryngologie. H. Bourgeois a guéri une otite aiguë à staphylocoque, Dufour une suppuration chronique de l'oreille. Lemaître et Bérard ont obtenu la guérison d'un phlegmon ligneux du cou, dont on connaît l'évolution habituellement si longue et rebelle à toute thérapeutique.

La guérison de plusieurs cas d'ostéomyélite aiguë a été signalée. Mais l'extrême variabilité de l'évolution spontanée de l'ostéomyélite chez l'enfant empêche d'apprécier l'action de l'anatoxine. Il semble qu'elle ne modifie guère l'évolution, bien que le taux d'antitoxine s'élève.

Gernez et Minne ont obtenu en trois semaines la guérison définitive d'une pleurésie purulente fistulisée à staphylocoques.

Plus intéressants sont les résultats obtenus au cours de certaines septicémies, alors que tous les traitements précédents avaient échoué. La transformation de l'état du malade se produit si brusquement dès les premières injections qu'on est obligé de rattacher l'amélioration au traitement suivi. Le Professeur Robert Debré a rapporté en juillet 1935, avec P.-P. Lévy, Louis Chalard et Henri Bonnet, la première observation de septicopyohémie très sévère guérie par l'anatoxine : guérison malgré deux abcès pulmonaires, une pleurésie purulente, un ictus cérébral, deux foyers d'ostéite et un adénophlegmon cervical. Ce résultat a été confirmé successivement par J. Caroli et D. Bons, P. Merklen, R. Waitz et R. Pernot, Ph. Pagniez, A. Plichet et Ch. Rendu, Soupault, Darré et tout récemment par Chabrol.

***

L'anatoxine sera utilisée pure. Elle doit titrer au minimum dix unités au centimètre cube. L'anatoxine staphylococcique délivrée par l'Institut Pasteur est titrée actuellement à dix unités. Les doses seront les suivants.

Première injection	1/10e	c. c.
Deuxième injection	1/4	c. c.
Troisième injection	1/2	c. c.
Quatrième injection	1	c. c.
Cinquième injection	2	c. c.

Les doses seront réduites de moitié chez les enfants de moins de cinq ans. Chez les nourrissons à partir de six mois, les doses seront le quart des doses de l'adulte.

Les injections seront faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, de préférence au niveau de la fosse sus-épineuse ou au-dessous de l'aisselle sur les dernières côtes. On examinera les urines (recherche de l'albumine) avant chaque injection.

Les injections sont espacées d'une semaine. On peut sans inconvénient les espacer de dix à quinze jours. L'intervalle optimum semble être de quatre jours d'après les recherches récentes de G. Ramon, Ch. Gernez, R. Richon et Ch. Pannequin. C'est la seule anatoxine qui permette des injections aussi rapprochées.

(1) L'anatoxine staphylococcique et le traitement des affections à staphylocoques (étude clinique et immunologique). Pierre MERCIER. Thèse de Paris 1937. On y trouvera les observations personnelles de l'auteur et le résumé des observations de plus de 300 praticiens.

(1) Revue d'Hygiène et de Médecine préventive p. 58 n° 10 décembre 1936.

(2). Cité par Mercier (loc. cit).

(3) Bulletin de la Société Médico-chirurgicale de l'Indochine p. XIV n° 7 septembre 1936.

Les injections d'anatoxine sont bien supportées. Elles provoquent cependant plus de réactions que l'anatoxine diphtérique qui en provoque elle-même plus que l'anatoxine tétanique. Elles entraînent dans les quelques minutes qui suivent l'injection quelques réactions locales (sensation de cuisson, gêne dans les mouvements du bras). La douleur s'atténue vite et disparaît en dix à douze heures. Un érythème local passager, avec parfois une légère adénopathie transitoire, peut s'observer dans les heures qui suivent l'injection. Il s'efface en quelques heures sans déterminer de placard infiltré et dur.

Les réactions générales sont des plus variables. Souvent apparaît une légère élévation thermique sans frisson avec courbature passagère. Plus rarement il existe une ascension thermique en clocher atteignant ou dépassant 39° pendant 24 heures, Pagniez a observé un choc très violent après la onzième injection.

Quelques incidents plus sérieux ont été signalés. Tzanck a relaté l'observation d'une malade atteinte de néphrite qui aurait été déclenchée par l'anatoxine staphylococcique et Touraine celle d'un homme qui fit après quatre injections successives une anémie pernicieuse aplastique. Duvoir enfin a rapporté l'observation d'un collapsus mortel au cours d'un traitement. Nous ne savons si ces méfaits doivent être attribués d'une manière certaine à l'anatoxine staphylococcique. Nous avons tenu à les énumérer pour insister sur leur excessive rareté. On a déjà pratiqué plusieurs centaines de milliers d'injections avec l'anatoxine préparée à l'institut Pasteur.

Pour éviter ces accidents exceptionnels, le Professeur Robert Debré conseille de « tâter » la susceptibilité du sujet en injectant d'abord 1/10e c.c. d'anotoxine. Si la réaction est violente, on n'augmentera pas les doses. Chabrol a obtenu la guérison d'une septicémie staphylococcique de forme prolongée avec réactions méningées et radiculaires en ne dépassant pas 1/6e de centimètre cube.

Dans les septicémies certains auteurs conseillent d'injecter trois jours de suite 50 c.c. de sérum antistaphylococciquepar voie intramusculaire. L'immunité passive ainsi obtenue est bien inférieure à l'immunité élevée et durable de l'anatoxine. Aussi ne devra-t-on jamais l'utiliser sans l'associer à l'anatoxine.

Des essais de traitement avec une anatoxine purifiée par l'acide trichloracétique sont en cours à l'hôpital Pasteur. L'immunité est comparable dans son degré à celle que provoque en pareil cas l'anastaphylotoxine brute, de même valeur antigène, injectée aux doses correspondantes. Les résultats sont aussi probants qu'avec l'anatoxine brute. Les réactions locales sont minimes ou absentes; les réactions générales sont minimes ; la température s'élève parfois à 38° sans frisson.

***

Les injections d'anatoxine entraînent l'apparition et le développement dans le sérum d'une antitoxine facilement dosable par la méthode hémolytique. Elle apparaît très rapidement, souvent dès le deuxième jour. Elle atteint son maximum trois ou quatre jours après la fin du traitement. Elle s'abaisse alors légèrement pour se stabiliser durant plusieurs mois.

L'antitoxine se développe très rapidement, même après une seule injection d'anatoxine. Elle s'oppose donc au développement lent des immunités antidiphtérique et antitétanique qui nécessitent deux injections à trois semaines d'intervalle.

L'antitoxine semble bien constituer d'après les recherches expérimentales et cliniques de G. Ramon, A. Bocage, A. Richou et F. Mercier le facteur primordial de l'immunité antistaphylococcique. Un taux élevé d'antitoxine correspond à une proportion plus grande de succès thérapeutiques. Elle régit d'une manière assez fidèle l'état clinique. Le malade guérit généralement quand le titre du sérum en antitoxine est élevé. Le titre est d'autant plus élevé qu'on rapproche les injections d'anatoxine (quatre jours d'intervalle) et que l'on injecte d'autres vaccins en mélange avec l'anatoxine. C'est là une nouvelle preuve de la valeur des vaccinations associées.

Mais le Professeur Robert Debré, H. Bonnet et S. Thiéffry ont souligné le manque de parallélisme constaté parfois entre le taux antitoxique du sérum et le résultat thérapeutique obtenu. Malgré un taux élevé d'antitoxine, les manifestations staphylococciques régressent lentement, ne disparaissent pas complètement ou récidivent après une guérison transitoire. Au cours de certaines septicémies guéries par l'anatoxine, l'hémoculture devient négative et quelques suppurations peuvent continuer à évoluer avant la guérison complète tandis que la teneur en antitoxine se montre élevée. Dans d'autres cas la guérison spontanée survient alors que la teneur en antitoxine se montre relativement faible.

Mais il n'existe pas un taux fixe d'anatoxine au-dessous duquel la guérison est impossible et au-dessus duquel elle doit invariablement survenir. Outre l'immunité antitoxique il faut retenir les modalités de résistance qui peuvent varier à l'infini : le germe peut présenter de multiples manifestations pathogènes et agir sur des terrains très dissemblables.

***

L'anatoxine purifiée par l'acide trichloracétique donne les mêmes résultats que l'anatoxine brute, bien qu'elle ne détermine aucune réaction. Ce qui constitue un argument important contre les hypothèses émises par quelques auteurs qui, tout en reconnaissant la grande valeur thérapeutique de l'anastaphylotoxine, pensent qu'elle agit comme une médication de choc ou comme une quelconque protéinothérapie non spécifique.

E. Gilbrin
Chef de Clinique à la Faculté

Le traitement de l'intoxication par le permanganate de potassium

10 à 20 grammes de ce sel peuvent être considérés comme dose mortelle.

Le traitement dépend de la longueur d'intervalle entre le moment de la prise du toxique et celui de l'intervention ; mais il dépend aussi de l'état (solution ou cristaux) du poison au moment de l'absorption.

Si le permanganate vient d'être pris en *solution*, il y a quinze à vingt minutes, M. C. Strzyzowski (*Schw. Mediz. Woch.*, 15 mai 1937) conseille de donner de l'hyposulfite de sodium qui réduit instantanément le permanganate en divers hydrates de manganèse. L'administration de 500 à 600 c. c. d'hyposulfite de soude à 2 % suffit pour rendre inoffensif 10 à 15 grammes de permanganate ingurgité de *solution*.

Si au contraire le sel a été avalé en *substance*, l'hyposulfite n'en fait que bloquer l'action. En effet ses cristaux deviennent par suite de la formation d'un dépôt d'hydrate de manganèse à leur surface, momentanément insolubles. Pour entretenir cette insolubilité dans le trajet digestif, il faut autant que possible maintenir la présence de l'hyposulfite sodique (10 p. 1.000).

A cet effet on pratiquera de longs et grands lavages, jusqu'à ce que le liquide de sortie ne charrie plus de particules noirâtres d'hydrates de manganèse. Cet antidote est excellent lorsqu'il est employé au début, c'est-à-dire quand il y a encore du permanganate non décomposé dans les voies digestives ; utilisé plus tard l'hyposulfite reste sans effet.

Lorsque l'intervalle entre la prise du permanganate et l'intervention semble avoir dépassé vingt minutes, on donnera *larga manu* du jus d'oranges, ou mieux encore du jus de citron étendu d'un peu d'eau. En plus, pour faciliter la neutralisation de la potasse caustique et pour dévier l'oxydation des muqueuses, on prescrira :

Bitartrate de K........................	30
Kaolin..................................	100

Finement pulvérisé. Delayer le tout dans 300 c. c. d'eau froide ; deux cuillerées à soupe toutes les cinq minutes en ayant soin de bien agiter chaque fois ce mélange.

En l'absence de toute contre-indication, le lavage de l'estomac au lait peut-être très utile. Des œufs (5 à 6) pris à l'état cru, sont tout ainsi indiqués. Il en est de même des boissons mucilagineuses :

Infusion de graines de lin (ou de psylium) 100 à 1.000 c. c.
Par petite verrée, toutes les dix à quinze minutes.

On pourra aussi avoir recours aux lavements de lait légèrement salé, aux injections intraveineuses glucosées hypertoniques (12.5 à 20 %) : 100 à 250 c. c. ; aux tonicardiaques à la lobéline (0,01 gr.). En cas de menace d'asphyxie par tuméfaction, trachéotomie.

V. G.

« C'est une véritable hantise de faire reposer les femmes enceintes à la fin de leur grossesse. Si la femme est fatiguée, si grande multipare, elle supporte mal son état il est sage de lui éviter un surcroît de travail. Mais y a-t-il vraiment quelque intérêt de mettre au repos une gestante normale et bien portante ? Et pourtant les lois sociales prévoient le repos de la femme enceinte un mois avant l'accouchement. » (Marcel Metzger. — On exagère le séjour au lit pendans la grossesse. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. 1 vol. 1937. Vigot, édit.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1937

Visibilité de l'oreillette gauche en frontale au sein de la silhouette cardiaque. — ***MM. Ch. Laubry, D. Routier*** et ***R. Heim de Balsac.*** — Se basant sur leurs précédentes études anatomo-radiologiques des cavités cardiaques expérimentalement opacifiées, les auteurs situent la projection frontale de l'oreillette gauche à l'intérieur de la masse cardiaque dans son cadran supéro-droit. Normale elle est donc radiologiquement invisible.

Chez le mitral, dans un premier stade, cette cavité augmente de volume, se développe vers l'arrière, et oppose ainsi l'épaisseur accrue de son contenu au passage du rayonnement X. Sa projection apparaît alors comme un disque plus sombre au sein de la masse cardiaque à proximité du bord droit, formant une image *en double contour* dont l'interne appartient à l'oreillette gauche.

Dans un stade plus avancé, l'oreillette gauche s'épanche habituellement vers la droite, elle émerge alors de la silhouette cardio-vasculaire, au niveau de l'angle cardio-pédiculaire droit, repoussant l'ombre hilaire vers le haut, tandis que vers le bas sa projection coupe le bord droit du cœur formant avec lui une image en double feston, dont l'arc inférieur appartient à l'oreillette droite.

L'oreillette gauche encore plus dilatée, accuse sa nigration vers la droite, contournant et englobant l'oreillette droite en formant une nouvelle image *en double contour* dont l'externe cette fois lui appartient.

Dans les énormes dilatations auriculaires gauches cette cavité forme à nouveau une ombre homogène qui peut atteindre la paroi thoracique droite.

La migration de l'oreillette gauche vers la gauche est exceptionnelle et se caractérise par son émergeance avec image en double contour au niveau de l'arc moyen.

La visibilité de l'oreillette gauche au sein de la masse cardiaque en position frontale complète utilement les renseignements fournis par les examens sous les autres incidences et, fait capital, facilite chez les mitraux l'appréciation de son accroissement.

Intérêt de la voie nasale pour la division des airs et l'examen histo-bactériologique des sécrétions bronchiques séparées. — ***MM. Fernand Bezançon, Paul Braun, M. Cachin, A. Soulas*** et ***Guillaumin*** rappellent qu'en 1936, ils ont montré comment en utilisant la méthode bronchoscopique de Jacobeus, simplifiée par eux on peut faire un examen fonctionnel comparatif de chacun des poumons, et quel est l'intérêt pratique de cet examen dans les cas de tuberculose pulmonaire lorsqu'il y a lieu de discuter une intervention chirurgicale, et enfin dans certains cas d'abcès du poumon. Ils montraient qu'on peut associer à cet examen fonctionnel, l'examen bactériologique comparatif des sécrétions recueillies au niveau de chacun des poumons. Ils montraient, enfin, déjà la possibilité de remplacer le bronchoscope, encore traumatisant, par un dispositif en caoutchouc. L'un d'eux (Soulas) présentait, d'autre part, à la Société broncoscopie des sondes, qui servaient à ces examens, introduites par voie nasale.

En février 1937, MM. Kindberg, Lapiné et Adida utilisant l'introduction par voie nasale de sondes molles, montraient tout l'intérêt de cette technique pour l'étude bactériologique des sécrétions ainsi séparément recueillies.

Poursuivant leurs études, les auteurs ont substitué au bronchoscope, qui leur avait servi primitivement, des sondes molles, simples, opaques aux rayons, introduites par voie nasale successivement dans chacune des bronches sous le contrôle de l'écran. Ils montrent que l'on peut ainsi, d'une part, quoique avec moins de rigueur qu'avec la bronchoscopie, faire l'examen fonctionnel et obtenir des résultats suffisants du point de vue pratique, comme ils l'ont vu dans quinze cas, que l'on doit, d'autre part, non seulement faire l'examen bactériologique des sécrétions recueillies, mais aussi leur examen histologique. Ils ont pu ainsi préciser la nature purulente de certaines sécrétions recueillies d'un côté, alors qu'il ne s'agissait que de sécrétions muqueuses du côté opposé.

La comparaison des résultats bactériologique et histologique entre les deux côtés associés à l'examen fonctionnel permet dans les cas typiques d'apporter des déductions analogues à celles que permet la séparation des urines où l'on procède également à l'examen fonctionnel des reins séparés et à l'examen histo-bactériologique comparé des urines séparées.

Les résultats auront d'autant plus de valeur que les trois examens donneront des réponses concordantes.

L'infection ourlienne chez le lapin. — ***MM. V. de Lavergne, P. Kissel, H. Accoyer*** et ***H. Chahidi.*** — Il est possible de réaliser chez le lapin une infection ourlienne expérimentale en inoculant à cet animal, par voie sous-arachnoïdienne, du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de méningite ourlienne.

L'emploi du L. C. R. comme matériel virulent offre deux avantages considérables : on peut l'obtenir en quantité importante ; d'autre part on est certain qu'il ne peut renfermer aucun autre virus, figuré ou filtrant, comme la salive dont l'emploi, même après filtration, expose à des causes d'erreur.

La ponction sous-occipitale facilement réalisable chez le lapin, permet de suivre les modifications du liquide céphalo-rachidien.

Après une phase d'irritation méningée passagère et banale, le lapin réagit à l'inoculation par une méningite lymphocytaire (100 à 1.000). Celle-ci débute le quatrième jour après l'inoculation et dure une huitaine de jour. Elle se caractérise histologiquement par une infiltration lymphocytaire des méninges et des septums ; elle est spécifique, puisque le L. C. R. du lapin qui en est atteint, permet d'effectuer des « passages » sur d'autres lapins.

Chez la moitié environ des lapins inoculés, la méningite ne représente qu'une première phase de l'infection ourlienne expérimentale. Vers le dixième et quinzième jours après l'innoculation, la lymphocytose rachidienne remonte ou se maintient à un taux anormal ; des signes cliniques discrets peuvent s'observer. Au bout d'une vingtaine de jours, la guérison survient.

L'étude histologique du système nerveux des lapins sacrifiés montre des lésions de névraxite : myélite, et surtout encéphalite. Elles se caractérisent ainsi : manchons périvasculaires à lymphocytes, constants dans la subtance grise ou blanche ; foyers d'infiltration composés de cellules à noyau rond, de préférence dans la substance grise, mais aussi dans la substance blanche ; infiltration diffuse tenant à une multiplication de cellules névrogliques ; démyélinisation partielle et diffuse ; petites lésions des cellules nerveuses qui se trouvent au voisinage des foyers d'infiltration.

Le liquide céphalo-rachidien reste virulent après passage sur bougie Chamberland L2.

Chez un lapin guéri, la réinoculation de liquide virulent ne détermine aucune réaction.

Enfin, d'après les lésions obtenues par cette méthode, la névraxite ourlienne entre dans le cadre des mésodermoses neurotropes.

Cuti-réaction et intradermo-réaction à la tuberculine chez les vaccinés par le B. C. G. et chez les non-vaccinés. — ***MM. Foley*** et ***Parrot.***

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1937

Tumeurs bénignes de l'estomac. — ***M. Hartmann*** résumant ses observations, trouve plusieurs cas de récidives. Il estime donc qu'il est préférable de traiter par une exérèse large les tumeurs dites bénignes de l'estomac.

Etranglement d'un diverticule de Meckel dans un sac herniaire. — ***M. Picot*** rapporte une observation de ***MM. Perrignon*** (Troyes) et ***du Bourguet*** (Armée) concernant une tuméfaction inguinale peu douloureuse et ne s'accompagnant pas de signes d'occlusion. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un diverticule de Meckel étranglé dans un sac herniaire. Il fut fait une résection cunéiforme et la cure de la hernie. Le diverticule contenait un conglomérat de corps étrangers qui ont joué un rôle dans les phénomènes d'étranglement. Un des éléments intéressants de cette observation est le siège anormal de ce diverticule très près de la valvule iléo-cæcale.

Implantation intra-utérine de l'ovaire. — ***M. Panis*** (Commercy), après ablation d'une trompe utérine malade, con-

serve l'ovaire et ses vaisseaux et le place dans une logette utérine communiquant librement avec la cavité de l'utérus. Une grossesse s'ensuivit et fut menée à bien. Dans une autre observation il s'agit d'une castration bilatérale pour grossesse extra-utérine récidivée. Là encore l'ovaire est conservé. Il y eut ultérieurement une grossesse normale menée à terme.

M. Ménégaux, rapporteur, insiste sur l'intérêt que présentent ces deux résultats. Ils sont peut-être dus à des détails de technique : logette utérine bien creusée, incision utérine minima, communication avec la cavité utérine suffisamment large. Enfin le fait important est la réduction ovarienne dont on ne conserve que la partie correctement nourrie par les vaisseaux et le plus possible de cortex.

Appendicite aiguë. — *M. Métivet* résume la récente discussion sur l'appendicite. Toute appendicite aiguë vue dans ses premières heures doit être opérée à chaud. Le problème de l'opération d'urgence ne se pose donc qu'après les deux premiers jours. Si quelques auteurs préconisent l'opération à toute heure et tout de suite, d'autres sont plus éclectiques et jugent de l'utilité de l'intervention d'après l'âge du malade, le siège de l'appendice, l'état d'évolution de l'appendicite. Lorsqu'il y a plastron, l'abstention doit être la règle. Lorsqu'il y a suppuration, il vaut peut-être mieux drainer simplement qu'enlever systématiquement l'appendice. Bien entendu la temporisation doit s'accompagner d'une surveillance étroite des maladies de façon à intervenir au moindre signe d'aggravation, surveillance qui doit être nécessairement chirurgicale.

Tumeur pseudo-kystique du sein. — *M. Bréchot* a observé une tumeur du volume d'une orange, contenant du liquide citrin, séreux.

Les diagnostics d'abcès chronique, de galactocèle, de kyste banal sont contredits par l'examen histologique. Il semble qu'il s'agit d'une tumeur kystique inflammatoire.

M. Bazy a observé également une tumeur kystique à caractères bénins s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie. Il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire avec kyste tuberculeux du sein.

Nouveau matériel de suture. — *M. Welti* propose le fil d'acier inoxydable qui sous un très faible volume est très résistant et très souple et se stérilise facilement.

Phlébites saisonnières. — *M. Okinczyc* a eu l'occasion d'observer successivement douze cas de phlébites presque toutes post-opératoires, dont deux terminées par des embolies mortelles. Ces phlébites siégeaient à gauche. Dans presque tous les cas elles furent secondaires à des interventions portant sur l'étage sous-ombilical de l'abdomen. Il n'y avait pas eu chez ces malades de symptômes grippaux.

Tuberculose du col utérin. — *M. Okincyzc* apporte deux observations de cette affection très rare lorsqu'elle est isolée. Dans le fond du vagin on constatait l'existence d'une masse bourgeonnante pseudo-néoplasique. La biopsie faisait la preuve de la lésion. L'exérèse du col fut faite largement au bistouri électrique. L'autre cas n'était qu'une forme miliaire. La malade refusa l'intervention et mourut deux ans après de tuberculose généralisée.

Cancers localisés du rectum. — *M. Banzet* a vu chez une femme de 54 ans, une ulcération localisée de la paroi antérieure du rectum. L'intervention montra une ulcération du diamètre d'un centimètre, peu typique. L'ulcération fut enlevée en bloc. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer envahissant déjà la sous-muqueuse et la musculeuse. Quatre mois après l'intervention, récidive *in situ* nécessitant une amputation abdomino-périnéale du rectum. Cette récidive avait les dimensions d'une tête d'épingle et il y avait cependant déjà dans la partie haute du méat un ganglion de la taille d'un grain de millet bourré de cellules néoplasiques.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1937

Un cas de crypto-érythroblastose de l'adulte. Splénectomie. Résultats favorables. — *MM. M. Duvoir, L. Pollet, J.-L. Herrenschmidt* et *M. Arnoldson* rapportent une observation de crypto-érythroblastose traitée, il y a près de six mois, par la splénectomie. Après avoir indiqué les modifications sanguines et montré l'amélioration progressive de l'état général de la malade après l'opération, les auteurs discutent le problème thérapeutique. Certaines reviviscences des éléments sanguiformateurs prédominant soit sur la série rouge (érythroblastose) soit sur la série blanche (myélose aleucémique) que la splénomégalie soit ou non mégacariocytaire, semblent pouvoir être considérées comme localisées à la rate si l'examen clinique, les hémogrammes, les ponctions comparées de la rate, de la moelle osseuse et, si possible, du foie, ne décèlent qu'une altération splénique isolée. Dès lors, si l'on admet qu'il s'agit d'un processus d'ordre local, la splénectomie se présente comme le moyen le plus efficace d'empêcher son extension aux autres organes hémopoïétiques. Il serait souhaitable que d'autres observations permettent de préciser la valeur respective de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement des crypto-érythroblastoses et des myéloses spléniques aleucémiques qui apparaissent comme des variétés d'une même affection.

M. P.-E. Weill retrace le tableau clinique des érythroblastes qu'il distingue nettement des myéloses aleucémiques. Ces énormes rates inflammatoires sont parfois d'origine tuberculeuse. Il insiste sur l'inocuité de la ponction splénique qui devrait être pratiquée systématiquement avant toute intervention chirurgicale sur la rate.

Ictère grave prolongé cirrhogène. — *MM. Laignel-Lavastine, H.-M. Gallot, Mme Leconte* et *M.-G. Gaultier* rapportent une observation anatomo-clinique en tous points superposable à l'atrophie subaiguë du foie et à la cirrhose aiguë. Chez une femme de 25 ans, apparition progressive d'un ictère de moyenne intensité avec petit foie et grosse rate. La mort survient au bout de trois mois au cours d'un grand syndrome d'insuffisance hépatique. Anatomiquement, le foie était considérablement atrophié et présentait plusieurs sortes de lésions ; d'abord une hépatite diffuse avec clarification généralisée des cellules et par place dégénérescence graisseuse, ensuite sclérose ancienne périportale encerclée par une sclérose récente abondante. Ce cas participe donc à la fois du syndrome ictéro-ascitique et de l'ictère grave prolongé cirrhogène. Quant à l'étiologie, il faut retenir deux choses : un éthylisme certain remontant à plusieurs années et l'absorption, un mois avant le début de l'ictère, de dinitrophénol pour maigrir, sans que l'on puisse préciser d'ailleurs pendant combien de temps et à quelle dose.

Condensations pulmonaires non cancéreuses dans le cancer du poumon. — *MM. Ameuille* et *J. Fauvet* insistent sur ce fait que ce qu'on appelle cancer du poumon est le plus souvent au début un cancer endo-bronchique. Quant on perçoit par l'examen stéthacoustique ou radiologique des signes de condensation du parenchyme pulmonaire, c'est généralement à un stade très avancé, quand le cancer bronchique a eu le temps de gagner largement le parenchyme. Mais c'est parfois aussi parce qu'il s'est produit une condensation pulmonaire non cancéreuse, à distance du cancer bronchique. Dans un de leurs cas il s'agissait d'une pneumonie gangréneuse controlatérale ; dans un autre d'une condensation rétractile post-hémoptoïque qu'on aurait pu étiqueter atélectasie. Mais les bronches qu'elle contenait, au lieu d'être obstruées, étaient largement dilatées.

Il est nécessaire d'avoir l'attention attirée sur ces faits quand on veut localiser avec précision un cancer en vue d'exérèse.

M. Benda est heureux de constater que les faits rapportés viennent confirmer les notions qu'il développe sous le nom d'epipneumopathies.

Vraie et fausse atélectasie pulmonaire. — *MM. Ameuille, V. Hinault* et *J. Fauvet* discutent la valeur générale du diagnostic d'atélectasie pulmonaire massive, si couramment posé aujourd'hui.

Ils rapportent une nouvelle observation de condensation pulmonaire rétractile post-hémoptoïque à début brusque chez un tuberculeux. En explorant les bronches du lobe condensé, ils les ont trouvées largement dilatées. Il est difficile dans ce cas de maintenir le diagnostic d'atélectasie massive posé au début.

Ils rapportent une seconde observation dans laquelle fut posé le diagnostic de collapsus massif post-hémoptoïque du lobe supérieur gauche ; mais une exploration minutieuse par insufflation pleurale, pleuroscopie, bronchographie lipiodolée, tout en leur permettant des constatations très curieuses, ne

leur permettent pas d'établir que l'état pulmonaire étudié était dû à de l'atélectasie.

Celle-ci est en effet un état anatomique qui n'est démontrable que microscopiquement et jusqu'à présent on n'a guère pu montrer qu'aux apparences cliniques étudiées correspond cet état adatomique. On suppose réelle cette correspondance à la suite d'une série de déductions pas toujours très solides. Mais il est bien possible que la cause de cet ensemble clinique soit autre chose que l'atélectasie, peut-être même un état anatomique ou fonctionnel complètement inconnu jusqu'à présent.

Notes cliniques sur la maladie rhumatismale (maladie de Bouillaud) chez l'enfant. — *M. H. Grenet* étudie l'ensemble des cas de rhumatisme qu'il a recueillis à l'hôpital depuis dix ans ; ce travail repose sur les observations de 240 rhumatisants et de 112 choréiques. L'auteur insiste surtout sur les points suivants.

Sans revenir sur les modes de début classiques, il y a lieu de retenir : les formes cardiaques d'emblée (16 cas), quelquefois très brutales (accidents brusques de collapsus cardiaque), les formes digestives et abdominales d'emblée (13 cas), et principalement les formes pseudo-appendiculaires, quelquefois des accidents nerveux, pouvant en particulier faire croire à une méningite tant que les signes caractéristiques ne sont pas apparus.

Sur les manifestations articulaires, peu de remarques particulières à faire ; on connaît bien la moindre importance des arthropathies chez l'enfant, et l'atteinte possible des petites articulations.

Mais les formes extra-articulaires ne sont pas rares. La marche de la maladie n'est pas modifiée du fait qu'il y a ou non des symptômes articulaires. Mais, comme l'auteur l'a toujours déclaré, il ne suffit pas de constater l'action favorable du salicylate de soude pour conclure au rhumatisme ; d'autres éléments cliniques sont nécessaires. Sur 240 cas, on a observé 30 formes extra-articulaires ; il convient sans doute d'ajouter quelques cas de chorée indépendants de toute manifestation articulaire, et de retenir en particulier les chorées compliquées de cardiopathies.

Des signes de cardiopathie organique ont été constatés dans 171 cas sur 240, ou mieux, en ajoutant les chorées sans arthropathies, mais avec endocardite, dans 184 cas sur 253 (72,72 %). Sur ce nombre, 19 ont guéri sans laisser de traces. Le rhumatisme paraît donc laisser des lésions indélébiles dans 65,21 % des cas. C'est presque toujours lors de la première ou de la seconde crise que se produit l'atteinte cardiaque. Il n'y a pas lieu d'insister sur la nature des lésions, la presque constance des lésions mitrales, l'importance des altérations myocardiques.

L'étude des faits conduit à maintenir une différence absolue entre le rhumatisme cardiaque évolutif et l'endocardite maligne lente.

Il convient d'insister sur le pronostic des cardiopathies rhumatismales, dont la mortalité atteint, chez des malades suivis pendant plusieurs années 23,91 %.

Parmi les manifestations nerveuses du rhumatisme chez l'enfant, il faut retenir surtout la chorée. Sur 240 cas indiscutables de rhumatisme, on en trouve 37 (15,4 %) chez lesquels la chorée a existé à un moment donné. Sur 112 choréiques, 37, (33,33 %) sont donc indiscutablement des rhumatisants. Ces chiffres suffisent à permettre d'affirmer le rôle du rhumatisme dans l'étiologie de la chorée. Il convient, d'ailleurs, de tenir compte des chorées sans symptômes articulaires et compliquées d'endocardite et peut-être de quelques autres qui peuvent relever aussi de la même étiologie. L'étude des faits conduit à penser que le rhumatisme intervient dans environ la moitié des cas de chorée.

Les formes digestives et abdominales ne sont pas rares. A quelque moment du rhumatisme qu'ils se manifestent, des symptômes abdominaux (douleurs accompagnées ou non de vomissements) ont été notés dans 22 cas. L'erreur avec appendicite a été commise plusieurs fois, mais d'ordinaire rectifiée ; un malade a été opéré ; chez un autre le diagnostic ne fut fait que parce que le malade avait été opéré l'année précédente. On a constaté deux formes œsophagiennes, plusieurs formes avec diarrhées et trois formes typhoïdes.

Il convient de rappeler les manifestations cutanées, l'érythème rhumatismal sur lequel l'auteur a attiré l'attention depuis longtemps déjà et dont il a donné récemment une étude complète. Cet érythème a été observé chez huit malades et a récidivé plusieurs fois chez certains d'entre eux. Quatre de ces malades sont morts ; un cinquième est dans un état très grave ; il y a lieu de faire des réserves pour l'avenir des autres. Cet érythème, qui appartient à l'endocardite rhumatismale, est un signe de pronostic grave.

Les formes malignes du rhumatisme doivent être bien connues ; elles se caractérisent par la diffusion des manifestations viscérales et la constance des lésions cardiaques. Ces formes que l'auteur s'est attaché à décrire dans d'autres travaux, sont toujours redoutables ; elles peuvent entraîner la mort rapidement ; plus souvent l'évolution se poursuit pendant plusieurs mois ; la guérison ne s'obtient qu'au prix d'un repos prolongé et demeure toujours précaire.

On doit retenir la grande gravité de la maladie rhumatismale chez l'enfant à l'hôpital : si la mortalité des cardiopathies est de 23,91 % comme il a été dit, la mortalité globale du rhumatisme est de 17,39 %. Elle est sans doute moins forte dans la classe aisée où les règles d'hygiène sont mieux suivies ; mais pourtant les morts par affections cardiaques, qui presque toutes relèvent du rhumatisme, sont loin d'y être rares.

On retiendra surtout de cette étude d'ensemble des notions précises sur la fréquence de certaines formes et de certaines complications, et aussi des chiffres qui font saisir toute la gravité du rhumatisme aigu chez l'enfant.

M. Debré trouve singulier que M. Grenet n'ait jamais trouvé de streptocoque dans le sang circulant des enfants atteints de maladie de Bouillaud. Il rapporte un nouveau cas de rhumatisme articulaire aigu authentique dans lequel l'hémoculture permit, à deux reprises, de mettre en évidence le streptocoque viridans. Si ces faits sont rares, cela tient peut-être à notre insuffisance de technique, mais ces constatations ont une importance suffisante pour qu'il ne soit pas permis de les négliger.

M. Paraf relate un cas analogue.

M. Comby insiste sur les formes bénignes où l'endocardite survenant à la première atteinte rhumatismale se traduit par un souffle qui disparaît rapidement.

M. Codvelle fait remarquer que, contrairement à ce que l'on observe chez l'enfant, le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte jeune, avec cardiopathie, est très rarement mortel. Peut-être peut-on en trouver l'explication dans la répétition des crises non compliquées au cours de l'enfance.

M. Milian demande dans quelle proportion M. Grenet a retrouvé l'hérédo-syphilis chez les enfants choréiques.

M. Grenet l'a observée dans trois à quatre cas chez 112 choréiques.

Mal perforant plantaire guéri en deux mois par les injections intraveineuses du complexe chaulmoogra-cholestérol chez une lépreuse traitée depuis dix ans par les thérapeutiques classiques. — ***MM. Ch. Flandin* et *Ragu*** présentent une femme atteinte de mal du perforant plantaire d'origine lépreuse. Toutes les thérapeutiques classiques ayant échoué, les auteurs ont pratiqué des injections intraveineuses d'un complexe chaulmoogra-cholestérol qui ont entraîné une disparition totale des douleurs et une amélioration de la lésion. Ils insistent sur l'inocuité de la méthode qui semble permettre les plus grands espoirs.

Séance du 21 mai 1937

Sur une maladie caractérisée par l'association d'une néphrite chronique azotémique, d'un arrêt de croissance, d'une hépatosplénomégalie considérable, de lacunes osseuses et de troubles thermiques. — ***MM. Robert Debré, Julien Marie, Mignon* et *H. Cléret*** rapportent l'observation d'un enfant suivi pendant trois ans, de sa huitième à sa onzième année. Sa maladie semble avoir débuté cliniquement à l'âge de deux ans, par une soif persistante, extrêmement vive, en même temps que le ventre continuait à grossir en raison de l'intumescence du foie. L'enfant présentait en outre, de temps à autre, des poussées fébriles inexpliquées. A 5 ans, apparurent des traces d'albumine ; l'hypertrophie du foie et de la rate est nettement notée. A l'âge de 8 ans, l'enfant apparaît avec une taille tout à fait anormale, petit et un poids très faible ; il a un ventre très ballonné, avec très gros foie, très grosse rate, et est normal par ailleurs. La soif est encore vive, la diurèse d'un litre. Les différents examens pratiqués montrent une azotémie latente et, par exploration radiologique, une lacune cranienne sur le pariétal droit. Par la suite, on constate une petite lacune sur le tibia et le fémur gauches représentant un orifice vasculaire de dimension anormale. Dans les années qui suivent, l'azotémie persiste et l'enfant finit par succomber d'urémie avec une urée sanguine au-dessus de trois grammes.

Les auteurs insistent sur les symptômes : 1° troubles du développement de 8 à 11 ans ; l'enfant s'est peu développé, et à 11 ans il mesure un peu plus de un mètre et ne pèse que 21 kgr. ; 2° le syndrome rénal, qui paraît essentiel, est caractérisé par la polydipsie et la polyurie si fréquentes dans le nanisme rénal ; 3° l'azstémie latente qui finit par devenir extrême au moment des accidents urémiques terminaux.

L'association de nanisme et de troubles rénaux de ce genre évoque le nanisme rénal, mais dans cette maladie on ne trouve jamais d'hépatosplénomégalie comme dans le cas présent ; or, elle fut ici extrême. D'autre part, le squelette, qui ne montre aucune trace de rachitisme, comme il est fréquent dans le nanisme rénal, montre des lacunes, discrètes il est vrai, mais nettement pathologiques au niveau du pariétal droit, du tibia et du fémur gauches. Il existe, en outre, des troubles thermiques, comme on en a signalé dans le nanisme rénal avec glycosurie.

Cette maladie, qui ne peut être rattachée ni à la cirrhose hépatique congénitale, ni aux dyslipoïdoses, ni aux polycories, doit être considérée comme une maladie particulière, voisine, mais distincte, du nanisme rénal.

Un cas de syndrome latéral du bulbe de Wallenberg. — ***MM. H. Mondon, R. Beauchesne*** et ***P. Picard*** rapportent le cas d'un malade âgé de 53 ans : du 9 janvier 1936 au 25 mai, celui-ci avait eu des crises vertigineuses avec obnubilation visuelle passagère, vomissements, céphalées occipitales. Hospitalisé le 25 mai pour une hémiparésie droite, ce malade présenta dès lors le tableau clinique suivant : hémiparésie droite avec hémianesthésie alterne (à gauche pour la face, à droite pour les membres), paralysie palato-pharyngo-laryngée gauche, troubles cérébelleux à gauche, myosis à gauche.

L'ensemble de ces symptômes correspondait au syndrome latéral du bulbe décrit et individualisé en 1901 par Wallenberg. Réhospitalisé d'urgence, le 25 novembre 1936, pour une affection pulmonaire aiguë, le malade ne présentait, au point de vue neurologique qu'une amélioration minime.

L'autopsie, pratiquée le 29 novembre 1936, ne permit de constater aucune lésion macroscopique du bulbe, de la protubérance ni de la moëlle cervicale. Mais l'examen histologique d'une série de coupes de la moëlle cervicale et du bulbe décela une congestion importante de ces organes avec une dilatation marquée des vaisseaux, et la présence d'un volumineux manchon plasmocytaire au niveau de la partie supérieure de la moëlle, dans la zone distale du sillon postérieur. Ce manchon empiétait sur le bulbe, remontant de bas en haut dans la partie médiane de la substance grise, au niveau de la moitié gauche de la région postérieure du bulbe.

Ictère hémolytique mortel après un traitement prolongé par l'atophan. — ***MM. H. Eschbach*** et ***L. Bérard.***

Néphrite azotémique, cirrhose pigmentaire, diabète chez un ancien paludéen. — ***M. E. Ledoux.***

Section de brides et chrysothérapie intrapleurale associées : le pneumothorax artificiel rapidement efficace. — ***MM. Michel Léon-Kindberg*** et ***Pierre Weiller*** montrent que les obstacles qui s'opposent à l'efficacité du pneumothorax artificiel sont de deux sortes : les brides adhérentielles et l'irrétractilité du moignon pulmonaire. Contre l'irrétractilité, on a de toutes parts essayé de reproduire les « pleurésies bienfaisantes ». Les auteurs montrent l'heureux parti que l'on pouvait tirer des injections intrapleurales de sels d'or, et en apportent les premiers résultats, qu'ils illustrent de projections.

Après la chrysothérapie intrapleurale, réalisée comme elle a déjà été démontrée, trois ordres de faits peuvent être observés : 1° Le succès, par soi-même complet et suffisant (de 15 à 20 % des cas), si on intervient avant le troisième mois ; 2° Les échecs (de 10 à 15 %) qui entraînent en général a passer la main au chirurgien ; 3° les demi-succès : élargissement de la cavité pleurales, allongement et transformation des brides, début de rétractilité ; toutes les conditions sont réunies pour qu'à ces injections préparantes, succède la section intrapleurale. Dans ces conditions et surtout si l'on continue à agir sans perdre de temps, les résultats sont transformés : 21 succès complets sur 25 cas de cette catégorie. Dans la combinaison complète qui devient la pratique habituelle, une deuxième série d'injections intrapleurales est réalisée. Naturellement, d'autres combinaisons sont possibles : chrysothérapie complémentaire, ou intervenant entre deux sections de brides. Une expérience de deux années permet aux auteurs d'affirmer les progrès réalisés, comme aussi la facilité et la bénignité de la méthode.

Son importance paraît accrue si l'on envisage la collapsothérapie dans son ensemble : depuis longtemps les auteurs sont partisans du pneumothorax précoce qui, sur des lésions jeunes, peut donner le maximum de guérisons et le meilleur rendement. Mais par la force des choses, les lésions devant lesquelles on se trouve dès le premier examen sont bien souvent étendues, et ce sont des pneumothorax « moyens » que l'on peut réaliser : grâce à la technique décrite appliquée dès les premières semaines, la plupart de ces pneumothorax sont rentrés dans la première catégorie des pneumothorax pleinement satisfaisants : c'est un pronostic favorable que l'on peut désormais envisager pour une bonne part des phtisiques tels qu'on les rencontre dans la pratique hospitalière.

M. Rist insiste sur ce fait qu'un pneumothorax thérapeutique efficace montre son efficacité de façon précoce. Il rappelle une statistique établie par un de ses élèves qui illustre nettement cette notion : 4/5 des pneumothorax efficaces ont démontré leur efficacité avant six mois et parmi eux, la moitié avant trois mois. Lorsqu'un pneumothorax n'a pas fait sa preuve avant six mois et si aucune faute n'est à relever dans le régime des insufflations, il faut la compléter par une autre thérapeutique.

Cancer primitif du poumon à forme pseudo-tuberculeuse lobaire ; métastase cérébelleuse mortelle. — ***MM. A. Germain, J. Maudet*** et ***A. Morvan*** relatent l'observation d'un épithélioma bronchio-alvéolaire primitif du poumon à type de lobite supérieure droite, d'apparence tuberculeuse ; une métastase cérébelleuse occupa le premier plan du tableau clinique pendant les trois derniers mois et détermina la mort par retentissement bulbaire. L'autopsie montra en outre des métastases hépatiques et surrénales.

Les auteurs soulignent la rareté des métastases cérébelleuses dans le cancer primitif du poumon, pourtant très encéphalophile, et leur siège électif à gauche.

Sur deux cas de pneumothorax spontané bénin. — ***M. Rist*** rappelle que le pneumothorax spontané à évolution bénigne est moins rare qu'on ne le pense généralement. Il en apporte deux observations.

La première concerne un jeune étudiant de 17 ans qui présenta un hémo-pneumothorax droit ; l'épanchement de sang fut découvert huit jours après le début marqué par une douleur syncopale et se résorba très rapidement. Ce n'est que trente-trois mois après, qu'un examen systématique, pratiqué en raison d'une altération de l'état général, révéla un pneumothorax total ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel. La résorption en était complète un mois plus tard.

La seconde observation est celle d'une jeune femme de 19 ans qui fut atteinte d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche vérifiée par la ponction. Six ans après, s'établit brusquement un pneumothorax droit total dont il ne restait plus trace au bout de six semaines. Il s'agissait évidemment d'un pneumothorax spontané bénin chez un malade ayant présenté auparavant une pleurésie tuberculeuse authentique.

M. Cathala relate le cas très curieux d'une jeune femme de 22 ans dont l'attention fut attirée par un écoulement de sang par le mamelon, à gauche. Le lendemain, elle présenta une douleur brutale du même côté, suivie d'un pneumothorax total que l'évolution montra être bénin, la guérison étant survenue en un mois sans laisser aucune trace.

Vitesse de sédimentation globulaire et injections intraveineuses. — ***MM. R. Benda*** et ***Pierre Vau*** montrent que les résultats fournis par l'étude de la vitesse de sédimentation ne sauraient être interprétés d'une manière valable qu'à une distance suffisante de toute série d'injections intraveineuses thérapeutiques. Ils soulignent, en effet, l'influence accélératrice que peuvent exercer sur la vitesse de sédimentation les injections intraveineuses de substances diverses (calcium, sels d'or, arsenicaux, etc.), et cela indépendamment de tout état infectieux.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

« La tumeur blanche du genou chez l'enfant guérit en trois ou quatre ans avec une bonne immobilisation en extension dans une station éliminatique convenable. De vingt à trente ans le traitement de choix devient la résection du genou. Après quarante-cinq ans, c'est en général l'amputation. »

(L. OMBREDANNE. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile. Masson édit.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La spondylose rhizomélique ne paraît pas posséder de syndrome biologique qui lui soit vraiment personnel et qui permette d'en porter le diagnostic. — Ce qu'on observe le plus fréquemment, ce sont les éléments qui constituent le syndrome biologique des rhumatismes chroniques infectieux ou polyarthrites chroniques infectieuses.

De par l'étude du syndrome biologique, l'étiologie ne semble pas pouvoir être rapportée à une cause unique, en particulier dans le groupe des facteurs infectieux.

Ces conclusions limitées n'en ont pas moins une grande importance, puisque l'étude du syndrome biologique confirme les notions acquises par la clinique, en ce qui concerne le rôle joué par l'infection dans la genèse de la spondylose rhizomélique, quelles que soient les obscurités qui entourent le déterminisme pathogénique de l'affection et le rôle conjugué probable d'autres facteurs.

Ces conclusions comportent encore deux conséquences d'ordre pratique. La première est que l'étude du syndrome biologique doit être pratiquée dans tous les cas de spondylose rhizomélique, dès le début de l'évolution de la maladie, pour compléter l'examen clinique. La deuxième est que, dans les cas où les résulats de ces examens orientent vers le diagnostic de rhumatisme chronique infectieux, ce qui semble de beaucoup le plus fréquent, on y doit voir une indication de plus d'appliquer les traitements habituellement utilisés avec succès dans les rhumatismes chroniques infectieux.

(R.-J. Weissenbach, F. Françon, Louis Perles et J. Martineau. Valeur et interprétation de certains examens humoraux dans les spondyloses rhizoméliques. *Le Bulletin Médical*, 24 avril 1937.)

L'ankylose des sacro-iliaques est précoce dans la spondylose rhizomélique. — Cette localisation est généralement le *primum movens* du processus évolutif. Dans la majorité des cas l'ankylose s'établira de façon insidieuse, sans manifestation douloureuse ; le blocage des sacro-iliaques sera souvent une découverte radiographique à l'occasion d'une exploration de voisinage. Cette constatation permettra de faire un pronostic réservé basé sur la tendance extensive du processus ankylosant. Des recherches de laboratoires, montrant des signes d'inflammation telle qu'une sédimentation globulaire accélérée, permettront d'instaurer une thérapeutique active susceptible d'enrayer dans quelques cas la marche de l'affection.

(J. Graber-Duvernay. Les sacro-iliaques dans la spondylose rhizomélique. *Le Bulletin Médical*, 24 avril 1937.)

Un cas féminin de spondylose rhizomélique est rapporté par MM. Weissenbach, Françon et Gerbay, qui soulignent l'extrême rareté de cette affection dans le sexe féminin.

(R.-J. Weissenbach, F. Françon et F. Gerbay. Un cas féminin de spondylose rhizomélique. *Le Bulletin Médical*, 24 avril 1937.)

Estomac

Le brome est un produit normal et constant de sécrétion de la muqueuse gastrique, il participe à l'acidité physiologique du suc gastrique sous forme d'acide bromhydrique, pour une part sans doute minime en comparaison de celle du chlore, mais qu'il ne faut cependant pas négliger; cette participation peut être plus considérable dans certaines circonstances.

En effet : toute médication bromée peut être considérée comme susceptible d'accroître ou de renforcer l'acidité gastrique, il faudra donc tenir compte de cette notion lors des prescriptions chez les ulcéreux ou les dyspeptiques ; de même au cours de l'administration répétée et surtout prolongée de doses moyennes de brome (soit sous forme de sels, soit sous forme de composés organiques) comme cela se fait en pathologie nerveuse, le thérapeute ne devra jamais oublier la part qui peut revenir non seulement dans les phénomènes d'intolérance, mais aussi dans les accidents possibles au niveau de la muqueuse gastro-duodénale par une hyperacidité trop prolongée.

(Mlle Camille Chatagnon. Le brome dans le suc gastrique. *La Presse Médicale*, 1er mai 1937.)

Diphtérie

Dans les diphtéries malignes, l'association au bacille diphtérique de germes anaérobies, semble particulièrement fréquente :

« Convaincus du rôle important des anaérobies dans le processus de la diphtérie maligne, nous avons pensé à associer le sérum antigangréneux au sérum antidiphtérique. Plus tard, nous aussi, nous avons employé chez les enfants atteints de diphtérie, incontestablement maligne, des doses moyennes ou même de faibles quantités de sérum, 10.000 ou 20.000 unités, mais toujours associé au sérum antigangréneux Weinberg. Cette sérothérapie mixte antidiphtérique et antigangréneuse nous a donné des résultats meilleurs que la sérothérapie simple. Puisqu'au bacille s'associent plusieurs formes de microbes anaérobies, qui transforment le tableau clinique en une diphtérie maligne, et que cette flore microbienne est de même variable selon les épidémies, il serait préférable d'ajouter au sérum antigangréneux Weinberg certaines quantités de sérum préparé avec quelques-uns de ces microbes producteurs de toxine. Alors, par l'emploi d'un tel sérum antigangréneux polyvalent, plus étroitement spécifique, plus adapté à la flore anaérobie des angines, préparé en partie des germes en cause, et non seulement des anaérobies du groupe tellurique, provenant des gangrènes gazeuses traumatiques, les résultats en seront-ils améliorés ? »

(A. Strœ et D. Hortopan. 102 cas de diphtérie maligne et leur traitement par le sérum antidiphtérique et antigangréneux. *La Presse Médicale*, 15 mai 1937.)

Dans les paralysies diphtériques, même si la toxine est déjà fixée sur les centres nerveux, cette fixation peut être rompue par une antitoxine d'une autre espèce ;

L'antitoxine streptococcique paraît posséder une action neutralisante sur la toxine diphtérique ;

Le sérum antistreptococcique a une action curative sur les paralysies diphtériques.

(Paulo Mangabeira-Albernaz (Brésil). Paralysies diphtériques et sérum antistreptococcique. *Paris Médical*, 8 mai 1937.)

Dermatologie

Dans le traitement des brûlures, une pommade au nitrate d'argent est utilisée depuis vingt-cinq ans dans un service dermatologique de Copenhague.

La formule est : nitrate d'argent, 0,25 centigrammes ; eau distillée, 25 grammes ; huile d'olive, 25 grammes ; et graisse de laine, 50 grammes. Après lavage des brûlures à l'eau salée stérile et ablation des bulles, la lésion est couverte d'une bonne couche de cette pommade étendue sur une toile molle (vieille toile usagée) le tout est *recouvert d'une étoffe imperméable* (baptiste de Mosetig) et fixé par un pansement ordinaire. La pommade est changée une fois par jour et chaque fois les lésions sont lavées à l'eau salée stérile ; les bulles nouvelles et les tissus nécrosés sont enlevés. Sous ce pansement les plaies sont pratiquement indolores et même le changement se fait sans gêner beaucoup le malade. Les brûlures chez les nourrissons et les tout petits enfants sont souvent, même si elles ne sont pas très étendues, accompagnées d'une élévation de température. La cicatrisation se produit dans un milieu antiseptique, sans que l'épiderme nouveau soit détruit par le changement de pansement. Aussi voit-on, déjà dès les premiers jours, la formation de petits îlots épidermiques dans les plaies. On continue le traitement à l'onguent au nitrate d'argent jusqu'au moment où toute la plaie s'est cicatrisée, en couvrant les parties guéries d'une pommade de zinc.

(Kissmeyer. Le traitement des brûlures par la pommade au nitrate d'argent. *Le Bulletin Médical*, 15 mai 1937.)

Varia

Voici ce que m'a conté un membre de l'Institut. Agé de 70 ans, il allait être opéré de la prostate, quand il s'est mis à se soigner médicalement. Un collègue de l'Académie de Médecine avait également des troubles urinaires. Il a 84 ans. Tous deux vont bien aujourd'hui. Deux professeurs de la Sorbonne ont tiré les mêmes bienfaits de la médication et il y a bien d'autres succès.

L'ère opératoire va-t-elle être close ? Les hormones testiculaires qui accomplissent le miracle guériront-elles tous les prostatiques ?

(Ch. Fiessinger. L'hypertrophie prostatique. *Journal des Praticiens*, 8 mai 1937.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Le diabète rénal, pauvre en signes cliniques, est souvent diagnostiqué d'une manière fortuite. Une observation, un peu plus complexe et fort détaillée, permet de dégager les conclusions suivantes :

Le diabète rénal peut, par certains signes cliniques, en imposer pour un diabète sucré.

La preuve de l'hyperperméabilité rénale au glucose, signe pathognomonique, peut se faire par le dosage simultané de la glycémie et de la glycosurie au matin, dans le cas où cette dernière manque, l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée s'impose.

On notera que, chez un même sujet, il peut y avoir ou non du sucre dans les urines du matin avec un régime restant constant.

L'acétonurie a paru indépendante de la valeur de la glycémie à jeun.

Les résultats, obtenus par le traitement hépatique, posent la question du rôle étiologique des perturbations hepatiques dans le diabète rénal.

La thérapeutique hépatique semble la plus efficace.

(L. Mathieu et L. Collesson. Diabète rénal. *Revue médicale de Nancy*, 1er avril 1937.)

Le saturnisme hydrique trouve sa cause dans la constitution du sol. L'eau, qui traverse un terrain granitique, conserve sa pureté et attaque les conduites en plomb comme le ferait de l'eau distillée.

En Anjou le terrain calcaire est resté parfaitement indemne, tandis que les localités, construites sur le granit (Candé, Trelazé, Droin, Pomancé), ont été victimes du saturnisme hydrique.

On ne saurait trop insister sur cet état de choses susceptible d'entraîner des erreurs de diagnostic.

(A. Thouvenet. Saturnisme hydrique en Anjou. *Gazette médicale limousine*, février 1937.)

L'écoulement de sang par le mamelon a donné lieu à de nombreuses discussions. Voici ce qu'il faut retenir :

On pensera tout d'abord à une tumeur, bien que ce ne soit pas un diagnostic automatique.

Si on ne trouve ni tumeur, ni adénopathie, on admettra cependant qu'il y a des lésions histologiques de la glande (en général végétations intra-canaliculaires au début.) Ces lésions, même bénignes, restent susceptibles de cancérisation.

L'abstention chirurgicale est légitimée par l'absence clinique de tumeur ; mais elle suppose une surveillance rigoureuse. A la moindre alerte on interviendra.

Pratiquement il semble que les causes endocriniennes sont loin d'être exceptionnelles.

(G. Jeanneney et R. Dubarry. Les écoulements de liquide sanglant par le mamelon. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 mars 1937.)

Le succès du diagnostic radiologique de l'appendicite réside dans le soin et la fréquence des examens, qui doivent être répétés toutes les deux heures et même toutes les heures, du moment où la baryte commence à atteindre le cæcum.

On prendra en outre un certain nombre de précautions : Chercher l'appendice rétro-cæcal par des examens en oblique ; faire à chaque examen, un cliché, qui révélera souvent un appendice invisible en radio ; préciser par un repérage cutané au fil de plomb le siège de la douleur, qui figurera ainsi sur ces clichés. Dans ces conditions on peut attribuer une valeur à un examen négatif.

(Baillat et Imbert. Le diagnostic radiologique des appendicites. *Maroc médical*, 15 mars 1937.)

Les hémorragies du vitré peuvent apparaître au voisinage de la ménopause, chez une malade, depuis longtemps soignée pour hypertension artérielle. La littérature est très pauvre en documents sur ce sujet.

Ces hémorragies correspondent à une hypertension élevée et elles entraînent au point de vue local un pronostic réservé.

(P. Bonnet et G. Bonamour. Les hémorragies récidivantes, périodiques, du vitré, dans l'hypertension artérielle, à l'époque de la ménopause. *Journal de médecine de Lyon*, 20 mars 1937.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

La Cité universitaire est trop éloignée. — *Détaché d'un article de M. Robert Brasillach dans* La Revue de Paris (15 mai 1937) :

Le grand tort de ceux qui l'ont imaginée sur le modèle évident des Universités américaines est de n'avoir pas compris qu'une ville universitaire ne se conçoit point sans la proximité du travail. L'animation, la fiévreuse joie qui emplit depuis des siècles le quartier latin, ne vient pas du confort plus ou moins grand des salles de cours, des restaurants et des chambres. Elle vient de la présence continue des étudiants. Ils peuvent descendre dans la paille de la rue Fouarre pour écouter Abelard ou Albert le Grand, ils peuvent quitter les pentes de la rue Tournefort et la mansarde de Rastignac dans la pension Vauquer, ils n'ont que quelques pas à faire pour retrouver leurs maîtres, leurs amies, leurs travaux et leurs plaisirs. La Cité universitaire, à une demi-heure du quartier latin, disjoint, de la manière la plus fâcheuse, le repos et le travail, le repos et le plaisir. Je ne dis pas seulement qu'on n'y jouit pas de la même liberté que dans une chambre personnelle, bien que cela compte aussi, pour des garçons de dix-huit ou vingt ans. Qu'on soit obligé de rentrer à une heure du matin n'a jamais empêché personne de passer par dessus les grilles, qu'une administration ironique et bienveillante a arrêtées à la hauteur de quatre-vingt-dix centimètres. L'essentiel et qu'on n'arrive pas à vivre à la Cité, et qu'on ne peut y travailler que lorsqu'on à l'amour de sa cellule.

Un remède dartrifuge. — Boyer racontait souvent dans ses cours que dans le temps où il était affecté à Napoléon en qualité de chirurgien, il avait été fréquemment consulté par de hautes courtisanes, pour des taches dartreuses sur la joue, le nez, la main, etc., qui déparaient fâcheusement une ou plusieurs de ces régions. Boyer réussissait constamment à faire disparaître ces sortes de taches à l'aide de la pâte suivante :

Soufre sublimé (fleur de soufre).... 2 gros
Brique porphyrisée............... 2 gros

Mêlez.

On prend un peu de cette poudre dans la paume de la main; on y met de la salive à jeun et l'on fait une sorte de pâte de la consistance d'une pommade molle. On en couvre la partie malade en la frottant doucement. On l'y laisse pendant une heure, puis on lave avec de l'eau de son tiède. Si la région le permet, on plongera la partie dans un bain de son après une heure de l'application de la pâte. On répète l'opération tous les matins ou deux fois par jour. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai 1836).

Le surmenage scolaire. — *Parlant aux étudiants de l'Ecole vétérinaire de Lyon* (30 mai), *M. Edouard Herriot s'est exprimé ainsi* :

« Je ne crois pas beaucoup, au surmenage intellectuel. Les jeunes n'ont que trop tendance à se dérober devant les études qui les rebutent. Quant à l'effort redoublé que requièrent les concours, les prouesses intellectuelles, ils sont le seul moyen de dégager l'élite intellectuelle indispensable à la vie du pays et à son progrès. Je n'ai jamais vu, pour ma part, qu'un tel entraînement ait nuit à l'équilibre physique et moral, bien au contraire Travaillez donc, mes chers amis, tant que vous êtes jeunes. C'est l'âge où l'acquisition est la plus facile, la plus productive. Ne redoutez point le surmenage. S'il m'est permis de me donner en exemple, voyez : j'ai travaillé, j'ai appris tant que j'ai pu depuis plus de cinquante ans et je m'aperçois que je ne sais pas grand' chose. Que peuvent donc savoir ceux qui n'ont pas fait comme moi !

« Voyez-vous, par ce temps où l'on s'efforce de réduire au minimum les heures de travail industriel, il faut intensifier au maximum votre effort de formation intellectuelle. »

BIBLIOGRAPHIE

Divers

D'Arsonval, *Soixante cinq ans à travers la Science*, par le Docteur Chauvois.

Paraîtra le 1er juillet ce livre, depuis longtemps attendu, que le Docteur Chauvois a pieusement consacré à l'illustre maître, aujourd'hui au début de ses quatre-vingt-sept ans, en recueillant ses conversations et souvenirs :

Cet important ouvrage, — véritable reconstitution, autour de M. d'Arsonval, de l'évolution des sciences physiques et biologiques en notre temps — est présenté en un volume, *luxueusement édité*, de 450 pages in-8° avec 148 figures ou photographies, *par souscription limitée à 1.000 exemplaires numérotés* dont :

10 exemplaires sur papier impérial du Japon (1 à 10) au prix de 400 francs l'exemplaire.

90 exemplaires sur papier teinté de grand luxe (11 à 900) au prix de 150 francs l'exemplaire.

900 exemplaires sur papier surglacé (101 à 1.000) au prix de 80 francs l'exemplaire.

La souscription est présentement ouverte et les exemplaires seront envoyés à partir du 1er juillet, *numérotés dans l'ordre des souscriptions reçues*.

Pour recevoir : table des matières de l'ouvrage, bulletin de souscription et tous autres renseignements, *s'adresser directement* au Docteur Chauvois, 75, avenue de Breteuil, Paris (XVe) (Tél. Ségur 54-87).

Intelligence et conduite de l'amour, par les Docteurs R. Biot, L. Goedseels, R. P. É. Mersch. 1 vol. in-12 de 135 pages. Prix : 9 francs. Desclée de Brouwer et Cie, Paris.

Pour répondre à un désir plusieurs fois répété on a jugé nécessaire de réunir en un seul volume trois études parues, les deux premières, dans la Revue *Saint Luc Médical*, la dernière dans *La Nouvelle Revue Théologique*, qu'il était devenu impossible de se procurer.

Ces pages revues et complétées par leurs auteurs joignent au témoignage de deux médecins, les Docteurs Biot et Goedseels, l'enseignement d'un théologien, le R. P. Mersch, sur *l'éminente dignité du mariage*.

Démosthènes et la fin de la démocratie athénienne, par Paul Cloché. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, avec une carte, 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'orateur athénien Démosthènes, dit M. Paul Cloché, a fait l'objet de maints travaux spéciaux, et l'examen de son œuvre tient souvent une place forte étendu dans les histoires générales de la Grèce et certains ouvrages d'ensemble. Mais il s'en faut de beaucoup que ces différentes recherches aient abouti à des conclusions décisives et généralement acceptées ; les appréciations les plus diverses ont été portées sur l'homme et son rôle : les uns lui témoignent une ardente admiration et vantent à peu près sans réserve le merveilleux éclat de son éloquence, la sagesse inégalée de ses prévisions et de ses conseils, la noblesse et la force incomparables de son patriotisme ; l'un de ces panégyristes va jusqu'à proclamer la « sainteté » de Démosthènes ; un autre l'estime supérieur aux plus grands hommes d'Etat qu'aient possédés Athènes et la Grèce à l'époque classique. Mais l'orateur compte parmi les modernes, également, des adversaires passionnés, qui lui reprochent son fanatisme intransigeant, son chauvinisme étriqué, l'absurdité de ses conceptions et de ses espérances. Entre ces deux groupes d'opinions parfaitement tranchées s'intercalent nombre d'appréciations plus ou moins nuancées, où les éloges et les critiques se mêlent en proportions très variables et, d'ailleurs, ne s'appliquent pas toujours précisément aux mêmes qualités ou aux mêmes défauts.

Grâce à l'abondante documentation dont nous disposons et aux nombreux travaux où l'on a étudié plus ou moins à fond la politique du célèbre homme d'Etat, nous avons pu définir les traits essentiels de son activité et, dans quelque mesure, en expliquer les raisons et en apprécier l'intérêt. »

Histoire de la civilisation. II. La Judée, La Perse, L'Inde, par Will Durant. Traduction de Charles Mourey. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique* avec une carte, 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le premier volume de la traduction de la grande *Histoire de la Civilisation*, de W. Durant, publié il y a quelques mois, était consacré à un exposé de l'évolution de la culture depuis les origines les plus lointaines de l'humanité jusqu'à la chute des grands empires du Proche-Orient. Le tome II, poursuit cet exposé par l'étude de la civilisation juive jusqu'à la conquête romaine, de la Perse antique jusqu'à la conquête d'Alexandre, et de l'Inde des origines à nos jours. L'auteur a en effet estimé avec raison qu'alors que la civilisation de la Judée et la civilisation de la Perse antique ont cessé d'exercer une action sur le reste de l'humanité, les civilisations de l'Inde ont poursuivi sans interruption leur marche depuis les temps les plus reculés et qu'il convenait par suite d'en poursuivre l'exposé jusqu'à nos jours.

Ecrit dans la même langue souple et imagée, avec le même souci de clarté et avec la même verve, le deuxième volume de l'*Histoire de la Civilisation* n'est pas d'une lecture moins attachante que celui qui l'a précédé. W. Durant connaît l'art de présenter sous une forme qui les fait paraître faciles les théories les plus ardues.

César Borgia (1475-1507), par Rafael Sabatini. Traduction française de G. Jean-Aubry. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque historique*, 30 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il est peu de personnages historiques sur le compte desquels courent autant de légendes sombres et détestables que sur les Borgia. Tous les vices et tous les crimes leur ont été imputés avec une légèreté extrême, une incomparable partialité. Sans autre dessein que celui d'établir la vérité historique, M. Sabatini présente les faits prouvés, l'invraisemblance de certaines accusations, la volontaire inexactitude de nombreux témoignages très postérieurs aux faits eux-mêmes.

De son récit se détache une figure vivante, avide et redoutable de César Borgia, mais qui ne va pas sans grandeur. Homme aux passions violentes excessives, héros égoïste d'une époque corrompue, il ne peut commander notre admiration : mais sa belle allure, son énergie, son courage, ses vertus de soldat, ses qualités d'administrateur, son sens de la beauté, la grandeur même de ses revers, la brièveté de sa vie et l'étrangeté de sa mort ne vont pas sans émouvoir notre sympathie, en dépit de toutes réserves : et c'est le grand mérite de cet ouvrage que d'atteindre les ressorts de notre sentiment par les seules ressources de la raison.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Dambrin (Louis). — **Urgence de chirurgie**. 140 p. Br. : 37 francs. (*Doin.*)

Merklen (Robert). — **Les rhumatismes de l'épaule**. Coll. Actualités de médecine pratique. 206 p. Br. : 30 francs. (*Doin.*)

N... — **Thérapeutiques médicales d'actualité**. 3e année. 506 p. Br. : 50 francs. (*Doin.*)



Traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion

CALMAG-NA

TROIS MINUTES... tel est strictement le temps nécessaire à une cuillerée à café de **CALMAG-NA** pour neutraliser l'hyperacidité gastrique.

Son emploi assure une action rapide complétée par une action prolongée due aux sels de bismuth et au carbonate de calcium.

Le **CALMAG-NA** contient également du kaolin colloïdal qui protège la muqueuse gastrique et adsorbe les gaz.

Médication de choix pour le traitement alcalin de l'ulcus de l'estomac.

Littérature et Échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien — 13, Rue Pagès, SURESNES (Seine)

" LE PREMIER VACCIN CHIMIQUE "

Produit chimique défini :

Acide acétyl-iodo-salicylique

(Brevets E. VIEL)

(Iode atoxique électro-chimique combiné à l'acide salicylique acétylé)

IODEOPIRINE

PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES

L'IODÉOPIRINE possède :

L'activité anti-algique, anti-rhumatismale et antipyrétique de l'ion salicylé.

Les propriétés bactéricides et antitoxiques de l'iode colloïdal électro-chimique (Iodéol).

Le mode d'action des auto-vaccins (L'IODEOPIRINE donne naissance à une cryptotoxine, qui jouant le rôle d'antigène, provoque la formation d'anticorps immunisants)

(Professeur G. POUCHET, Académie de Médecine, 24 mai 1936)

TOXICITÉ ABSOLUMENT NULLE. — Tolérance illimitée (100 gr.), pas de choc.

EFFICACITÉ REMARQUABLE. — 20 fois supérieure à celle des acétyl-salicylates *(aspirines diverses)*. — 10 fois supérieure à celle des métaux colloïdaux injectables.

RAPIDITÉ D'ACTION. — Due à l'extrême diffusibilité de l'iode atoxique qui, en 15 à 20 minutes, se fixe sur le sang et les leucocytes. Quatre comprimés de 0,05 abaissent la température de 1 à 2° en 6 heures.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

LES SYNDROMES INFECTIEUX (Spécifique ou non)
COLIBACILLOSE et ses manifestations.
AFFECTIONS PULMONAIRES aiguës ou traînantes.
MALADIES INFECTIEUSES (grippe, typhoïde, érisypèle, septicémies, etc.)

LES SYNDROMES DOULOUREUX :
RHUMATISME AIGU et ses conséquences.
RHUMATISME CHRONIQUE sous toutes ses formes.
SCIATIQUE et autres névralgies.

POSOLOGIE : de 2 à 10 comprimés par jour (2 toutes les heures jusqu'à obtention du résultat cherché)

Littérature et Echantillons sur demande : E. VIEL & Ce, 37, Avenue de l'Opéra, PARIS — Tél. Opéra 66-55 et 67-18

Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 24 — 12 JUIN 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses*. — 14 juin. — M. Van Recum : Considérations sur deux cas de septicopyohémie mortelle d'origine dentaire. — M. Averbuh : Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène. — M. Ségal : Contribution à l'étude du traitement des affections du follicule pilo-sébacé. Rœntgenthérapie.

15 juin. — M. Dulac : L'exploration radiologique de la muqueuse colique. Technique, difficultés, échecs. — M. Pouvreau : Etude sur le traitement biologique de la tuberculose. Principes et méthodes. — M. Serveaux: L'électrodiagramme endocrinien de Dausset et Ferrier. Ses applications diagnostiques et thérapeutiques dans les troubles de la menstruation. — M. Vanuxeem : Etude sur la toxicité des vitamines. Syndromes d'hypervitaminose.

17 juin. — M. Riou : La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques jéjunaux et gastro-jéjunaux. — Mme Wagner-Diamant : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite tuberculeuse sous-astragalienne de l'adulte. — M. Blondel : De l'hémostase biologique par thrombases dans le traitement local et instantané des hémorragies alvéolo-dentaires. — Mlle Willocq : Contribution à l'étude des mastoïdites des nourrissons.

18 juin. — M. Le Gall : Erythème marginé rhumatismal. — M. Bellotte : Le syndrome de Cushing et ses rapports avec le basophilisme hypophysaire. — M. Chauvin : Contribution à l'étude du traitement des cancers du sein.

19 juin. — M. Vancostenoble : Essais de vaccination antivariolique au moyen de cultures pures « *in vitro* » de virus vaccinal. — M. Billard : Organisation sanitaire dans les petites villes exposées à des calamités. — M. Cottoni : Hygiène alimentaire du nourrisson. — M. Sernanesco : Prophylaxie de la pellagre — M. Abdallah : La néphrite palustre chez l'indigène musulman tunisien. — M. Vigner : Le kala azar autochtone à Paris : état actuel de la question.

Cours d histoire de la médecine et de la chirurgie. — — M. le Professeur Laignel-Lavastine dirigera des conférences-promenades en juin et juillet.

Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 heures du matin.

Programme des conférences-promenades. — Dimanche 13 juin : Faculté de médecine et Musée d'histoire de la médecine (avec la collaboration du Docteur Neveu et de Mlle le Docteur Henry) : Réunion salle des Pas-Perdus. — Dimanche 20 juin : Hospice des Quinze-Vingts, 28, rue des Charenton (avec la collaboration du Docteur Bailliart). Réunion à l'entrée. — Dimanche 4 juillet : Musée de l'Assistance publique, 47, quai de la Tournelle (avec la collaboration de M. Gossin). Réunion à l'entrée. — Dimanche 18 juillet : Institut de puériculture, 26, boulevard Brune (avec la collaboration du Docteur Weill-Hallé). Réunion à l'amphithéâtre.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. — *Cours de technique chirurgicale* par M. le Professeur A. Gosset. — M. le Professeur A. Gosset fera, du 7 au 26 juin 1937, un cours de technique chirurgicale avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté ; Petit-Dutaillis, Funck-Brentano, chirurgiens des hôpitaux, agrégés à la Faculté ; Charrier, Leibovici, Thalheimer, chirurgiens des hôpitaux ; G. Lœwy, Sauvage, J. Gosset, Hepp, anciens chefs de clinique ; I. Bertrand, Hauduroy, chefs de laboratoire ; Wallon, assistant de curiethérapie.

Ce cours comprendra : 1° dix-huit leçons théoriques, accompagnées de projections et qui auront lieu le matin à 11 h. 30 à l'Amphithéâtre de la clinique. Ces leçons auront surtout pour but d'exposer les méthodes de diagnostic et les techniques actuellement en usage dans le service de M. le Professeur Gosset.

2° Des séances opératoires par M. le Professeur Gosset et ses assistants, séances réservées aux élèves du cours.

3° Si le nombre des auditeurs le permet, des démonstrations opératoires auront lieu l'après-midi sous la direction des chefs de clinique.

Programme. — 1. Technique de l'appendicectomie (avec projection d'un film), par M. le Professeur A. Gosset. — 2. Technique de l'ablation des cancers du sein (avec projection d'un film), par M. le Professeur A. Gosset. — 3. Opérations pour lithiase biliaire, par M. le Professeur A. Gosset. — 4. Les greffes nerveuses, par MM. le Professeur Gosset et I. Bertrand. — 5. L'étude radiologique de l'estomac ropéré, par M. Ledoux-Lebard. — 6. Technique des thyroïdectomies, par M. Petit-Dutaillis. — 7. La gastrectomie pour ulcère peptique post-opératoire, par M. Charrier. — 8. L'amputation du rectum pour cancer, par M. Charrier. — 9. Colectomies pour cancer du côlon gauche, par M. Leibovici. — 10. Traitement des pleurésies purulentes, par M. Leibovici. — 11. Technique des sympathectomies lombaires, par M. Thalheimer. — 12. Technique des hystérectomies pour fibrome, par M. Funck-Brentano. — 13. Technique des gastrectomies pour cancer, par M. G. Lœwy. — 14. Cure chirurgicale des hernies inguinales graves, par M. J. Gosset. — 15. Traitement radium-chirurgical du cancer du col utérin, par MM. Sauvage et Wallon. — 16. Fractures du membre inférieur, par M. J. Gosset. — 17. Cure chirurgicale des prolapsus utérins, par M. Hepp. — 18. La stérilisation du matériel chirurgical, par MM. le Professeur A. Gosset et Hauduroy.

Début du cours : le lundi 7 juin, à 11 h. 30, à l'Amphithéâtre de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Ce cours est réservé exclusivement aux docteurs en médecine français et étrangers. Droits d'inscription : 150 francs. Un certificat sera délivré à la fin du cours aux auditeurs qui auront régulièrement assisté aux conférences.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (Chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs Magitot et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le jeudi 1er juillet 1937, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations sur l'œil humain et l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

PROGRAMME DU COURS. — I. Opérations sur les muscles oculaires. — II. Opérations sur la cornée et le sac lacrymal. — III. Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — IV. Opérations sur l'orbite et le globe oculaire. — V. Opérations de l'entropion, les arginoplasties. — VI. Opérations antiglaucomateuses. — VII. Opérations palpébrales et dacryo-rhinostomie. — VIII. Opérations palpébrales-autoplasties. — IX. Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face énucléation. — X. Opérations sur le cristallin.

Concours de chirurgien des hôpitaux (*Deuxième concours de nomination*). — *Epreuve clinique* : Ont obtenu : MM. Gosset, 19 ; Mouchet, 18 ; Chabrut, 18 ; Longuet, 18 ; Sauvage, 18 ; Padovani, 18.

Epreuve de médecine opératoire : Ont obtenu : MM. Padovani, 28 ; Mouchet, 26 ; Chabrut, 27 ; Longuet, 26 ; Sauvage, 29 ; Gosset, 30.

Deuxième épreuve clinique : Ont obtenu : MM. Padovani, 17 ; Longuet, 19 ; Gosset, 20 ; Sauvage, 18.

Epreuve de thérapeutique chirurgicale : Ont obtenu : MM. Gosset, 29 ; Sauvage, 30 ; Padovani, 28 ; Longuet, 28.

Total : MM. Gosset, 98 points ; Sauvage, 95 points ; Padovani, 91 ; Longuet, 91.

MM. les Docteurs Gosset et Sauvage sont proposés pour la nomination de chirurgiens des hôpitaux.

Concours de médecin des hôpitaux (*Deuxième concours de nomination*). — *Epreuve de consultation écrite* : Ont obtenu : MM. Launay, 20 ; Lenègre, 20 ; Worms, 19 ; Lièvre, 19, 18 ; Oumansky, 19 ; Kaplan, 19.

Epreuve clinique : Ont obtenu : MM. Launay 20 ; Lenègre, 20.

MM. Launay et Lenègre sont proposés pour la nomination en qualité de médecins des hôpitaux.

Concours d'accoucheur des hôpitaux (*Epreuves de nominations*). — *Epreuve de médecine opératoire* : Ont obtenu : MM. Mayer, 15 ; Mme Fayot-Petitmaire, 14 ; Séguy, 18 ; Lepage, 17.

Epreuve clinique : Ont obtenu : MM. Mayer, 19 ; Mme Fayot-Petitmaire, 18 ; Lepage, 20 ; Séguy, 18.

Epreuve clinique double : MM. Lepage, 28 ; Seguy, 28.

Classement (épreuves d'admissibilité et de nomination) : 1. M. Seguy, 145 points ; 2. M. Lepage, 143 points.

MM. Seguy et Lepage sont proposés pour être nommés accoucheurs des hôpitaux.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (épreuves de nomination). — *Epreuves d'interprétation de clichés radiologiques*. Ont obtenu : MM. Stuhl, 13 ; Mme Baude, 11 ; Brunet, 13 ; Peuteuil, 14 ; Codet, 9.

Epreuve d'électrologie : Ont obtenu : MM. Peuteuil, 15 ; Stuhl, 15 ; Mme Baude, 12 ; Codet, 13 ; Brunet, 14.

Concours de médecin de l'assistance médicale à domicile. — Notes obtenues aux épreuves écrites d'obstétrique et de pathologie médicale :

MM. les Docteurs Martel, 7 + 16 : 23 ; Fabre, 8 + 19 = 27 ; Mlle Heiman, 7 + 16 = 23 ; Eliet, 7 + 14 = 21 ; Delor, 8 + 11 = 19 ; Debray (Ch.), 11 + 18 = 29 ; Mme Duhamel, 7 + 13 = 20 ; Martini, 7 + 12 = 19 ; Bréhier, 7 + 17 = 24 ; Doukan, 7 + 18 = 25 ; Dormay, 13 + 17 = 30 ; Degrais (P.), 6 + 8 = 14 ; Boyer, 10 + 14 = 24 ; Mme Lœwe-Lyon, 12 + 17 = 29 ; Deseglise, 6 + 13 = 19 ; Moline, 6 + 15 = 21 ; Laïk, absent ; Laforge, 10 + 15 = 25 ; Cabaille, 9 + 12 = 21 ; Willot, 14 + 19 + 33 ; Mlle Tisserand, 12 + 15 = 27 ; Klotz, 13 + 16 = 29 ; Dacheux, 10 + 10 = 20 ; Roger de Vericourt, 9 + 18 = 27 ; Nel, 8 + 15 = 23 ; Mlle Lévy, 7 + 19 = 26 ; Mlle L'Hoir, 8 + 17 = 25 ; Degrais (J.), 7 + 10 = 17 ; Bachmann, 7 + 15 = 22 ; Fouquier, 7 + 8 = 15 ; Lesieur, absent ; Mme Arager, 10 + 16 = 26 ; Caffort, 8 + 13 = 21 ; Mlle Lavit, 8 + 14 = 22 ; Lemant, 13 + 19 = 32 ; Gachon, 7 + 7 = 14 ; Deparis, 15 + 19 = 34 ; Debray (Jean), 10 + 11 = 21.

Epreuve clinique avec rédaction d'ordonnance. — Séance du 26 mai : ont obtenu : MM. Martini, 9 + 3 = 12 ; Deparis, 16 + 8 = 24 ; Mlle Tisserand, 7 + 3 = 10 ; M. Laforge, 7 + 3 = 10.

Séance du 28 mai : Mlle Helman : 17 + 7 = 24 ; MM. Roger de Véricourt, 16 + 7 = 23 ; Debray (Jean), 6 + 3 = 9 ; Gachon, 8 + 2 = 10.

Séance du 30 mai : MM. Dormay, 15 + 7 = 22 ; Degrais (P.), 6 + 3 = 9 ; Mme Arager, 17 + 8 = 25 ; M. Klotz, 18 + 8 = 26.

Séance du 1er juin : MM. Doukan, 16 + 5 = 21 ; Cabaille, 15 + 6 = 21 ; Mme Duhamel, 17 + 8 = 25 ; M. Martel, 18 + 5 = 23.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris organise, à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, une séance solennelle en l'honneur de ses Membres correspondants étrangers, sous la présidence de M.Sellier, ministre de la Santé publique.

Cette séance solennelle aura lieu le 9 juillet 1937 à 16 heures, à la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, Paris et sera suivie à 20 heures, d'un grand banquet donné en l'honneur des membres correspondants étrangers.

Pour tous renseignements concernant cette manifestation, s'adresser au Docteur Bécart, secrétaire général, 40, avenue de la Grande-Armée, Paris.

Ministère du Travail. — Ont été nommés ou maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre années, à compter du 25 avril 1937 :

MM. Capitant, le Professeur Balthazard, le Docteur Jules Renault, le Professeur Etienne-Martin, Gounod, Guyard, Bothereau, Biot, Florentin et Guy Hausser.

Médaille d'honneur de l'Education physique. — *Médaille d'or* : M. le médecin colonel Lannes-Dehore, à Paris, M. le Docteur Barlatier, à Romans.

Médaille de bronze : M. le Docteur Groves, à Barcelonnette.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Les élections aux fins de compléter le Conseil supérieur de l'Assistance publique auront lieu le 18 juin 1937, pour deux représentants et deux suppléants des hôpitaux et hospices.

Marine. — M. le médecin général de deuxième classe Cazeneuve est nommé directeur du Service de santé de la première région maritime à Cherbourg.

— M. le médecin en chef de première classe Hamet est nommé chef du Service de santé à Rochefort.

— M. le médecin en chef de deuxième classe Branger est nommé adjoint au directeur du Service de santé de la troisième région maritime, à Toulon.

— M. le médecin principal Grosso est nommé médecin major du ministère.

Congrès de cosmobiologie. — Une Assemblée préparatoire du Congrès sera tenue à La Malou (Hérault), du 19 au 21 septembre 1937, dont les débats seront de préférence orientés vers les radiations du sol, avec les questions suivantes :

Les émissions de radon et de thoron. — Les émanations radioactives des roches et des eaux. — Les failles géologiques et les radiations telluriques. — Les effets biologiques, pathologiques, thérapeutiques, de ces radiations. — La radio-activité des matériaux (bois, pierres, toitures). — Les appareils de démonstration et de mesure du rayonnement du sol, des maisons et des arbres (à l'exclusion des pendules et des baguettes maniés par les opérateurs). — Le rôle du sous-sol et des émanations telluriques dans l'ionisation de l'air, l'électricité atmosphérique, les chutes de grêle et de foudre. — L'absorption, la réflexion, la diffusion et la filtration des rayons solaires par la végétation et le sol. — Le rôle des diverses radiations dans la constitution des micro-climats.

Les rapports et communications présentés à cette deuxième Assemblée, seront publiés comme les précédents. Leurs textes et leurs conclusions serviront de thèmes pour le Congrès de Cosmobiologie, qui sera tenu à Nice en 1938. Le Comité reçoit, dès à présent, les inscriptions et les communications, pour les Assemblées préparatoires et pour le Congrès. Ecrire, pour tous renseignements, au Docteur M. Faure, à La Malou (Hérault).

Le centenaire de la fondation de la Société des médecins de Vienne. — La Société des médecins de Vienne a fêté, du 19 au 29 mai, le centenaire de sa fondation, en présence du président fédéral Miklas, de plusieurs ministres, du chancelier Schuschning et de médecins venus de toute l'Europe.

Cette Société dont le créateur fut Wirer de Rettenbach eut des difficultés inimaginables pour obtenir l'autorisation officielle. C'était l'époque où, en Autriche, toute réunion était suspecte. L'adhésion de médecins de la cour, du médecin de l'empereur François finirent par entraîner la reconnaissance officielle de la nouvelle Société dont la première réunion eut lieu, en 1837, en présence du vieux Metternich.

Malfatti en fut le premier président ; puis ce furent Wirer, Billroth, von Exner, etc.

C'est devant cette Société que Semelweis fit sa communication sur la fièvre puerpérale en 1850. Une semaine plus tard, Jellieck y faisait connaître l'emploi de la cocaïne à l'anesthésie de la gorge et du larynx.

La Société des médecins de Vienne est aujourd'hui présidée par le grand chirurgien viennois Eiselsberg.

Comité international de la lumière. — Il se réunira à Paris le 1er juillet 1937 sous la présidence de son président en exercice : le Docteur H. Jausion.

L'après-midi, à 14 heures, séance publique dans les locaux des Laboratoires de recherches de l'hôpital franco-musulman de Bobigny.

S'inscrire sans cotisation, mais sans délai aussi, soit chez le Docteur Jausion, président, 21, rue Théodore-de-Banville, Paris, soit auprès du Docteur Schreiber, secrétaire général, 1, Robert-Koch Platz, Berlin NW 7.

Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme. — Le Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme se tiendra, comme il a été annoncé du 21 au 1 juillet.

Mais il est apparu aux Comités exécutifs des sections thermale et climatique qu'à cette date où les stations des deux ordres sont en plein fonctionnement, leurs médecins, administrateurs d'établissements, hôteliers, etc., seront empêchés de prendre part à des travaux qui pourtant les intéressent au plus haut point.

En conséquence, et pour leur permettre d'y coopérer, les travaux essentiels des deux sections (présentation et discussion des rapports, assemblée générale et vœux) sont reportés à l'expiration de la saison.

Les dates fixées pour ces séances sont les 14, 15, 16 et 17 octobre. Elles se tiendront au sein de l'Exposition dans le Palais du thermalisme et du climatisme.

Les adhésions déjà adressées au secrétariat général du Congrès sont naturellement valables pour cette période. Les avantages consentis aux congressistes (réduction du tarif des parcours, entrée gratuite à l'Exposition, fêtes, etc.), leur sont également assurés, ainsi que les conditions de séjour consenties à l'occasion de l'Exposition.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de la Fédération thermale et climatique française, 127, avenue des Champs-Elysées, Paris (VIIIe).

Les remplacements de médecins à l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — Le Comité de l'Association rappelle aux médecins de Paris et de Province, l'existence de son Service de remplacement qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'Association Corporative ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 h. 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours Français et observent les conditions légales, les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935, sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

Le Comité rappelle à ce sujet, qu'aucun étranger, n'a le droit de remplacer un médecin et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, il doit laisser s'écouler quatre ans entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement, tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait immédiatement sous le coup de la loi y compris son remplaçant.

Si des médecins désirent être remplacés par des internes ou des externes des hôpitaux de Paris, ils n'auront à l'Association corporative que l'embarras du choix et d'un choix du reste sélectionné, car ce groupement a toujours compris toutes les catégories d'étudiants en médecine, y compris un certain nombre de docteurs, continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser, pour tout remplacement au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (Ve). Téléphone : Odéon 58-90.

Une nouvelle méthode antirabique. — On annonce la fermeture, à compter du 1er juillet prochain, de l'Institut Pasteur, créé à Prague au lendemain de la guerre. Pendant les dix-huit années de son existence, l'Institut Pasteur de Prague a soigné 25.000 cas de rage et n'a enregistré que 39 décès dus presque tous à une intervention trop tardive.

Aujourd'hui, le ministère de l'Hygiène tchécoslovaque substitue à la méthode pastorienne celle du médecin yougoslave Hempta, mise à l'essai officiellement depuis 1934 dans la province de Moravie. Dans les 545 cas de rage où elle a été appliquée, la méthode Hempta a donné les meilleurs résultats. Elle présente le grand avantage de n'exiger qu'une série de six piqûres qui peuvent être pratiquées par n'importe quel médecin sans que le patient ait à interrompre ses occupations. — (*Le Temps*).

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Associaiton Guillaume Budé organise en Méditerranée orientale, du 14 août au 3 septembre, une dixième croisière dont l'itinéraire est fixé comme suit :

Marseille, Corfou, Ithaque, Mistra, Sparte, Nauplie, Mycénes, Argos, Tirynthe, Corynthe, Megare, Eleusis, Daphni, Athènes, Thèbes, Aulis, Khalkis, Volo, Mont Pelion, Skyros, Troie, Chio, Naxos, Paros, Delos, Tinos, Mykonos, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Mayle, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée à titre de Conférenciers, par MM. C. Bouglé, professeur à la Faculté des Lettres de Paris, directeur de l'Ecole normale supérieure et Y. Bequignon, ancien secrétaire de l'Ecole française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Caen. Des lectures seront faites à bord par M. Jacques Copeau.

Pour tout renseignement, prière de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris, VIe. Téléphone : Littré 70-55.

« J'ai souvent fait le discours suivant à ces visiteurs (*médicaux*) : « *Quand vos patrons veulent faire connaître un nouveau remède, ils devraient avant de le baptiser, inviter à déjeuner un professeur de seconde ou de première. Ce dernier trouverait un nom n'écorchant pas les oreilles des gens cultivés. . .* » (B. Lyonnet — L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples Ses remèdes possibles. Une broch. Lyon, 1937).

TRAVAUX ORIGINAUX

Cathétérisme bronchique et division des crachats

Par le Docteur **Michel LÉON-KINDBERG**
Médecin de l'Hôpital Beaujon

Il ne semble pas que pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire l'importance primordiale de la recherche du bacile de Koch dans les crachats puisse être sérieusement critiquée : sans doute, en droit sinon en fait, tous les phtisiologues ne se sont pas ralliés aux conclusions extrêmes du rapport de Rist et Ameuille au Congrès de Strasbourg (1923). On peut ne pas expressément nier la tuberculose fermée ; je n'ai pas ici l'intention d'aborder ce redoutable problème. Mais il faut bien reconnaître qu'en pratique nous ne pouvons pas ne pas suivre les étapes rationnelles édictées par E. Rist : quand il ne s'agit ni de faits s'apparentant à la « tuberculose abortive » ni de moments particuliers d'une évolution par ailleurs classique, ce n'est que sous toutes réserves qu'en l'absence de la constatation du bacille, l'on se rallie au diagnostic de phtisie : c'est en tremblant davantage encore que l'on se résout aux redoutables décisions thérapeutiques qui vont sanctionner cette conclusion : aussi a-t-on redoublé d'ingéniosité et d'obstination dans la poursuite du bacille de Koch. Les cas exceptionnels où il semble nous échapper doivent être considérés comme tels : leur étude, même au cas de solution négative, ne peut valoir contre la loi générale. De plus, l'expérience nous montre que la bactérioscopie est positive de façon très précoce ; ce peut être la première d'entre les manifestations de la maladie (1) ; or ce diagnostic précoce, nous devons nous y efforcer par tous les moyens ; c'est une condition essentielle du succès.

Nous sommes donc en présence de lésions qui, en dépit de leur apparence tuberculeuse, restent d'une étiologie incertaine. On n'a pu, par les méthodes ordinaires, mettre en évidence le bacille de Koch ; le doute, si l'on répugne à la « doctrine », reste la seule voie possible. Mais ce n'est point là, en médecine, un mol oreiller où reposer sa tête : l'enquête doit se poursuivre.

On peut tout d'abord profiter des progrès de la technique bactériologique : homogénisation, culture, inoculation des crachats.

On peut d'autre part s'efforcer de déceler une excrétion pathologique inapparente : les expectorants divers, l'iodure, qui n'est pas toujours sans danger, ne nous ont causé que des déceptions. Chez l'enfant, surtout chez le nourrisson, l'examen des selles, mieux encore l'examen du liquide gastrique retiré à jeun par sondage ont donné d'incontestables résultats ; chez l'adulte ces méthodes se sont montrées ou mal réalisables ou moins sûres. La tentation était grande d'aller prélever le produit pathologique à son lieu d'origine : le cathétérisme bronchique apporterait en outre des précisions parfois capitales sur sa topographie. C'est à quoi, avec mes collaborateurs G. Lapiné et P. Adida, je me suis efforcé depuis quelques mois (2).

Nous n'étions pas les premiers : mais à la suite des travaux retentissants de Chevalier-Jackson et de l'Ecole américaine, c'est aux méthodes bronchoscopiques que l'on s'est avant tout adressé. Soulas, à maintes reprises avec divers collaborateurs, Leroux, ont présenté des modifications du tube classique, permettant les prélèvements séparés dans chaque bronche. Il ont apporté quelques résultats intéressants, qui sont restés à l'état d'unités isolées.

Je n'ai nullement l'intention de les critiquer. Avec Soulas, dans l'étude et le traitement des suppurations broncho-pulmonaires, j'ai montré à maintes reprises les avantages parfois décisifs des méthodes bronchoscopiques. Dans un rapport avec le Professeur A. Lemierre nous en avons montré toute l'importance (1). Mais pour le problème précis que j'envisage, elles n'en sont pas moins passibles d'un certain nombre d'objections : c'est d'abord la nécessité de posséder un appareillage important et onéreux qui devrait aujourd'hui ne jamais manquer dans l'arsenal d'un centre convenablement outillé ; le calibre du tube, l'intensité de l'analgésie sont déjà plus fâcheux pour des malades à « choisir judicieusement » ; mais surtout, l'exploration bronchoscopique, même entre les mains les mieux exercées, reste une intervention pénible et choquante, un véritable cauchemar pour certains, et cela est d'autant plus grave que l'on peut être amené à récidiver. Il nous fallait une méthode dont les résultats fussent comparables, aussi rationnelle, mais plus simple et aisément supportable : je pense que l'exploration par sonde nasale répond à ces desiderata.

Dans notre première communication, nous avons suffisamment insisté sur notre technique. Je ne fais que la rappeler ici en quelques mots.

Anesthésie légère et rapide par voie nasale (solution cocaïnée injectée à la seringue) ; puis introduction de la sonde de Hicquet à double courant, dont l'usage pour les lavages et aspirations bronchiques au cours des abcès du poumon s'est un peu partout répandu. Quelques petits « tours de main » dont on se rend maître aisément permettent de la diriger : il faut pourtant toujours vérifier sa place à l'écran radiologique. Ce premier point acquis, on injecte à l'aide d'une seringue 10 c. c. de sérum physiologique tiède. On attend quelques minutes et l'aspiration permet de retirer de 2 à 5 c. c. de liquide qu'on recueille dans un tube stérile. On peut recommencer et on termine en rinçant la seringue avec un peu de sérum.

Dès lors, il ne reste plus avec le produit retiré qu'à faire les recherches adéquates : pour le bacille de Koch nous avons chaque fois pratiqué l'examen direct, l'homogénisation et l'inoculation au cobaye. Quant elle est possible, une culture sur milieux appropriés serait évidemment désirable.

Cette technique, extrêmement simple, très aisément supportée par tous les malades, est maintenant d'un usage courant dans mon service et ma consultation de l'hôpital Beaujon : il n'est pas de semaine où on ne fasse appel à ses ressources, et à maintes reprises ; notre expérience s'accroît rapidement : 21 cas à notre première communication : 48 à la seconde ; je ferai état aujourd'hui de 68 cas, en ne comprenant que ceux où toutes les recherches en cours, comprenant l'inoculation au cobaye, ont été menées à bonne fin.

Il s'agit tout d'abord de questions de diagnostic : lésions d'origine douteuse, ou lésions à peine décelables. J'ai déjà cité les deux observations types de ces deux catégories : dans l'une, il s'agissait d'une pneumonie d'allure anormale ; la recherche obstinément négative du bacille de Koch, dans une expectoration d'ailleurs à peu près nulle, nous laissait dans une grave indécision ; le prélè-

(1) Il semble bien que tel soit le cas pour la plupart des « cracheurs sains » de bacilles, bien étudiés par mon élève et ami A. Meyer dans sa thèse (1935).

(2) On trouvera tous les détails relatifs à ces recherches dans les deux communications suivantes M. LÉON-KINDBERG, G. LAPINÉ et P. ADIDA. Le prélèvement direct intrabronchique du bacille de Koch et division des crachats. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 26 février 1937) et Recherche du bacille de Koch par le prélèvement direct : cathétérisme bronchique et division des crachats. (Soc. d'ét. sc. sur la tub., 13 mars 1937.

(1) A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG et A. SOULAS. Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires. Rapp. au XXII[e] Congrès français de médecine. Paris 1932.

vement à la sonde permit de démontrer péremptoirement l'origine tuberculeuse et de décider un pneumothorax artificiel ; les examens habituels ne devaient mettre le bacille en évidence que trois mois après. Dans l'autre il s'agissait d'une jeune femme atteinte de fièvre irrégulière avec quelques adénopathies ; on pensa même un instant à une maladie de Hodgkin : l'examen des crachats était négatif ; sur le cliché on ne pouvait souligner que l'accentuation de quelques pinceaux vraisemblablement vasculaires allant du hile au diaphragme droit ; à ce moment (15 juin) un prélèvement bronchique montrait aisément des bacilles de Koch à l'examen direct ; ce n'est qu'un mois après que l'image radiologique devenait assez caractéristique, et deux mois et demi après que les examens de laboratoire habituels signèrent une bronchopneumonie tuberculeuse de type banal.

Sans doute les résultats sont loin d'être toujours aussi décisifs, et dans les cas qui nous occupent : scléroses définitives, ou infections encore inconnues, notre méthode reste souvent négative elle aussi après l'échec de toutes les autres. Sur 43 cas, deux fois par l'examen direct, quatre fois par l'inoculation du produit obtenu j'ai pu démontrer l'origine tuberculeuse. Nous avons encore de toute évidence des progrès à réaliser.

L'autre question à laquelle j'ai tenté de répondre — et qui fut d'ailleurs la première à provoquer mes recherches — est celle de la division des crachats. Elle apparaît grosse de conséquences au cours de la collapsothérapie : tout d'abord, pour décider de sa possibilité au cas d'un aspect inquiétant des lésions droites et gauches. Dans 14 cas, quatre fois la réponse fut négative des deux côtés (nous laissant dans le doute et nous réduisant à une surveillance attentive) ; deux fois elle fut positive des deux côtés ; huit fois positive d'un seul côté, elle trancha aussitôt la question de la mise en train d'un pneumothorax artificiel.

Dans une autre série de cas, elle apporta un argument parfois décisif dans la discussion d'une apparente bilatéralisation et de sanction thérapeutique ; sur 11 cas, la réponse fut une fois négative des deux côtés, trois fois positive des deux côtés, sept fois positive pour le seul côté opposé au pneumothorax.

***

Ces premières observations, qui comportent je pense par elles-mêmes leur enseignement, m'autorisent sans doute à quelques conclusions, évidemment provisoires.

Et tout d'abord, la méthode de prélèvement bronchique à la sonde nasale est une méthode vraiment simple, aisément réalisable, et parfaitement supportée par tous les malades (1). Nous n'avons échoué qu'une fois à l'appliquer, chez une jeune fille qui présentait une atrésie extrêmement marquée du rhinopharynx, vraisemblablement hérédo-syphilitique. Je n'ai jamais constaté de réactions douloureuses ou de suites pénibles.

Elle m'a paru très sensible : plus sensible que tous les autres procédés parallèlement mis en œuvre. Sans doute, avons-nous encore des progrès à faire, et est-elle de temps à autre, comme toute réalisation humaine, sujette à des défaillances mal explicables : c'est ainsi que récemment après un résultat négatif d'un double cathétérisme, un examen direct fait quelques jours après montrait pour la première fois des bacilles. Est il besoin de rappeler qu'une épreuve négative ne peut avoir la même valeur qu'une épreuve positive ?

Importante pour le simple diagnostic, la méthode nous paraît peut-être plus importante encore pour la séparation des crachats : apprécier la valeur comparée des lésions des deux côtés est pour le phtisiologue un problème de tous les jours, et dont la solution peut être grosse de conséquences.

(1) Chez les sujets très nerveux il peut être recommandé de la « préparer », par exemple par un comprimé de gardénal la veille au soir.

Enfin, il n'y a pas que la tuberculose. Sans doute le bacille de Koch, réclamera-t-il une bonne part des « pneumopathies d'origine inconnue », des « diagnostics douteux » qui font encore un si gros chapitre de nos registres d'hôpital et de consultation : en tous cas la question des « mycoses » ne me paraît pas pouvoir être abordée autrement.

En tout état de cause, cette méthode, si facile et d'une si parfaite bénignité, fait à Beaujon désormais partie intégrante de notre routine d'examen de l'appareil respiratoire.

La maladie du sommeil

Par P. MILLOUS

Médecin colonel du Corps de Santé colonial

La trypanosomiase à trypanosoma gambienne qui est jusqu'ici la seule connue dans nos colonies est due à l'inoculation à l'homme des formes métacycliques contenues dans les glandes salivaires d'une mouche spéciale la glossina palpalis. Il semble que l'inoculation des formes ordinaires ne puisse créer qu'une infection courte, en tout cas intransmissible à un nouvel hôte ; ainsi s'expliquent les formes fugaces de maladie du sommeil, causées par inoculation de sang de trypanosomés par d'autres espèces de tsé-tsé, en particulier la morsitans, par les moustiques et peut-être les punaises.

La g. technoïdes est aussi considérée généralement comme un vecteur de trypanosomiase humaine mais la guérison souvent facile, quelquefois même spontanée de beaucoup de sommeilleux des régions à tachinoïdes laisse un certain doute sur la transmission des formes transmissibles de la maladie.

La palpalis a des espèces très différentes depuis la grosse palpalis noire de la grande forêt jusqu'à cette petite espèce très claire des régions soudaniennes morphologiquement si particulière que Roubaud a pu se demander si elle ne représentait pas un hybride de tachinoïdes. D'ailleurs ses gîtes sur les bords des mares, des étangs et des fleuves d'un pays ou en dehors des rives on ne rencontre guère que des tachinoïdes et sa ressemblance avec cette dernière tsé-tsé font souvent prendre ces petites palpalis claires pour les mouches ordinaires de la région.

Les palpalis ont des gîtes relativement limités. Dans l'épaisseur de la forêt primaire pas plus que dans la savane on n'en trouve, car la chaleur humide de la grande sylve non aérée la tue aussi bien que la baisse de l'hygrométrie dans la steppe. La palpalis déserte autant l'ombre dense de la futaie, que le grand soleil. Ses gîtes préférés sont les couverts de la végétation arbustive au sol récemment recouvert d'eau. Elle suit la descente de l'eau dans la décrue. Inconnue dans certaines régions aux eaux hautes, disparaissant aux eaux basses de certaines vallées devenues trop sèches, elle cherche les sols meubles, sableux, frais, à l'ombre léger des arbustes que portent les rives des cours d'eau ou qui se dressent à l'orée des taillis, surtout si cette rive ou cette lisière sont orientées au Nord de manière que la mouche jouisse de la lumière sans souffrir du soleil trop cru. C'est au bord des ruisseaux, des mares, des étangs, dans les plantations qu'elle attaque et pique. C'est pourquoi dans les tribus de la forêt moyenne les femmes sont plus atteintes que les hommes parce qu'elles sont piquées en allant à la fontaine ou aux champs, tandis que dans les tribus habitant la zone des galeries forestières, les hommes sont plus touchés parce qu'ils séjournent dans les bois qui bordent les rivières soit pour chasser ou pêcher, soit pour récolter le caoutchouc. Cette récolte du caoutchouc a été, on le sait, un des plus gros facteurs de l'extension de la trypanosomiase. Dans toute la vallée de la Sangha et de ses affluents Kadéi, Mamberé, Ngoko on peut dire que la gomme a détruit les populations qu'elle a enrichi un moment. Dans les tribus de la grande forêt primaire, ce sont surtout les pêcheurs, les habitants des

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

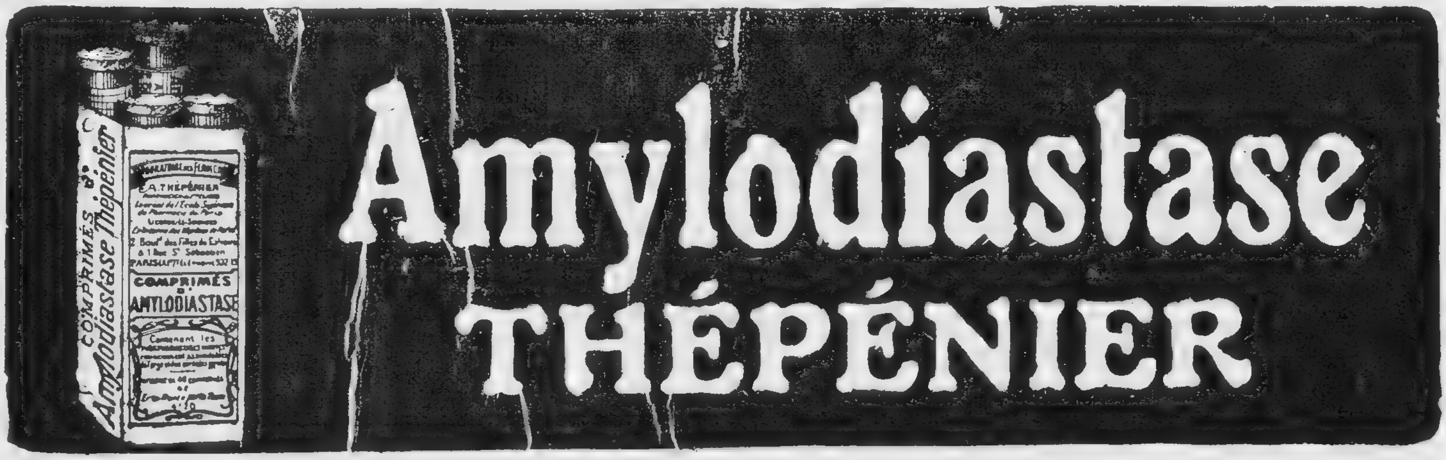
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le "Laboratoire des Ferments" du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

Registre du Commerce de la Seine n° 150.854

îles, les fabricants de tuiles, de raphias, ou de vanneries qui sont atteints.

L'influence de la nature du sol est souvent très caractéristique. Sur la rive droite d'une rivière dont le terrain est dur n'habite pas de palpalis. Sur la rive opposée dont le sol est meuble et léger où abonde le sable fin que la décrue des affluents de cett e rive met lentement à découvert, les palpalis foisonnent. Tel village où l'index de contamination nouvelle reste toujours élevé se situe auprès d'une cuvette au sol tendre et friable d'une rizière. Dans les vallées abruptes et rocheuses on touve peu de palpalis tandis qu'elles foisonnent dans les vallées larges sans grande pente, au sol meuble, dans les plaines sablonneuses humides, dans les clairières à éléphants de la grande forêt, au bord des étangs et des mares résiduelles bordées d'épineux des régions saheliennes. En dehors des gîtes à pupes que nous connaissons dans les clairières à éléphants, dans les bauges des hippopotames qui sont loin de tout lieu habité, il nous reste à découvrir où se trouvent les gîtes à pupes.

Nous sommes aussi mal renseignés sur les différences d'infestations des glandes salivaires des glossines dans les régions à grosse densité de l'index de contamination actuelle et les endroits où cet index est très faible.

La symptomatologie de la trypanosomiase au début n'a rien de caractéristique.

La fièvre dans un pays où le paludisme est fréquent est à peine remarquée, pas plus que la splénomégalie n'est cliniquement différenciée des manifestations palustres ; l'état saburral des voies digestives est banal, les trypanides ne s'observent que rarement même chez les blancs, la tachycardie du début, les œdèmes fugaces, l'hyperthésie superficielle et profonde, la céphalée sont des symptômes la plupart du temps trop peu précis et trop peu marqués pour qu'ils permettent de faire un diagnostic, l'aspect gris lui-même de la peau du malade est presque le même dans la trypanosomiase que dans les autres maladies, l'hypertrophie ganglionnaire (autrefois si caractéristique que les index faits par la palpation des ganglions coïncidaient presque avec ceux de l'examen du suc ganglionnaire) est actuellement une rareté. La ponction ganglionnaire n'est possible que dans 3 % des malades trypanosomés et quand les ganglions sont ponctionnables on ne trouve qu'une fois sur trois des trypanosomes dans le suc ganglionnaire. On le voit, la poly-adénite trypanique qui était à juste titre considérée comme la manifestation la plus sûre de ce qu'on appelait pour cela la période lymphaticosanguine devient presque une rareté clinique. Dans les foyers nouveaux qu'on dépiste encore on retrouve d'ailleurs l'ancienne symptomatologie lymphatico-ganglionnaire. Dans les foyers anciens les ganglions que l'on peut observer ne sont pas les anciennes masses volumineuses à consistance de prune mûre, mais des ganglions à peine hypertrophiés de la grosseur d'un grain de maïs, de consistance dure fibreuse. Il semble donc que le traitement a modifié en partie le virus. Actuellement il est bien difficile de faire un diagnostic clinique de trypanosomiase au début de la maladie du sommeil. La plupart des malades n'observent aucun trouble dont ils aient à se plaindre et s'ils acceptent le traitement lorsqu'on les déclare atteints, c'est qu'ils connaissent l'évolution le plus souvent fatale de la maladie non traitée.

Le diagnostic de l'affection est donc fait à peu près exclusivement par l'examen du sang. Dans certains cas, les trypanosomes ne s'y trouvent qu'à certaines heures.. Les renseignements fournis sur la périodicité de la présence dans le sang périphérique des trypanosomes ne sont pas encore très nettement établis. Il semble cependant qu'on a plus de chances de les retrouver l'après-midi que le matin. Mais la majorité des malades montrent des parasites à toutes les heures de la journée, même la nuit. Il faut cependant savoir que les examens de sangs négatifs ne sont pas des preuves certaines de non-contamination. La contraction de rate par l'adrénaline ne semble pas la plupart du temps augmenter sensiblement le nombre des trypanosomes dans le sang périphérique, mais c'est cependant une méthode qui permet de trouver des parasites dans le sang de malades atteints de troubles nerveux qui, au premier examen, semblaient n'avoir aucun trypanosome dans le sang.

La recherche des trypanosomes dans le sang se fait cliniquement par l'examen du sang frais, par celui du sang après simple, double ou triple centrifugation, par frottis de sang coloré et par examen de sang en goutte épaisse. C'est certainement l'examen du sang à l'état frais qui est le plus facile mais c'est aussi certainement l'examen du sang coloré en goutte épaisse qui donne le plus de résultats positifs. Il ne donne en revanche aucune finesse dans l'examen morphologique des parasites et peut permettre des erreurs chez des observateurs mal avertis ou pressés.

Même quand la maladie progresse, il y a un nombre important de malades dont le liquide céphalo-rachidien est altéré sans qu'on observe chez eux de troubles organiques marqués.

Le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire doit être examiné à l'examen direct qui peut montrer la présence de trypanosomes, puis à la cellule de Nageotte pour numération des éléments cellulaires et ensuite au point de vue albumine avec le tube de Sicard et l'acide trichloroacétique.

On dit que l'altération est faible lorsque le nombre des éléments cellulaires est inférieur à 40 par millimètre cube et que l'albumine n'atteint pas 0,40, que l'altération est forte si ces chiffres sont dépassés.

Au point de vue clinique ces malades peuvent être classés en trois groupes distincts :

1° Ceux qui ne présentent pas de troubles nerveux définis ;
2° Ceux qui sont atteints d'un syndrome nerveux ;
3° Ceux qui ont des troubles mentaux.

Les malades du premier groupe forment la grosse majorité des trypanosomés en deuxième période. L'atteinte du névraxe, révélée par l'altération du liquide céphalo-rachidien, traduit simplement une infection profonde de tout l'organisme.

Les signes nerveux sont d'ailleurs souvent assez frustes et vagues : céphalée plus ou moins violente, hébétude, apathie, somnolence. Les phénomènes d'infection générale sont beaucoup plus marqués : courbatures généralisées, fièvre, troubles digestifs, œdèmes, etc... et c'est souvent à cet état infectieux qu'on peut reconnaître les malades.

Cette infection subaiguë à évolution progressive, amène peu à peu une déchéance totale de l'organisme, aboutissant plus ou moins rapidement à la cachexie ou à la mort.

La mort est due, non pas à l'altération des centres nerveux, mais aux lésions profondes et à la défaillance des principaux viscères.

La meilleure preuve en est que, sous l'influence du traitement, l'inflammation méningo-encéphalique peut disparaître, le liquide céphalo-rachidien redevenir normal et le malade mourir quand même par cachexie progressive.

Dans ces cas, l'atteinte du névraxe doit être considérée uniquement comme un test de la gravité de la trypanosomiase, au même titre qu'une encéphalite évoluant au cours d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une grippe ou d'une affection pulmonaire quelconque.

Mais tandis que dans ces maladies, l'extension de l'infection au liquide céphalo-rachidien est relativement rare, dans la trypanosomiase, au contraire, affection hypervirulente, cette extension est la règle.

Cette règle souffre quelques exceptions et l'on peut voir des trypanosomés maigrir, se cachectiser et mourir, sans jamais avoir présenté la moindre atteinte du liquide céphalo-rachidien, étant prestés, par conséquent, en première période, au sens habituel du mot.

Les symptômes dominants sont ceux d'une infection générale et d'une déficience organique sans que le liquide céphalo-rachidien soit atteint. Le nombre des morts par trypanosomiase qui n'ont pas présenté d'atteinte du liquide céphalo-rachidien est de plus de 11 %.

Chez les malades du second groupe, peu nombreux, si on les compare aux précédents, la localisation ou la prédominance des phénomènes inflammatoires sur les différentes parties du névraxe pourra engendrer différents syndrômes nerveux. D'où les formes hémiplégiques, paraplégiques, épileptoïdes, etc.... décrites dans la trypanosomiase.

Les deux syndrômes nerveux les plus caractéristiques sont le parkinsonisme et la chorée trypanosomique. Le syndrôme choréïque a pu être observé 41 fois sur 4778 sommeilleux de Bonnet et de Montalieu soit 0,09 %. La chorée trypanique est violente, généralisée, rendant chez certains, la marche et même l'alimentation impossible. Dans tous les cas il y avait une altération marquée du liquide céphalo-rachidien avec présence de trypanosomes dans la majorité des cas. L'origine trypanique ne fait aucun doute, car l'hypothèse d'une chorée de Sydenham est facilement écartée puisque chez aucun des malades on ne trouve de troubles cardiaques. De plus, l'évolution des cas observés est essentiellement chronique, malgré l'allure aiguë des phénomènes morbides.

Ces syndrômes choréiques sont très stables et en général subsistent sans aggravation ni amélioration. On ne les observe que très exceptionnellement chez les adultes où ils s'associent lorsqu'ils existent avec une diminution des facultés mentales.

On observe aussi dans la trypanosomiase le syndrôme bradykinétique, qui est aussi singulièrement stable et persistant. Presque tous ces malades ne présentent presque jamais de troubles mentaux. L'attribution du syndrôme de la trypanosomiase ne fait aucun doute, car chez ces malades on trouve des parasites dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien. Faciès figé, aspect soudé, tremblements légers sont les principaux signes caractérisant ce syndrôme parkinsonien fruste. Chez ces malades, le traitement n'a qu'une influence insignifiante sur les symptômes choréiques ou parkinsonniens bien que la médication améliore nettement la formule liquidienne.

Au total le pourcentage des affections nerveuses constatées sur 4778 trypanosomés :

Parkinsonisme	41	soit	0 8 %
Chorée	32	—	0 67
Athetose	4	—	0 01
Paralysie	19	—	0 39

Sur le même nombre de malades il a été trouvé 9 déments. Ceux-ci peuvent se diviser en 2 groupes :

Confusion mentale trypanique..	6 soit	0 01 %
Paralysie générale trypanique..	3 soit	0 005 %

A ces fous il faut ajouter le délire de certains trypanosomés. Ce délire le plus souvent à forme maniaque est le symptôme caractéristique d'une forme de maladie du sommeil qui évolue en 1 ou 2 semaines vers la mort. Elle a été observée seulement dans 0,002 % des cas de trypanosomiase au Cameroun.

Pour les déments dont la trypanosomiase n'a pas cette forme à évolution rapide on arrive, par le traitement, à guérir la trypanosomiase, mais dans 80 % leurs troubles mentaux subsistent sans aucune amélioration.

La *prophylaxie* de la maladie du sommeil peut se faire par action sur le trypanosome ou par action sur la mouche.

La mouche peut être atteinte à l'état de pupe ou à l'état adulte. La lutte contre les mouches adultes à l'aide de pièges ou à l'aide de glu ne donne guère de résultats tangibles. Mais on peut protéger l'homme contre les mouches en leur interdisant l'accès de certaines régions où les tsé-tsé sont trop nombreuses. On peut par une destruction attentive de la végétation arbustine rendre moins dangereux les points d'eau, les gués, les bacs, les abords des villages et des plantations mais les débroussaillements n'ont d'action que s'ils sont surveillés avec la plus grande attention et continuellement entretenus, car les petits arbustes sont des couverts qui deviennent des gîtes à tsé-tsé. Les arbres doivent être déracinés et non abattus à distance de la terre ; car les troncs pourris sont sans doute des gîtes à pupes. Les troncs d'arbres abattus doivent ne pas être laissés sur le terrain car eux aussi, surtout s'ils sont à moitié consumés par le feu, forment un mélange de cendre et de bois pourri qui peuvent former des gîtes à pupes. C'est là d'ailleurs le grand danger des feux de brousse qui, au contraire de ce qu'on pourrait croire, créent plus de gites à pupes et à mouches qu'elles ne détruisent de tsé-tsé. En faisant périr le gibier, les feux de brousse rendent les mouches plus agressives pour l'homme.

La deuxième méthode de prophylaxie est la prophylaxie médicamenteuse. Cette méthode aurait des résultats absolus si on pouvait :

1° Visiter absolument toute la population,
2° Déceler tous les trypanosomés,
3° Les stériliser tous et les maintenir stérilisés.

Ces conditions sont évidemment impossibles à réaliser mais la nécessité d'avoir un recensement très près de la vérité, la nécessité de rechercher activement tous les absents, sont des nécessités au point de vue prophylaxie de la trypanosomiase et conditionnent l'efficacité de la prophylaxie médicamenteuse.

Celle-ci consiste dans le traitement de tous les malades jusqu'à leur stérilisation.

Le traitement de la trypanosomiase humaine a commencé à être actif avec l'arsenic sous forme d'orpiment, mais il n'a été réellement efficace qu'avec les arsenics trivalents et les antimoniaux.

Durant longtemps l'atoxyl a guéri les trypanosomés, les a tout au moins stérilisés en grand nombre pendant assez longtemps. Mais très souvent déjà la disparition définitive des parasites dans le sang n'était obtenue qu'avec l'émétique. Il semble même que dans les foyers neufs, où le traitement des malades n'a pas encore été fait, on obtienne des résultats temporaires mais très constants avec l'atoxyl. Mais dans les foyers anciens traités depuis longtemps on n'obtient guère plus de 50 % de stérilisations dont 40 % seulement se maintiennent, soit à peine 10 % de guérisons définitives. On a, il est vrai, allégué que parmi les malades présentant des rechutes il y en avait beaucoup qui étaient réinfectés. L'argument est valable, mais il est vrai aussi pour les autres médications qui donnent des succès durables en beaucoup plus grand nombre.

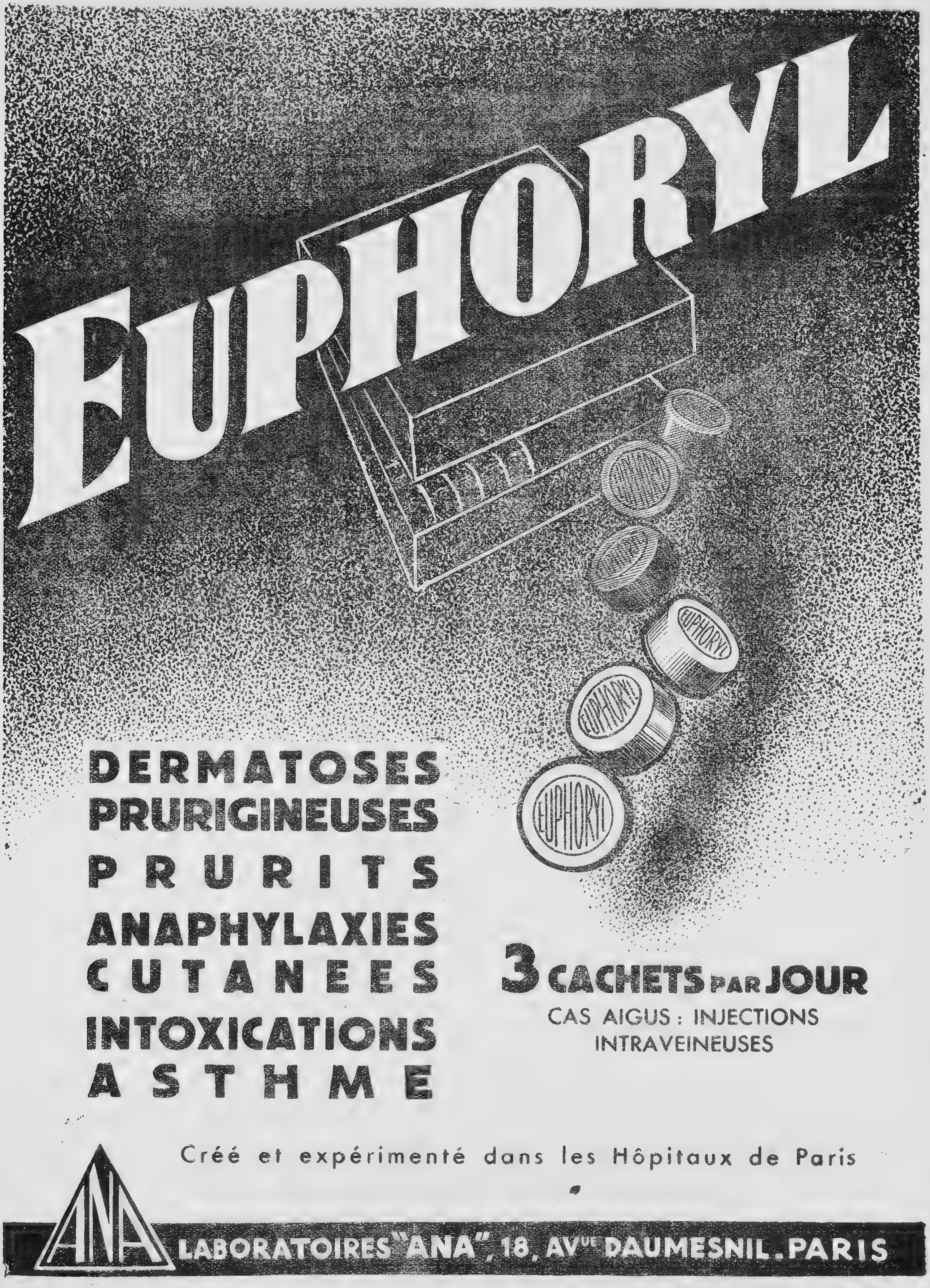
La tryparsamide, autre arsenical pentavalent, lorsqu'elle fut introduite en thérapeutique, fut considérée comme ayant une action stérilisante. Elle n'a été ensuite employée que comme médicament de la 2e période. On faisait précéder son usage d'une cure d'atoxyl ou d'orsanine. Les observateurs du Cameroun qui opéraient sur des dizaines de milliers de malades constatèrent que ce traitement atoxyl-tryparsamide n'empêchaient pas dans un très grand nombre de cas l'altération secondaire du liquide céphalo-rachidien, au point que la tryparsamide fut accusée de favoriser cette altération alors que seulement elle ne l'empêchait pas.

L'osanine, nouvel arsenic pentavalent, est d'une activité plus grande que l'atoxyl et que la tryparsamide. Lorsqu'elle fit son entrée dans la thérapeutique, elle sembla avoir des succès exceptionnels qu'on n'a pu obtenir plus tard qu'en augmentant les doses. Aussi la dose primitive de 0 gr. 02 par kilog de poids de malade a dû être portée à 0 gr. 03 par kilog et même, à l'hôpital, après un examen serré du malade, à 0 gr. 04.

Avec 0 gr. 03 par kilog de malade, donnés en injections intra-musculaires, ou si le malade est douillet, en injections intra-veineuses, on arrive à stériliser environ 60 % des malades après une série de 12 injections hebdomadaires. En faisant une nouvelle série de 12 injections d'orsanine, on arrive à n'avoir que 6 % de rechutes sanguines au cours du traitement. En employant la dose de 0 gr. 04 par kilog de poids durant 12 injections, surtout si on les pratique non plus tous les 7 jours mais tous les 5 jours, on arrive après une seule série à n'avoir que moins de 2 % de rechutes.

Mais ces doses d'orsanine nécessitent non seulement un examen préalable de tous les appareils organiques avant le traitement, mais une surveillance rigoureuse au cours de la cure. Même à dose de 0 gr. 03 par kilog, le traitement à l'orsanine demande beaucoup d'attention. L'orsanine fait maigrir tous les malades traités. Quand cette perte de poids ne dépasse pas 5 kilogs, on peut continuer la médication, mais si l'amaigrissement est excessif et allant plus de 7 kilogs, on doit arrêter le traitement par l'orsanine.

D'ailleurs les malades qui doivent rechuter, le font en général au cours ou à la fin de la 2e semaine de traitement. Or, nous possédons avec le moranyl non arsenical, mais dérivé de


EUPHORYL
EUPHORYL
EUPHORYL
EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
ASTHME
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS
INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVUE DAUMESNIL. PARIS

l'urée, une médication qui peut non seulement être substituée aux arsenicaux, mais qui peut leur être associée.

Les rechutes sanguines au cours du traitement de l'orsanine sont à peu près toutes jugulées par trois injections hebdomadaires de moranyl, la 1re à 0 gr. 01 par kilog de malade, la 2e à 0 gr. 02, la 3e à 0 gr. 03 par kilog de poids de malade. On consolide ce résultat avec 12 nouvelles injections d'orsanine. La stérilisation obtenue, il est nécessaire de continuer à observer le malade pour noter si les trypanosomes n'apparaissent plus dans le sang et si son liquide céphalo-rachidien continue à être normal, au point de vue éléments et au point de vue albumine.

Il est sage d'observer le sang tous les jours, durant la semaine qui suit le traitement, toutes les semaines le mois suivant, tous les mois jusqu'à la fin du trimestre, de faire alors une ponction lombaire et de renouveler cette ponction d'abord six mois après, ensuite une fois tous les ans durant cinq ans. Quoiqu'il soit possible qu'une si longue observation ne soit pas indispensable, il est sage de la maintenir tant que nous n'avons pas de test effectif de guérison.

Le traitement des malades dont le liquide céphalo-rachidien est altéré et de ceux dont l'état général est mauvais, cachectiques précoces, bouffis, de ceux qui ont trop maigri avec l'arsenic, doit être administré sur d'autres bases.

On utilise l'action tonique très considérable de la tryparsamide, mais comme cet arsenical n'a, aux doses non dangereuses, guère d'action stérilisante, on emploie le mélange moranyl-tryparsamide dosé de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 de tryparsamide et de 0 gr. 01 à 0 gr. 0075 de moranyl par kilog de malade, en séries de 12 injections hebdomadaires. On arrive ainsi à ramener de 75 à 80 % des liquides céphalo-rachidiens à la normale. En augmentant le moranyl jusqu'à 0 gr. 03 par kilog et en continuant la tryparsamide après quelques repos durant 12 nouvelles injections, on diminue encore le nombre des malades qu'on ne peut pas guérir. Beaucoup de ceux que l'on n'a pu ramener complètement à la santé, sont d'ailleurs améliorés. D'autres auront un liquide céphalo-rachidien qui tendra à venir spontanément normal un mois après la fin du traitement. Chez les malades dont on a pu ramener à la normale le liquide céphalo-rachidien, il faut la plupart du temps faire de nouvelles séries de traitement dès que le liquide céphalo-rachidien présentera de nouveaux troubles. Chez 75 % des malades il faut deux séries de moranyl-tryparsamide pour obtenir un liquide céphalo-rachidien dont le retour à la normale se maintienne.

Enfin il y a un nombre encore important de malades chez qui le traitement échoue.

On essaiera de rendre plus actif ce traitement en mordançant en quelque sorte son activité par des injections d'émétique de potasse ou d'émétique d'aniline, ou par des injections de sang de convalescent de trypanosomiase ayant très rapidement guéri.

Mais dans bien des cas, heureusement de plus en plus rares à mesure que le traitement est précoce, que la surveillance de la stérilisation du sang et du maintien ou du retour à la normale du liquide céphalo-rachidien est surveillé de très près, tout traitement échoue.

Les accidents dus aux arsenicaux pentavalents sont surtout les accidents oculaires.

La tryparsamide est le plus dangereux, l'atoxyl donne moins d'accidents, l'orsanine moins encore. Les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude à 20 % à la dose de 10 c. c. administrées en même temps que les arsenicaux arrêtent la majorité des accidents et permettent la continuation du traitement pour laquelle il vaut cependant mieux avoir recours au moranyl pur au lieu de continuer les arsenicaux.

L'hyposulfite de soude permet même souvent d'améliorer des anciens malades chez qui les arsenicaux avaient amené des troubles oculaires, surtout si on associe à l'hyposulfite le cyanure de mercure, car la majorité des accidents oculaires de l'orsanine ne s'observent que chez les malades dont le sérum sanguin a une densité optique supérieure à 20 de l'échelle de Vernes.

CLINIQUE UROLOGIQUE

De l'emploi du radium dans certaines affections des voies urinaires

Par M. le Professeur **MARION**

Au début de l'emploi du radium on l'utilisa dans les maladies des voies urinaires comme dans les maladies d'autres organes sans règles précises et les résultats ne furent pas toujours favorables. Avec une plus exacte appréciation des possibilités de son action et d'après les résultats obtenus dans les cas où il fut employé, on peut aujourd'hui préciser les indications de son emploi et l'utiliser, sinon avec la certitude d'obtenir des résultats satisfaisants, tout au moins sans faire courir de dangers aux malades.

Le radium peut être utilisé avec avantage dans une série d'affections des voies urinaires inférieures, les affections du rein et de l'uretère ne comportant pour le moment pas d'indications de l'emploi du radium.

On peut l'utiliser soit à titre curatif, soit à titre simplement palliatif. J'étudierai l'emploi de cette substance, non pas d'après les résultats définitifs ou passagers qu'elle peut fournir, mais d'après les affections dans lesquelles nous pouvons l'employer, et je vous dirai ensuite comment il faut l'utiliser.

L'emploi du radium dans les AFFECTIONS DE L'URÈTRE se réduit au traitement des angiomes et des tumeurs.

Nous observons de temps en temps des urétrorragies spontanées, et en présence de ces urétrorragies il est formellement indiqué de pratiquer une urétroscopie. Celle-ci nous démontre mis à part les rétrécissements, qu'il s'agit de tumeurs, papillomes ou épithéliomas, ou d'angiomes.

Les urétrorragies au cas d'*angiome* apparaissent plus ou moins précocement. L'angiome, bien que d'origine congénitale, prend un développement plus considérable avec l'âge et finit par donner lieu à des hémorragies quelquefois importantes.

Il est des angiomes localisés qui peuvent être détruits par l'électro-coagulation provoquant au niveau de la région étincelée une cicatrice qui amène sa disparition. Mais il est des angiomes en quelque sorte diffus qui ne sont pas justiciables d'un semblable traitement sous peine de provoquer des rétrécissements plus ou moins importants du canal, et dans ces cas il faut préférer l'emploi du radium à l'étincelage. On sait que pour les angiomes en plaques de la peau l'application de radium amène leur disparition et la production d'une cicatrice souple, non rétractile ; il en est de même pour l'urètre et dans ces conditions il est indiqué de traiter les angiomes urétraux étendus par une application de radium. Ces applications ont une action très efficace et à la suite d'une ou deux applications on voit les urétrorragies cesser et les saillies ou les taches angiomateuses disparaître complètement de l'urètre.

Les polypes de l'urètre sont trop faciles à détruire par l'étincelage pour qu'on ait recours au radium.

Dans les *épithéliomas* de l'urètre l'ablation large est évidemment la méthode de choix, mais elle n'est pas toujours possible car souvent les malades ne viennent consulter que lorsque la tumeur est déjà inopérable. Chez l'homme à cette période le cancer est déjà tellement étendu en général que le radium même n'a plus ses indications ; mais chez la femme il peut véritablement donner des résultats excellents celle-ci venant consulter plus précocement et la tumeur étant encore accessible aux radiations alors qu'elle est déjà inenlevable. Autrefois M. Legueu a publié un très beau cas de guérison, au moins momentanée, d'un de ces cancers inopérables.

Deux AFFECTIONS DE LA PROSTATE peuvent donner lieu à l'emploi du radium : l'hypertrophie et le cancer.

Dans *l'hypertrophie de la prostate* le radium peut avoir plusieurs indications. D'une part on peut chercher à réaliser par l'application du radium une atrophie de la prostate suffisante pour faire disparaître une rétention complète ou incomplète d'urine ; d'autre part, grâce au radium, on peut mettre fin à certains incidents hémorragiques. Enfin peut-être le radium arrêterait-il l'évolution d'une hypertrophie de la prostate qui n'est pas encore compliquée, mais qui aura tendance à évoluer comme le font presque toutes les hypertrophies de la prostate.

En 1925 j'avais pratiqué un certain nombre d'applications du radium dans l'hypertrophie de la prostate pour des accidents de rétention complète prolongés. J'avais publié les résultats avec la Doctoresse Kogan et ces résultats étaient dans beaucoup de cas extrêmement favorables. Récemment encore mon élève Bouchard, à la Société d'Urologie, signalait les bons effets obtenus par son emploi.

Il est évident qu'au cas de rétention d'urine dans une hypertrophie de la prostate on n'emploiera pas le radium, qui n'est en somme qu'un palliatif, si l'on peut, en raison des conditions générales du malade, supprimer l'adénome péri-urétral. On ne conseillera pas non plus le radium si chez un malade on peut détruire facilement un lobe médian petit par l'étincelage. Mais chez des sujets fragiles de par leur âge ou de par leur constitution, porteurs d'une prostate volumineuse qui, dans le cas où elle serait traitée par l'étincelage ou par un punch, ne pourrait donner qu'un résultat incomplet et au prix d'intervention multiples non dépourvues toujours de danger, il est raisonnable de conseiller le radium. Dans beaucoup de cas il a donné des résultats complets, sinon définitifs, tout au moins prolongés, c'est-à-dire qu'il a fait cesser une rétention qui existait depuis plusieurs mois. Dans d'autres cas il a fait diminuer notablement ou complètement un résidu important. Dans d'autres cas les résultats n'ont pas été aussi bons, ils n'ont été que partiels ; et enfin dans certains ils avaient été complètement nuls. Mais il faut tenir compte de ce fait que dans plus de la moitié des cas le résultat avait été véritablement bon et qu'il fut obtenu sans faire courir aux malades le moindre danger.

A titre palliatif peut-être conviendrait-il d'utiliser le radium lorsque l'on constate une prostate qui semble vouloir évoluer, le résidu devenant de plus en plus important. On a conseillé la radiothérapie. Or il n'est pas douteux que le radium agira d'une façon beaucoup plus efficace. Le Docteur Huc (de Tours) récemment signalait un cas dans lequel le malade avait été traité par le radium pour une hématurie. Or ce malade, qui était un prostatique en état de résidu assez important, avait vu disparaître ce résidu et ce n'est que sept ans après que les accidents de rétention avaient reparu. Le radium semble donc pouvoir agir efficacement sur certaines prostates en arrêtant leur évolution, et, je le répète, chez des malades qui craignent cette évolution pourrait-on leur proposer cette application de radium qui ne présente aucun inconvénient.

A la suite de ces applications en effet on ne note pas d'autre réaction que celle provoquée par la mise en place de la sonde à demeure. Certains urologues ont craint que l'application de radium ne provoque par la sclérose une adhérence de l'adénome prostatique qui deviendrait difficile à enlever si on avait à le supprimer. Pasteau en a cité un cas. Je n'ai enlevé qu'une prostate après application de radium, cette ablation fut facile, mais je dois dire que l'application de radium qui avait été sans résultat datait de très peu de temps et il est possible que la réaction scléreuse n'ait pas eu le temps de se faire.

Contre les hémorragies de la prostate le radium a une efficacité très grande : j'y reviendrai tout à l'heure à propos des hémorragies du cancer.

Le *cancer de la prostate* a été également traité par le radium. Chauvin (de Marseille) a beaucoup préconisé comme traitement curatif du cancer de la prostate les aiguilles de radium introduites dans la tumeur directement au moyen d'une incision périnéale. Il faut avoir affaire à des tumeurs encore peu étendues et cependant qui paraissent déjà inenlevables par les adhérences qu'elles ont pu prendre dans le petit bassin. Si ces adhérences n'existent pas, je pense qu'il est préférable d'enlever le néoplasme : mais dans ces cas intermédiaires entre le cancer opérable et le cancer diffus des aiguilles de radium peuvent être efficacement employées et ont donné dans bien des cas des résultats satisfaisants. On peut dire que presque toujours ces résultats ne sont que passagers, ils font disparaître localement le foyer cancéreux où ont été appliquées les aiguilles de radium, mais ils n'empêchent pas toujours la progression du mal.

Récemment j'enlevais une prostate dans laquelle j'avais placé des aiguilles de radium pour un néoplasme relativement au début développé sur un adénome. Le malade avait vu disparaître partiellement une rétention complète d'urine, mais il gardait cependant un résidu assez notable. Or, quelques mois plus tard, il revenait et il était impossible de percevoir par le toucher rectal une induration néoplasique au point où les aiguilles avaient été appliquées : mais le néoplasme avait progressé dans l'adénome sans le rendre inopérable. J'enlevai donc la masse comme un adénome prostatique. Lorsque je confiai la pièce à mon chef de laboratoire celui-ci me répondit qu'elle était constituée de deux parties une partie nécrosée au point où avaient été appliquées les aiguilles et une partie néoplasique dans le reste de la masse. Les points néoplasiques durs que l'on sentait avaient donc été détruits, mais le néoplasme n'avait pas cessé d'évoluer à la périphérie. Malgré tout, on pouvait considérer le résultat comme relativement satisfaisant puisque d'une part la partie irradiée avait été nécrosée, et que la tumeur qui restait était opérable alors qu'elle ne l'était pas primitivement.

A titre palliatif le radium peut être employé dans le cancer de la prostate par les voies naturelles. Il donnera parfois de bons résultats passagers. Il y a quelques années un capitaine de vaisseau en rétention complète et qui, pour ce fait, avait été cystostomisé, était sur le point d'être mis à la retraite pour son affection. Après deux applications de radium par voie urétrale il recouvra la miction, put laisser fermer la cystostomie et put encore pendant deux ans reprendre son service.

Pour la prostate, qu'il s'agisse d'hypertrophie ou de cancer, le radium trouve son indication dans les *hémorragies* que peuvent provoquer ces affections. Dans l'hypertrophie comme dans le néoplasme on peut voir des hémorragies véritablement extrêmement importantes ; la sonde à demeure les arrête souvent, mais souvent aussi elle échoue, et dans ces conditions il est utile de pratiquer par les voies naturelles une application de radium qui mettra fin, on peut dire toujours, à l'hémorragie.

Dans les affections DE LA VESSIE le radium a également des indications très précises. On l'a employé à titre curatif dans les tumeurs malignes papillaires, c'est-à-dire végétantes, dérivées d'un papillome dégénéré. Ce sont des tumeurs radiosensibles et l'implantation d'aiguilles de radium dans la tumeur et autour de la tumeur par la taille a donné des résultats extrêmement favorables. C'est la méthode qu'emploie M. Darget pour traiter ces tumeurs. Je dois dire qu'en la circonstance, du moment qu'on ouvre la vessie, il est aussi simple de pratiquer l'ablation large du papillome, à moins que celui-ci ne soit situé au niveau d'un orifice urétéral qu'il faudra reséquer.

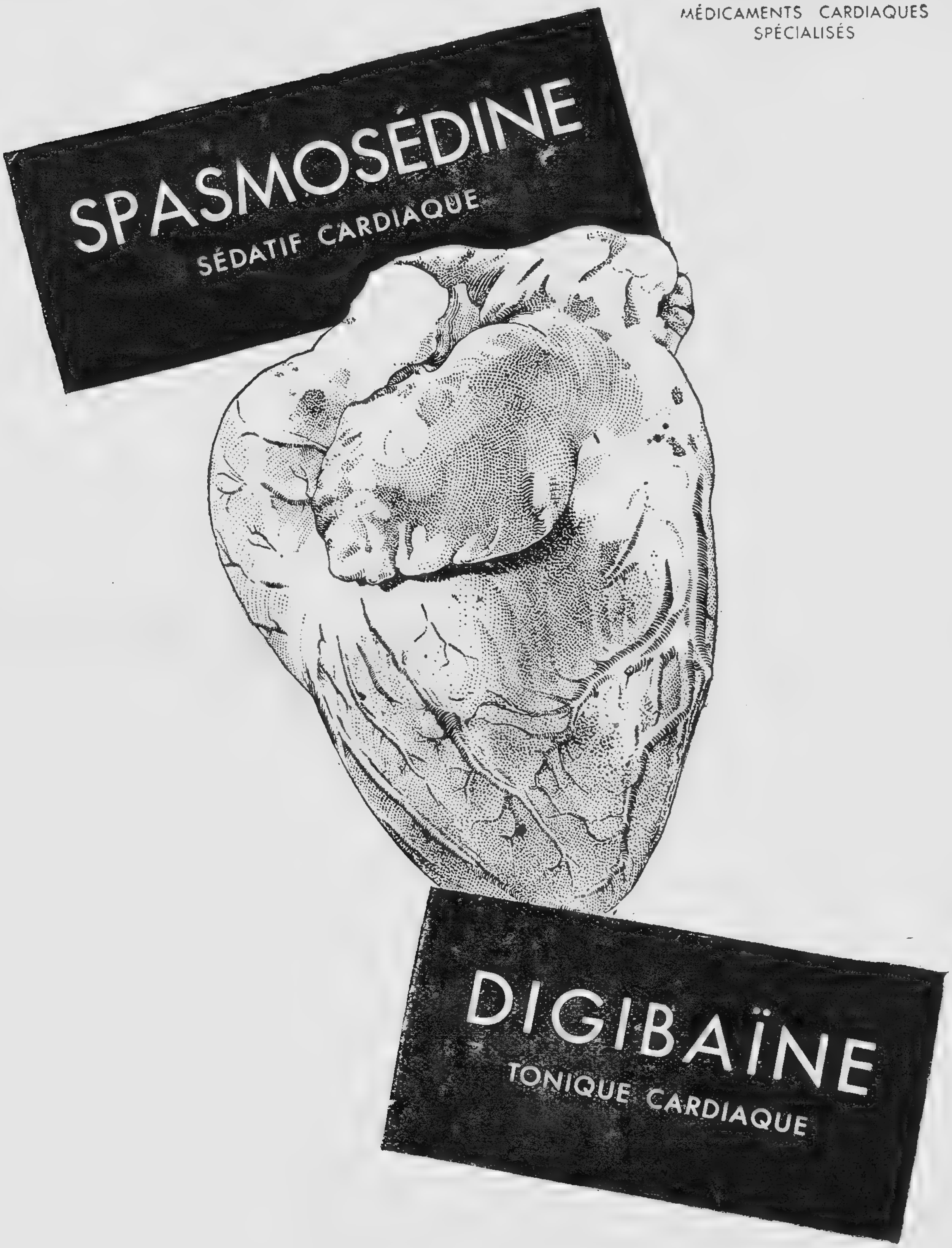
Les aiguilles de radium ont été également employées dans les tumeurs inopérables de la vessie, qui ne sont plus des épithéliomas végétants papillaires. Les résultats ont été extrêmement différents car la plupart de ces tumeurs ne sont pas radio-sensibles et les malades n'en éprouvent aucun bénéfice.

Dans ces cas également on s'expose à des accidents immédiats graves, soit par suite de la résorption des substances provoquées par la désintégration du néoplasme, soit par suite de l'infection des parois vésicales et des tissus péri-vésicaux due aux plaies produites par l'implantation des aiguilles dans un milieu très infecté. On voit souvent les malades mourir de septicémie d'une façon très rapide.

On a également employé le radium comme complément d'une intervention pour ces tumeurs non papillaires. Là encore, les résultats n'ont pas répondu à l'attente de chirurgiens et l'on peut dire que si l'application de radium n'a pas aggravé l'opération, elle n'a pas donné non plus de résultats

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS



les 2 médicaments cardiaques essentiels

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Les pansements humides en thérapeutique dermatologique

Les pansements humides sont employés en dermatologie dans deux cas bien différents : lorsqu'il y a de l'infection, lorsqu'il y a de la congestion ou de l'irritation.

Dans les dermatoses primitivement ou secondairement microbiennes, les pansements humides antiseptiques jouent le même rôle que dans les plaies infectées. Il est donc inutile de nous étendre sur leurs indications et sur leur technique. Ils sont détergents par excellence et décongestionnants, leur action antiseptique n'est pas négligeable. Mais, plus encore qu'en chirurgie, on doit donner la préférence aux solutions antiseptiques non caustiques, donc aux antiseptiques dit généralement faibles. L'eau d'Alibour elle-même, si précieuse en lotion, ne doit être utilisée qu'avec prudence et très diluée, car elle peut être irritante. Les solutions dites cytophylactiques peuvent avoir une action cicatrisante très favorable.

Le seul point délicat et qui nécessite un peu d'expérience, est celui de l'emploi des applications humides antiseptiques dans les dermatoses secondairement infectées. On risque, dans ce cas, en prolongeant les pansements humides, de dépasser le but recherché qui est de lutter contre l'infection et de provoquer une irritation nouvelle de l'affection primitive. Ainsi, dans les eczémas impétiginisées, on peut se trouver bien des pansements humides à l'eau d'Alibour très diluée, à condition toutefois que ceux-ci ne soient pas continués au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures. Passé ce délai, on pourra prolonger leur action antiseptique par les lotions avec une solution plus forte (eau d'Alibour forte diluée au 1/10 par exemple). Dans le doute d'ailleurs, il serait encore bien préférable de renoncer aux applications humides antiseptiques et de recourir à la méthode que nous indiquerons plus loin : les applications humides simples ou émollientes sur une pâte à l'oxyde de zinc épaisse (dans ce cas, avec adjonction d'un antiseptique).

Dans les affections cutanées non microbiennes, les applications humides constituent un pansement propre et pratique qui est à la fois détersif, émollient, antiphlogistique. Ces propriétés résument les indications de leur emploi. On les réservera aux formes congestives, douloureuses, suintantes ou croûteuses des dermatoses irritables et de l'eczéma en particulier. On les emploiera préalablement à toute autre thérapeutique pour calmer l'irritation et préparer ainsi le terrain aux applications de pâtes ou de pommades. Mais on pourra aussi les prescrire lorsqu'une dermatose aura été irritée par une application médicamenteuse intempestive ou bien lorsque siégeant sur une région de tissu cellulaire lâche (paupières, région génitale) elle provoquera un œdème volumineux et pénible à supporter.

La technique de ces pansements humides est très simple. On emploiera pour les humecter soit l'eau bouillie simple, soit une décoction dite émolliente. On prescrira dans ce dernier cas la guimauve, la camomille, le pavot, les feuilles de noyer, la racine d'aunée, le sureau, etc... Ces décoctions seront toujours faibles. Il suffira d'une dizaine de têtes de camomille ou de cinq à six morceaux de racine de guimauve gros comme des billes pour faire un litre de décoction. La préparation se fera seulement au moment de l'emploi. Ce qui ne sera pas utilisé sera jeté. Les applications seront faites tièdes ou même froides, suivant l'intensité des phénomènes subjectifs. on plongera dans l'eau de la tarlatane sans apprêt pliée en dix ou quinze épaisseurs, on l'exprimera fortement et on l'appliquera sur les surfaces malades. Pour éviter la macération des téguments sous l'imperméable qui doit recouvrir le pansement, on interposera entre lui et la tarlatane une couche plus ou moins épaisse de coton hydrophile destiné à absorber en partie l'humidité : les pansements seront renouvelés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

Mais il est préférable d'utiliser une technique beaucoup plus perfectionnée de ce vieux pansement humide, modernisation du cataplasme de nos ancêtres. Elle mérite d'être mieux connue car elle enlève à la méthode ancienne tous ses inconvénients : adhérence sur les bords, irritation des zones de peau saine, macération, etc... C'est le procédé des *pansements humides sur pâte à l'oxyde de zinc*.

A vrai dire, on le trouve bien signalé dans les auteurs classiques (voir en particulier les ouvrages de Brocq et de M. Darier) mais en quelques lignes et comme un procédé d'exception. Les résultats qu'on obtient par son emploi systématique sont tels qu'il est, croyons-nous, souhaitable de le voir se diffuser.

Les pansements humides, faits comme ci-dessus, sont appliqués sur des couches *épaisses* d'une pâte à l'oxyde de zinc. On emploiera soit la pâte classique dite de Lassar, dont il n'est pas inutile peut-être de rappeler la formule :

Oxyde de zinc .... }
Amidon .... }
Vaseline .... } ââ
Lanoline .... }

soit mieux une pâte épaisse suivant la formule :

Oxyde de zinc .... }
Talc .... }
Amidon .... } ââ
Vaseline .... }
Lanoline .... }

soit encore, surtout si la dermatose est très irritée ou très irritable, une pâte à l'huile, plus calmante que l'on prescrira ainsi :

Oxyde de zinc .... }
Talc .... }
Amidon .... }
Huile de noyaux .... } ââ
Vaseline .... }
Lanoline .... }

Cette pâte, surtout si elle est préparée à chaud, sera plus onctueuse que les précédentes et s'étendra beaucoup mieux surtout en hiver ou par temps froids. Par contre, en été, pendant les grosses chaleurs, la première et surtout la seconde, adhéreront mieux et joueront mieux leur rôle d'isolant neutre.

On pourra recourir à cette méthode des pansements humides sur couches épaisses de pâte neutre même dans les poussées très aiguës d'eczéma papulo-vésiculeux dans lesquelles les pâtes sont déconseillées par les classiques parce qu'« échauffantes » pour la peau et provoquant la macération. Les pansements humides feront tolérer la pâte à l'oxyde de zinc et celle-ci empêchera les actions secondaires défavorables des pansements humides.

Enfin, comme nous le disions plus haut, s'il s'agit d'une dermatose secondairement infectée pour laquelle on craint l'action irritante des pansements humides antiseptiques, on pourra ajouter à la pâte à l'oxyde de zinc un antiseptique à faible dose (oxyde jaune de Hg à 0 gr. 50 ou 1 gramme pour 100) et appliquer sur les couches épaisses de la pâte un pansement humide simple ou émollient.

Rien n'empêche d'ailleurs d'employer de la même façon, à la place des pansements humides, des cataplasmes de fécule de pomme de terre, qui dans les cas de dermite aiguë donnent souvent des résultats meilleurs et qui conviennent surtout aux dermites de peu de surface alors que les pansements humides sont préférables lorsque les surfaces malades sont très grandes.

Cette façon nouvelle d'utiliser les vieilles thérapeutiques qui ont fait leurs preuves et qu'on a injustement trop délaissées, méritait, nous semble-t-il, d'être mieux connue. Elle est susceptible de donner de très brillants résultats et elle peut être mise en œuvre très simplement par le malade lui-même ou par son entourage. N'exigeant aucune précaution spéciale mais seulement un peu de soin.

J. Rousset.

favorables. Elle serait donc plutôt à déconseiller dans ces cas de tumeur cancéreuses non papillaires.

Le radium a pu être également employé par la voie naturelle dans les tumeurs de la vessie avec quelques succès, tout d'abord dans des tumeurs papillaires que l'on a jugé inopérables en raison de leur étendue, et il a pu donner de bons résultats.

Un de mes malades à la suite de cette application par les voies naturelles resta guéri sept ans, et s'il récidiva ce fut du côté opposé. Comme une première tumeur avait englobé l'uretère droit et que la seconde entourait l'uretère gauche, je crus prudent de ne pas intervenir et je fis une nouvelle application de radium, qui du reste ne donna qu'un résultat très momentané et le malade succomba à des accidents d'anurie.

On peut employer le radium pour essayer de retarder l'évolution d'un néoplasme et dans ces cas, si l'on n'obtient pas un résultat très net, tout au moins on n'aura pas aggravé la situation du malade par une intervention telle que la taille.

Là où le radium a véritablement une influence extrêmement favorable, c'est dans les hématuries d'origine vésicale : qu'elles soient dues à un papillome, qu'elles soient dues à une tumeur, les hématuries cèdent, on peut le dire, toujours à une application de radium.

Les applications de radium auront leurs indications dans les tumeurs malignes inopérables et saignantes, mais elles peuvent avoir également leur indication dans de simples papillomes qui saignent de telle façon, la sonde à demeure ne les faisant pas cesser, qu'il est impossible de pratiquer une cystoscopie pour reconnaître l'existence du papillome et ses caractères. Dans ces cas, une application de radium arrêtant l'hémorragie permettra de savoir à quoi on a affaire et d'instituer la thérapeutique qui convient à ces cas.

Enfin il n'est pas douteux que le radium agissant sur les papillomes, tumeurs radio-sensibles, n'ait une influence très favorable pour éviter les récidives parfois si fréquentes dans certains cas de tumeur papillaire.

Il y a quelques années, après le Docteur Gauthier (de Lyon), j'avais opéré d'abord par la taille, puis fulguré peut-être douze ou quinze fois des papillomes chez un malade, papillomes qui récidivaient avec une rapidité extraordinaire. Je proposai, pour arrêter l'évolution et la récidive de ces papillomes, une application de radium. Celle-ci donna véritablement un résultat excellent, car à partir de ce moment je n'eus plus à fulgurer qu'une fois un tout petit papillome et la guérison fut définitive. Il est évident que dans ce cas les greffes papillaires avaient été détruites par l'application de radium.

Cela étant dit sur les indications du radium dans différentes affections de l'urètre, de la prostate ou de la vessie, comment pouvons-nous l'appliquer ?

Pour les applications urétrales, portant sur l'urètre antérieur ou sur l'urètre postérieur, dans le cas d'hypertrophie de la prostate par exemple, ces applications seront pratiquées par la voie naturelle au moyen d'une sonde spéciale qu'a fait construire la Doctoresse Kogan, possédant deux conduits, l'un petit qui débouche à l'extrémité de la sonde et permet l'écoulement de l'urine, l'autre d'un calibre suffisant pour permettre la mise en place dans son intérieur des tubes de radium.

Si l'application est faite pour un angiome, on localisera exactement la situation de cet angiome au moyen de l'urétroscopie et on placera les tubes de radium dans la sonde de façon qu'ils correspondent exactement à l'angiome.

S'il s'agit d'une application pour affection de la prostate on placera les tubes de radium à l'extrémité même de la sonde que l'on aura introduite jusque dans la vessie, la partie où se trouvent les tubes restant dans l'urètre prostatique.

Ces applications sont généralement faites à la dose de 55 milligrammes de radium-élément ; elles durent entre 36 et 48 heures ; elles ne présentent aucun inconvénient et l'on peut dire qu'elles ne sont pas suivies d'une réaction violente de l'urètre qui paraît bien supporter l'action du radium.

Lorsque pour un cancer de la prostate on emploiera le radium par les voies naturelles, il est utile d'employer ce radium par la voie rectale en même temps que par la voie urétrale ; mais dans ce cas le radium rectal devra être de faible dose, et 25 milligrammes de radium-élément seront plus que suffisants. D'autre part il ne faudra pas prolonger l'application rectale au delà de 24 heures, car la muqueuse rectale est particulièrement sensible et une application plus prolongée donnerait lieu à des phénomènes de rectite extrêmement douloureux, qui peuvent durer très longtemps.

Par conséquent, après avoir placé un tube de radium dans l'urètre, un autre dans le rectum, on retirera le tube rectal au bout de 24 heures, alors qu'on pourra laisser le tube urétral 48 heures.

Les applications de radium pour les affections vésicales se pratiqueront au moyen d'une sonde spéciale en caoutchouc très longue dans l'intérieur de laquelle on placera les tubes de radium ; entre les deux on laissera un petit intervalle de façon que la sonde puisse se replier dans la vessie. D'autre part, en deçà, du dernier tube de radium, on pratiquera à la sonde un orifice afin que l'urine puisse s'écouler.

La vessie supporte en général assez bien les applications de radium ; cependant elles peuvent créer des phénomènes névritiques extrêmement douloureux et très prolongés. Chez le malade dont je vous ai rapporté l'observation, où j'ai appliqué du radium pour faire cesser la reproduction incessante des polypes, il y eut une réaction douloureuse qui dura environ un an. A ce moment je vis le malade, il fut vu par nombre d'urologues qui ne trouvèrent pas plus que moi aucune modification de la muqueuse expliquant ces douleurs. Elles étaient évidemment d'origine névritique.

Dans les cas où la vessie paraît saine il semble que l'application de radium est plus mal supportée que dans des vessies malades. Je n'ai jamais observé ces réactions dans les cas où j'ai employé palliativement le radium par les voies naturelles dans les tumeurs de la vessie.

Les applications de radium à la suite d'opération permettant d'atteindre directement les lésions seront faites au moyen d'aiguilles que l'on placera en nombre plus ou moins considérable suivant l'étendue de la lésion lorsqu'on jugera bon d'agir directement profondément sur les foyers.

Pour la prostate ces aiguilles seront introduites par le périnée. Une incision transversale mettra à jour la face postérieure de la prostate ; le doigt repérant les parties dures, néoplasiques, des aiguilles seront enfoncées dans la masse, en les espaçant de un à deux centimètres et en mettant une quantité d'aiguilles suffisantes pour réaliser une dose totale de 30 à 33 milligrammes de radium-élément environ. Au-dessous de ces aiguilles un bon tamponnement protégera le rectum. Ces aiguilles seront laissées au moins cinq jours en place. Pendant ce temps une sonde urétrale à demeure évacuera l'urine.

Dans les tumeurs de vessie que l'on juge justiciables d'une implantation d'aiguilles, c'est par la taille qu'on les placera. Rien de particulier dans la mise en place de ces aiguilles, qui seront espacées, comme je le disais tout à l'heure, de un centimètre à deux centimètres. Là encore on emploiera en totalité une dose de 30 à 33 milligrammes de radium-élément et les aiguilles seront laissées cinq à six jours en place, maintenues enfoncées par une mèche intravésicale, la vessie étant d'autre part drainée au moyen d'un tube à double courant.

En résumé les cas dans lesquels le radium peut trouver son emploi dans les affections des voies circulaires sont assez nombreux. Il faut bien le dire, s'il est curatif dans quelques cas, dans les angiomes de l'urètre, dans les tumeurs papillaires de la vessie, dans les autres cas il n'est vraiment que palliatif. Je ne connais pas encore un cas de cancer de la prostate par exemple guéri définitivement par les applications de radium. On les améliore notablement un certain temps, mais la guérison elle-même est plus aléatoire. Par contre, palliativement, le radium rend de très grands services dans les hypertrophies et les cancers de la prostate, dans certaines variétés de tumeurs vésicales, et d'autre part dans les hémorragies prostatiques ou vésicales il est de la plus haute tuilité. C'est un moyen donc qu'il faut connaître, dont l'emploi n'est peut-être pas suffisamment généralisé et qui peut pourtant fournir les résultats les plus intéressants.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Le pneumothorax spontané bénin

On a trop souvent tendance à considérer tout pneumothorax, survenant chez un sujet jeune et ne reconnaissant pas de cause évidente, comme étant d'origine tuberculeuse, quitte à parler de bacillose atténuée ou latente lorsque la preuve de celle-ci est impossible à faire. Il existe en réalité, dit M. Wetterwald qui consacre sa thèse (Paris, 1937) à la question, un groupe de pneumothorax d'allure essentiellement bénigne, dans la production desquels la tuberculose ne joue aucun rôle.

On donne, dit-il, les qualificatifs de « bénin », « simple », « idiopathique » à une variété de pneumothorax survenant, sans prodromes, à la suite ou non d'un effort, chez des sujets en parfaite santé ; atteignant dans la grande majorité des cas le sexe masculin, entre 20 et 30 ans, il mérite bien le nom de « pneumothorax des conscrits » que lui a donné L. Galliard.

En clientèle de consultation, sa fréquence est sensiblement la même que celle du pneumothorax tuberculeux.

Les *caractères cliniques* du pneumothorax bénin ont été bien analysés par M. Courcoux.

Les symptômes fonctionnels qui marquent son début ont une intensité très variable mais ils n'affectent jamais une allure dramatique. Ils sont essentiellement représentés par la douleur et la dyspnée, celle-là se calmant assez vite, alors que celle-ci s'accroît progressivement.

La sémiologie physique est celle d'un pneumothorax total et pur ; l'examen radiologique permet d'apprécier l'absence d'adhérences, et la forme du collapsus : ce dernier est parfois peu accentué, il se limite alors le plus souvent au sommet. La pression intrapleurale est, en général, faiblement positive.

L'évolution se poursuit favorablement, sans fièvre, sans atteinte de l'état général, sans troubles fonctionnels. On voit rarement se produire un épanchement liquidien ; s'il survient, il reste toujours peu abondant et revêt les caractères d'une réaction mécanique.

En moyenne, la réexpansion pulmonaire est achevée au bout de trois à quatre semaines ; cette durée est quelquefois raccourcie ou prolongée selon l'importance du collapsus. Le pneumothorax se résorbe sans provoquer de symphyse pleurale et la radiographie montre l'intégrité des champs pulmonaires.

Le *pronostic* est excellent, tant immédiat que tardif et on n'observe ultérieurement aucune manifestation tuberculeuse.

Les récidives sont fréquentes et constituent un des traits les plus saillants du pneumothorax bénin. Atteignant le côté homologue ou l'opposé, elles surviennent à intervalles variables ; l'importance de leurs manifestations cliniques, le temps nécessaire à la résorption du gaz vont souvent en décroissant. Les formes bilatérales simultanées sont très rares.

Dans le cadre du pneumothorax simple, peuvent rentrer : d'une part le pneumothorax chronique, qui ne diffère de la forme « du conscrit » que par la longue persistance du collapsus, d'autre part l'hémo-pneumothorax spontané, dont l'évolution peut cependant être fatale du fait de l'abondance de l'hémorragie.

Parfois délicat dans les formes frustres, le diagnostic est généralement facile ; le point important est d'établir la nature bénigne du pneumothorax : il ne faut négliger aucune recherche permettant d'éliminer à coup sûr la tuberculose.

Les rares vérifications anatomiques qui ont été faites ont toutes permis de constater l'absence de lésions tuberculeuses et emphysémateuses : mais par contre l'existence de vésicules ou de bulles situées à la surface du poumon, ainsi que des altérations de la plèvre.

Les caractéristiques cliniques du pneumothorax bénin, le bon état de santé persistant des sujets qu'il atteint, les constatations anatomiques, bactériologiques et radiologiques, permettent, avec M. Courcoux, de rejeter les théories qui voient à l'origine de cette affection la perforation d'une petite lésion tuberculeuse, plus ou moins torpide, latente ou même cicatricielle.

Bien que les lésions de la plèvre jouent un rôle essentiel dans le déterminisme du pneumothorax, la déchirure d'une adhérence pleurale paraît à M. Weterwald insuffisante à elle seule à expliquer son apparition.

La rupture d'une vésicule d'emphysème « essentiel » est très rare, du fait de l'intégrité habituelle de la plèvre et de l'absence de rétrécissement bronchiolique.

« L'emphysème vicariant » n'est pas non plus en cause.

Le rôle pathogénique primordial paraît à M. Weterwald être joué par une variété de bulles décrite par Fischer-Wasels et dont Pardal et Mazzéi ont récemment repris l'étude : ces bulles qui ont été constatées plusieurs fois sur les radiographies, se développent en général de la même façon, mais sur un territoire beaucoup plus restreint que l'emphysème scléro-atrophique de Letulle ; elles se forment, en effet, le plus souvent, au voisinage de cicatrices cortico-pleurales, par atrophie des parois alvéolaires, rétraction et compression des bronchioles (ce qui réalise un système de soupape) ; leur rupture s'explique par une atrophie des éléments élastiques de la plèvre viscérale.

Différents processus inflammatoires, parmi lesquels la tuberculose tient sans doute la première place, sont à l'origine de ces nodules cicatriciels, mais n'interviennent plus dans le déterminisme du pneumothorax.

Moins fréquemment sont en cause, et lorsqu'elles restent localisées à une région circonscrite de la corticalité, des malformations pleuro-pulmonaires vésiculeuses ou kystiques, liées à des anomalies de développement d'origine congénitale.

L'existence d'une ou de plusieurs zones pleurales et souspleurales de moindre résistance explique aisément les récidives.

Quant à l'effort, il ne joue qu'un rôle favorisant dans la production du collapsus.

Le *traitement* immédiat consiste à maintenir le patient au repos complet ; si la douleur persiste, on appliquera des compresses chaudes, on administrera de l'opium à faibles doses.

Faut-il, en cas de dyspnée, pratiquer une exsufflation. M. Courcoux trace les règles suivantes :

1° Dans le cas, très rare, d'un pneumothorax suffocant, il faut agir vite, en se passant du contrôle radiologique et même du contrôle manométrique. Une aiguille enfoncée dans l'aiselle ou sous la clavicule permet à l'air en surpression de sortir.

2° Le malade est suffisamment valide, mais présente une dyspnée marquée : on mesure la pression pleurale et si la chose est possible, on fait un examen radioscopique afin d'apprécier le degré de collapsus. La pression dépasse + 5, le collapsus est très accentué : il est indiqué de pratiquer une évolution lente et modérée, en s'arrêtant lorsque la pression s'équilibre un peu au-dessus de zéro.

Mais souvent, ce n'est pas l'élévation de la pression pleurale qui provoque la dyspnée ; celle-ci peut être d'origine cardiaque et il sera utile alors de faire une exsufflation, surtout à droite, à cause de la compression de l'oreillette.

Il n'y a ici, cependant, aucune règle absolue, dit M. Wetterwald, et cette intervention est rarement à renouveler. Certains auteurs déconseillent même toute exsufflation, sauf en cas de dyspnée et de déviation cardiaque marquée, de peur de rouvrir la brèche qui tendait à s'obturer (Hillemand, Gilbrin et Parfus).

Enfin, en cas de collapsus peu marqué, l'obstention est la règle.

L'*hémopneumothorax* grave commande le repos absolu, l'injection de lobe postérieur d'hypophyse, l'administration de stimulants diffusibles, au besoin une transfusion sanguine. La ponction évacuatrice du liquide ne sera faite que plus tard, s'il existe une importante déviation cardiaque.

En présence d'un collapsus *bilatéral*, on commencera par décomprimer le côté atteint le premier.

Plus tard, on évitera que ce sujet reprenne son activité avant la résorption complète du pneumothorax.

On lui conseillera à éviter les efforts et les causes de fatigue. Le repos et le changement d'air seront utiles, mais nullement indispensables. On voit trop souvent, dit M. Weterwald, interdire à des convalescents de pneumothorax bénin, toute activité pendant six mois et même davantage, comme s'ils avaient présenté une manifestation bacillaire.

Divers procédés, préconisés pour éviter les récidives, ne paraissent pas avoir été très efficaces.

V. G.

L'emploi du mercure en gynécologie

Le mercure est un excitant du système lymphatique et c'est sans doute ainsi qu'il a mérité le qualificatif de médicament antiphlogistique. Cette appellation, chère à nos anciens, correspond à une propriété réelle, mais bien difficile à définir. Les quelques classiques que je viens de parcourir avant de rédiger ces lignes, ne sont guère explicites. « L'usage et une convention imprescriptible, dit Trousseau, déterminent mieux qu'aucune définition ce qu'il faut entendre par *médication antiphlogistique* ».



Ces prémisses étant posées, passons à l'examen de l'intéressante thèse de M. R. DOUYAU intitulée : Etude de l'action antiphlogistique du mercure employé en suppositoires dans les affections du petit bassin » (1). Mon attention avait été attirée sur cet ouvrage parce que, pour des motifs tout autres, j'emploie, journellement, les suppositoires mercuriels, dans ma pratique gynécologique et obstétricale. J'ai, donc, tenu à lire cette œuvre de notre jeune confrère.

DOUYAU emploie, principalement, des suppositoires à base d'onguents mercuriels : onguent napolitain à 50 %, onguent mercuriel à 30 % et onguent gris à 12,5 %. Il les emploie à dose variable, additionnés de diverses substances (belladone, opium, etc.).

Comment le mercure est-il antiphlogistique ? Pour M. Douyau qui passe d'un mot sur ce sujet, c'est parce qu'il est vasoconstricteur. Mais, à côté de cette affirmation, il faut relever une expérience qui comporte un enseignement intéressant : c'est qu'un cobaye ayant reçu un suppositoire mercuriel présente, peu après, une diffusion du mercure dans tout le bassin et, plus spécialement, dans tous les lymphatiques du bassin.

M. DOUYAU expose ensuite les bons résultats qu'il a obtenus dans les cystites, les hémorrhoïdes, l'incontinence d'urine (mercure et belladone), les sciatiques, la prostatite, l'orchi épipidymite, la préparation aux passages de béniqués, aux cautérisations du col utérin, aux cystoscopies et aux applications de diathermie.

Mais ce que j'ai lu avec le plus grand intérêt, c'est l'application aux affections gynécologiques.

1° En ce qui concerne les métrites, M. DOUYAU conseille d'associer aux traitements employés, les suppositoires mercuriels à cause de «l'état congestif de tout le petit bassin qui accompagne toutes les métrites ».

2° Dans les salpingites, les résultats ont été très encourageants et, note très justement M. DOUYAU, il sert de mordant à d'autres thérapeutiques.

3° Enfin les suppositoires ont fait merveille dans les dysménorrhées.

En lisant les quelques pages où l'auteur rapporte les résultats de son expérimentation clinique, j'ai reconnu des faits que j'ai souvent observés. Ce n'est point que je sois d'accord avec lui quant au mode d'action ; bien des résultats relèvent d'un effet antisyphilitique, d'autres doivent être rattachés à l'effet décalcifiant du mercure que nos anciens connaissaient bien et dont j'ai étudié les fondements bio-chimiques dans une note présentée à la *Société de Biologie* il y a quelques années. Mais peu importent les explications ; ce sont les faits qui importent et le succès des suppositoires mercuriels dans toute une série d'affections gynécologiques est indéniable.

Henri VIGNES.

(1) Librairie Chaix, éd., Paris, 1937.

« Je crois fermement que la génération actuelle, c'est-à-dire celle qui nous suit immédiatement, a tort de ne point accorder plus d'importance à certains détails qui, à la vérité ne devraient nullement compter, mais qui pourtant, comptent beaucoup. Aussi invraisemblable que cela soit, le praticien négligé dans sa tenue, en chapeau mou, à moins d'autorité que celui qui dans sa mise, est plus soigné et cette diminution de l'autorité serait probablement sans grande importance si, en même temps, la confiance, à n'en pas douter, et cela par la logique même des choses, n'en était elle-même atténuée. Nous avons tous connu des praticiens fort instruits qui n'avaient aucune autorité, laquelle se faisait très rare, alors que d'autres qui étaient bien loin d'avoir les qualités scientifiques des premiers, avaient une clientèle surabondante, uniquement parce qu'ils savaient attribuer à tous ces détails la valeur qu'ils ont et qu'ils ne devraient pas avoir. »

(Louis Chapon. — Quelques considérations sur l'exercice de la médecine. *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier.* 1 vol. 1937. Vigot, édit.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1937

A propos de cinq familles dont trente-quatre membres sur quatre-vingt-six sont atteints de maladie de Lobstein. — *MM. G. Carrière, E. Delannoy* et *C. Huriez* (de Lille). rapportent l'analyse de ces cinq familles d'ostéopsathyrose qu'ils étudient au triple point de vue clinique, radiologique et biologique. Cette dystrophie héréditaire et familiale frappe tous les tissus issus du mésenchyme primitif : squelette, ligaments, sclérotiques.

Les auteurs attirent l'attention sur l'importance primordiale, des pertubations endocriniennes chez ces sujets, insistent sur le rôle vraisemblable de l'hyperparathyroïdie, et relatent deux tentatives de parathyroïdectomie chez des « sujets de verre ». Ils n'hésitent pas à ranger l'ostéopsathyrose, non dans le cadre des maladies exceptionnelles, mais bien plutôt à l'inscrire au bas de la liste déjà si longue des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

La « natalité » aux assises de médecine. — *M. Henri Godlewski.* — Le plan général de recherches comportait l'étude comparée des foyers de *surnatalité* et de *dénatalité*. Les premiers s'observent avec le plus de constance dans les milieux sédentaires et fidèles aux disciplines morales (ainsi les populations pastorales, en haute altitude). L'importance de ces foyers diminue sans cesse tandis que la dénatalité s'accuse et devient générale.

La dénatalité a deux causes majeures : la *restriction* et *l'avortement volontaires*, auxquels il convient d'ajouter la *stérilité* organique.

Pour entraver les conséquences de la dénatalité, la lutte contre la mortalité infantile a réduit l'effondrement en conservant des procréateurs. Cette mortalité, fléau d'hier, ne subsiste alarmante que par places progressivement restreintes, résultat brillant dû à l'application des découvertes de la science. Le corps médical en a été l'exécutant et le propagandiste fervent.

D'autres moyens peuvent agir comme correctifs contre la dénatalité : dans ce but, le chef de famille est à soutenir pratiquement et moralement par l'institution de la *péréquation des charges*, par des *allocations familiales*, par des *franchises exaltantes*. Pour les ressources nécessaires, M. le Doyen Merklen a proposé l'institution d'une *caisse autonome de la Natalité*, alimentée par les prélèvements que l'Etat perçoit sur les célibataires et ménages sans enfants.

Mais la proposition la plus générale et la plus souvent formulée par les médecins fut la nécessité d'une *politique de famille*, en vue de lui obtenir le *statut légal*, fixant les droits du foyer en regard de l'individualisme, dont les lois, suivant l'expression de Renan, sont faites « pour des citoyens qui naissent enfants trouvés et meurent célibataires ».

Thyroïdine et points d'ossification. — *MM. Mussio-Fournier* et *Cervino.*

La vaccination antituberculeuse des grands enfants sans cuti-réaction préalable. — *MM. Foley* et *Parrot.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1937

Suppléances circulatoires par les adhérences pleurales. — *MM. P. Ameuille, J.-M. Lemoine* et *J. Fauvet*, ont étudié la circulation dans les adhérences pleurales minces ou étendues au cours d'interventions opératoires, mais aussi sur des pièces expérimentales après ligature de divers vaisseaux pulmonaires.

Ils en concluent qu'il existe dans ces adhérences des communications vasculaires importantes unissant le système intercostal au système pulmonaire.

Dans les cas d'oblitération de l'artère pulmonaire ou de

l'artère bronchique, le réseau vasculaire adhérentiel paraît amener le sang des artères intercostal aux veines pulmonaires ; dans le cas d'oblitération des veines pulmonaires, le sang paraît passer des artères pulmonaires aux veines intercostales.

Il semble y avoir possibilité d'une suppléance vasculaire très active par les vaisseaux des adhérences en cas d'oblitération d'un des systèmes de la circulation pulmonaire. On peut craindre en conséquence que la destruction des adhérences pleurales par thoracocaustie, ou section chirurgicale, n'en vienne à nuire à la nutrition du poumon ainsi dégagé.

A propos du signe de Kienbock. — *M. E. Sergent*, tout en reconnaissant l'intérêt des observations apportées par MM. Thoyer-Rozat et Jacques Bernard et tout en admettant le rôle, si nettement démontré par Rist, du balancement du médiastin dans le déterminisme du signe de Kienbock, s'attache à montrer que, cependant le « mouvement paradoxal » de l'émidiaphragme ne peut pas être considéré comme inexistant. Il a pu constater et faire constater maintes fois l'existence de ce « mouvement de bascule » en examinant le malade en décubitus dorsal ; l'hémidiaphragme ainsi mis en évidence, puisque le liquide se collecte dans la région dorsale de l'hémithorax, apparaît en forme de cupule ou de vasque et on peut constater, sans la moindre hésitation, dans bon nombre de cas, que ses mouvements se font en sens inverse de ceux de l'hémidiaphragme opposé.

Erythrémie du type Geisböck. Essai de radiothérapie infundibulo hypophysaire. — *MM. J. Decourt, P. Mathieu* et *G. Blaire*.

Maladie de Vaquez traitée avec succès par la télérœntgenthérapie totale. — *J. Decourt, Marcel Joly* et *G. Blaire*.

Infarctus du myocarde et hypochlorémie. — *MM. Rathery, Bachman* et *H.-P. Klotz* étudient un cas d'infarctus du myocarde dans lequel existait un trouble important de la chlorémie consistant en une hypochlorémie plasmatique et globulaire. Dans ce cas qui semblait désespéré, la thérapeutique de rechloruration eut un résultat remarquable sur l'évolution immédiate des symptômes. La sortie prématurée du malade du service ne permit pas de juger de la persistance de cette amélioration.

Un cas d'érythrocyanose du membre inférieur droit (sydrome de déficit du sympathique). — *MM. E. Façon, N. Vasilesco* et *H. Bruch* rapportent l'observation d'un malade, qui pendant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, a présenté une érythrocyanose non douloureuse du membre inférieur droit due à un déficit sympathique.

Sur un cas de néphrite mortelle avec syndrome humoral néphrosique survenue au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. — *M. H. Mondon* rapporte l'observation d'une néphrite grave survenue chez un tuberculeux.

La symptomatologie présentée par ce sujet reproduisait en partie celle de la néphrose lipoïdique : albuminurie massive ayant atteint le taux de 17 gr., 50 %. Œdèmes considérables. Hyposérinémie avec abaissement considérable du coefficient albumineux (0,2). Augmentation du taux des lipoïdes (12 gr.). Elévation légère de la cholestérine (2 gr. 08). Par contre, le syndrome humoral néphrosique était accompagné d'une rétention chlorurée uréique.

L'évolution de cette néphropathie fut extrêmement rapide (cinq mois avant la mort, un examen d'urine avait montré une élimination uréique normale, et l'absence d'albuminurie).

Anatomiquement, il s'agissait d'une néphrite mixte à petits reins blancs avec lésions des glomérules, des tubes contournés et du tissu interstitiel, sans dégénérescence amyloïde ni lipoïde.

Cette néphrite, très vraisemblablement due aux toxines tuberculeuses, et qui ne reproduisait pas exactement le tableau décrit par Landouzy et Léon Bernard soulève une fois encore le problème de l'existence, comme entité morbide, de la néphrose lipoïdique.

Leucoblastose aleucémique. Crypto leucémie aiguë. — *MM. R. Boulin, Isch-Wall, Uhry* et *Charousset* rapportent un cas de leucoblastose aleucémique caractérisé cliniquement par l'anémie, la fièvre, la splénomégalie, des adénopathies discrètes, confirmé par la ponction sternale et la biopsie de tumeurs cutanées qui ne décela que des leucoblastes. Ce cas est remarquable par l'absence totale de leucoblastes dans le sang, par l'association d'un syndrome de Mickulicz, par la présence de tumeurs cutanées, par la lenteur de l'invasion de la maladie, par sa longue durée puisque le malade, très amélioré par la radiothérapie, vit encore trois mois après son entrée à l'hôpital et dix mois après l'apparition des premiers phénomènes.

Eréthisme cardiaque des adolescents et tension artérielle. — *M. René Bénard* attire l'attention sur ce fait que dans le syndrome qu'il a décrit sous le nom d'éréthisme cardiaque des adolescents, et qui présente tous les signes cliniques, radiologiques et électrocardiographiques d'une sténose légère de l'artère pulmonaire, la tension artérielle est le plus souvent normale. Toutefois, il n'est pas exceptionnel d'observer des sujets de 20 ans, par ailleurs atteints de cette affection, et qui présentent le syndrome de l'hypertension artérielle précoce. Ce sont toujours des sujets qui, entre 14 et 18 ans se sont livrés à des performances sportives hors de proportion avec leur état. Sans doute, tout sujet pratiquant à cet âge le sport de façon manifestement immodérée est capable de voir sanctionner cet excès de dépense physique par une hypertension qui se manifeste dès l'âge de 20 ans. Mais les sujets atteints d'érétisme cardiaque des adolescents y sont sujets plus que les autres et ce doit être une raison pour tout médecin chargé d'examiner des adolescents en vue de l'aptitude aux sports de déconseiller chez ces sujets des abus d'exercice ou des compétitions sportives effectuées en dehors de tout contrôle médical.

Accentuation de la sensibilité à la tuberculine coïncidant avec une poussée d'érythème noueux de l'enfance. — *MM. P Lowys* et *Jean C. Levaditi* ont pu, au cours d'un érythème noueux de l'enfance, faire des constatations qui permettent de formuler les conclusions suivantes :

La nature tuberculeuse de l'érythème noueux de l'enfance est confirmée par la présence de bacille de Koch virulent dans les nodules cutanés et le liquide de lavage gastrique d'un enfant atteint d'érythème noueux.

La dissémination bacillaire dont il est la manifestation peut s'accompagner d'une augmentation de la sensibilité à la tuberculine faisant virer la cuti-réaction au momen toù cet érythème apparaît. Michelle Zagdoun-Valentin.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1937

Mégacôlon. — *M. Banzet* rapporte un travail de *M. Bergouignan* (Evreux). Le premier cas concerne une histoire de constipation opiniâtre remontant à la naissance. Trois lavements sont nécessaires pour injecter sigmoïde et côlon gauche. A ce moment l'intervention est refusée.

Deux ans plus tard le chirurgien est appelé parce que l'enfant n'a pas été à la selle depuis deux mois.

L'abdomen est monstrueux. Après avoir débarrassé l'intestin par des manœuvres mécaniques, l'intervention est décidée. Elle montre une énorme anse intestinale pelvienne à parois très importantes.

L'ablation de cette anse est faite par le procédé de la résection en trois temps. Avec un excellent résultat.

La deuxième observation concerne un mégacôlon pelvien chez un nourrisson. Deux dilatations anales permettent l'expulsion des matières fécales.

Depuis ce temps les phénomènes ne se sont pas reproduits. On peut donc considérer qu'il y avait là une simple contracture du sphincter ou des fibres musculaires du rectum et que la dilatation simple sous anesthésie en effaçant cette contracture peut entraîner la guérison.

M. Mauclaire se demande si la dilatation n'a pas qu'un effet temporaire.

M. Sorrel a vu au contraire une incontinence de matières chez une enfant de 11 ans. Cette lésion était sous la dépendance étroite d'une accumulation sigmoïdienne de matières fécales. Elle céda après ablation du bol fécal.

Péritonite aiguë généralisée post-molaire. — *M. Merger* insiste sur les complications infectieuses de la môle, et particulièrement sur les accidents de péritonite. Ce qui domine l'aspect clinique c'est l'intensité de l'état toxi-infectieux,

pâleur, hypotension du pouls. Les signes locaux sont moins nets, tantôt ballonnement, tantôt contracture, douleur assez diffuse.

Le traitement consiste en hystérectomie rapide et drainage de la cavité péritonéale. Cet accident est très rare cependant. L'autre complication de la môle, la dégénérescence maligne en chloro-épithéliome est plus fréquente et elle ne survient cependant que dans une proportion de 9 à 15 % des cas suivant les statistiques.

Donc la môle ne nécessite pas toujours l'hystérectomie. Il faut recourir auparavant au titrage des hormones suivant la méthode de Brindeau-Hinglais. (Rapport de M. BAZY).

M. Mondor ajoute à ces péritonites aiguës infectieuses, les péritonites par chorio-épithéliomes térébrants, perforant rapidement le corps utérin.

Diagnostic du chorio épithéliome post-molaire. — Toutes les môles ne donnent pas naissance à des complications malignes. Elle ne nécessitent pas toutes l'hystérectomie. Quant à attendre des signes cliniques de dégénérescence : hémorragies, volume important de l'utérus, ils sont souvent trop tardifs.

Le diagnostic de la môle est possible par les méthodes humorales. La teneur du sang en prolan est très élevée, atteignant des chiffres de 60.000 à 200.000 unités lapines, à la réaction quantitative de Brindeau-Hinglais. Après l'expulsion de la môle la courbe du prolan sanguin descend brutalement de 200.000 à 5.000 puis continue ensuite sa chute en lysis pendant un mois avant d'atteindre la normale. Au contraire en cas de chorio-épithéliome, on voit au bout de quelques semaines à un mois la courbe remonter rapidement après la chute initiale. Cette remontée du taux hormonal est caractéristique et implique l'hystérectomie. Celle-ci faite, le titre hormonal retombe immédiatement à 0.

Dans un cas curieux, *M. Brindeau*, auteur de cette communication, a observé opératoirement l'existence d'une métastase molaire dans le ligament large. La courbe était en faveur du chorio-épithéliome.

M. Hinglais sur 72 examens de môles a trouvé ainsi par la réaction hormonale huit cas de dégérescence maligne.

Il y a donc là une méthode de diagnostic tout à fait intéressante à appliquer le plus possible dans des cas de môle vésiculaire.

Coxa-vara congénitale unilatérale. — *M. Sorrel* a eu l'occasion, chez une petite malade atteinte de coxa-vara congénitale unilatérale, de pratiquer une résection cunéiforme de l'angle cervico-diaphysaire du fémur. Le fragment cervical a été remis en place après retournement. C'est qu'en effet les coxa-vara congénitales abandonnées à elles-mêmes s'aggravent toujours. L'angle cervico diaphysaire se ferme de plus en plus et aboutit à la fusion de la tête et de la diaphyse, ou dans quelques cas plus rares à une véritable pseudarthrose douloureuse. Il y a donc lieu de tenter une intervention à la fois corrective et prophylactique. Le retournement du coin cervico-diaphysaire permet une ouverture très grande du col fémoral. Cette ouverture semble se maintenir.

Présentation de radiographies d'une fistule réno-colique. — *M. Chevassu.*

Séance du mercredi 2 juin 1937

Tumeurs pédiculées de l'estomac. — *M. Mondor* a eu l'occasion de revoir une opérée guérie depuis quatre ans avec un résultat parfait, par une simple intervention économique. Dans un autre cas opéré par l'auteur; les images radiographiques concluaient à tumeur bénigne et pédiculée alors qu'il s'agissait d'une tumeur infiltrante et maligne.

M. Bergeret a enlevé une volumineuse tumeur gastrique d'aspect bénin. Il fit une gastrectomie. L'histologie montra d'un côté de la pièce qu'il s'agissait d'un schwannome, alors que dans un autre point de la même pièce, il y avait une image typique de sarcome. Dans les cas douteux il vaut donc mieux faire une exérèse large.

Embolie de l'artère fémorale. — Cette observation est typique au point de vue signes (pâleur cireuse du membre, battements artériels disparus depuis l'arcade crurale). L'intervention est faite à la deuxième heure, sur la fémorale primitive. Extraction d'un caillot de 34 cm. de long puis suture artérielle. Aussitôt après réapparition des battements et de la coloration du membre. Quelques faits intéressants :

Au point de vue clinique, les battements allaient jusqu'à l'arcade, alors que le caillot remontait à 6 cm. au-dessus dans l'artère iliaque externe. La douleur a cessé immédiatement après l'extraction du caillot, avant même que la circulation ait repris.

Dans les suites il y a eu une tuméfaction importante du mollet, douloureuse, mais qui céda le cinquième jour. (*MM. Sicard, Thomeret* et *Chambon*).

M. Huet insiste encore sur l'infidélité des signes physiques pour localiser le caillot. Dans un cas observé par lui où il y avait cliniquement aspect d'embolie de l'aorte à sa bifurcation, le caillot siégeait en amont des artères rénales. Or, il n'y avait pas d'anurie.

Echinococcose alvéolaire du foie. — *M. F. Dévé* (Rouen) invité de l'Académie.

L'échinococcose alvéolaire existe en France mais on la considérait comme rare, jusqu'en 1922 où Tisserand en signale un cas et en 1932 où le même auteur en découvre quatre nouveaux cas. Depuis, dans le Doubs encore Tisserand en découvre à nouveau huit cas. *M. Dévé* rassemble 17 cas originaires du Jura et du Doubs. Mais l'échinococcose existe ailleurs (Artois, Poitou, Cantal). De nombreux cas ne sont pas reconnus même opératoirement et même à l'autopsie.

La lésion se traduit par une hépatomégalie irrégulière de forme, bosselée, ferme et ligneuse. L'ictère est intense. C'est un ictère par rétention. La rate est aussi tuméfiée. L'état général est cependant conservé pendant longtemps. Il y a même conservation de l'appétit et la fièvre est inconstante. Les recherches biologiques (Casoni, Wienberg) doivent être faites. La radio donne peu de renseignements diagnostiques à cause des calcifications fréquentes et de la profondeur des lésions.

L'aspect anatomo-pathologique à l'œil nu et à la coupe révèle que la lésion n'a rien d'hydatique ni d'enkysté. On trouve un aspect de masse tumorale à tissu ferme, scléreux, gris-vert ou brun, perforée de vermoulures multiples, de taille variable. Au centre de la masse, excavation par effondrement des parois parasitées, renfermant un liquide bilieux ou parfois suppuré contenant des débris névrotiques. A l'intervention la surface du foie a l'aspect de cancer induré mais une consistance spéciale cartilagineuse. On doit faire une biopsie pour vérifier le diagnostic macroscopique.

Le traitement est peu chirurgical. On pourra cependant drainer la poche principale et soulager ainsi le malade.

Il y aurait intérêt à délimiter par l'interrogatoire les foyers endémiques. Enfin on pourrait essayer une greffe animale immédiate avec du tissu prélevé lors de l'opération.

Péritonites à pneumocoques après accouchement. — *M. de la Marnierre* (Brest) a observé quatre cas de cette affection rare. Le diagnostic le plus souvent posé a été celui d'appendicite. Il est cependant facilité par un certain nombre de signes retrouvés dans toutes les observations : douleur moins nette, diarrhée et vomissements. La voie d'infection semble dans le cas de péritonite post-partum, être la voie génitale.

L'intervention ne sera conseillée qu'en cas où le diagnostic est douteux avec l'appendicite. En tout cas lorsqu'elle est précoce, elle semble efficace.

Pathogénie de l'invagination intestinale essentielle. — *M. de la Marnierre* rappelle l'épaississement de l'intestin invaginé au niveau de la tête d'invagination surtout et l'hypertrophie des ganglions du méso. On estime habituellement que ces lésions sont secondaires à l'invagination. Mais on est en droit de penser que la lésion première est une tuméfaction inflammatoire de la muqueuse, qui formerait alors la tête de l'invagination et en serait la cause essentielle. L'auteur est intervenu pour des invaginations en train de se faire. Il a observé dans ces cas l'hypertrophie pariétale et la tuméfaction ganglionnaire. On doit donc les considérer comme primitives. Il est probable que ces deux lésions sont d'ordre inflammatoire. Deux cas sont rapportés de crises abdominales douloureuses à répétition où on ne trouva à l'intervention qu'une hypertrophie localisée des parois intestinales. La fixation du grêle au péritoine pariétal a fait céder complètement les crises.

M. Leveuf pense que dans ces observations il s'est agi simplement d'une iléite aiguë ou subaiguë.

Crises subintrantes d'épilepsie. — *M. Daniel Ferey* (Saint-Malo). — Chez une malade de 23 ans est intervenu à plusieurs reprises pour une infection de l'oreille et de la mastoïde. Quelque temps après la guérison complète des accidents pri-

mitifs suivirent brusquement un état comateux avec crises subintrantes d'épilepsie bravais-jacksonnienne. L'intervention d'urgence sus-mastoïdienne, révèle la présence d'un œdème cérébral énorme. La ponction ventriculaire montre l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Pas d'abcès cérébral perceptible à la ponction répétée du parenchyme nerveux. Mais ces ponctions laissent sourdre par leurs orifices du liquide d'œdème et de fines bulles gazeuses. Quoi qu'il en soit cette thérapeutique qui suivie d'une guérison complète, maintenue depuis dix mois. La pathogénie de ces accidents est peut-être une thrombo phlébite intra cranienne.

Les pneumothorax extra-pleuraux. — ***MM. Maurer, Hautefeuille*** et ***Dreyfus*** rappellent que Tuffier avait propose déjà le pneumothorax extrapleural comme méthode complémentaire du pneumothorax habituel. Les auteurs ont pratiqué vingt fois cette intervention qui a pour effet de créer une poche gazeuse collabant le sommet et la région sus hilaire du poumon sans toucher à la base. On enlève la troisième côte, on décolle entre paroi et plèvre pariétale dans cette zone de tissu cellulaire lâche qui est connue sous le nom de fascia endothoracique. Bien entendu il est nécessaire que le décollement soit facile. On doit pratiquer l'ablation sous périostée des côtes et refaire ensuite le périoste de manière à éviter l'emphysème sous-cutané pos-opératoire. Un autre accident possible est la formation dans la poche extra-pleurale d'un épanchement réactionnel. La ponction n'en évite pas toujours la suppuration.

Ce pneumothorax extrapleural doit être entretenu comme un pneumothorax intra-pleural. On le surveille aux rayons X, et dans certains cas on le complète d'un oléothorax extrapleural.

Cette intervention permet le collapsus pulmonaire chez des malades dont l'état général ne permet pas d'autres opérations.

Elle peut être aussi le premier temps d'une autre intervention lorsque l'état général du malade sera amélioré.

L'indication essentielle c'est le traitement des cavernes tuberculeuses du sommet et les cas de symphyse pleurale.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 mai 1937

Traitement chirurgical du cancer pulmonaire. — ***M. Pascalis*** après avoir montré les limites d'opérabilité étudie successivement la préparation du malade, le mode d'anesthésie, les voies d'abord pour la pneumonectomie et la lobectomie.

Il précise les indications de chaque méthode et en indique les diverses modalités en montrant ce que l'on peut en attendre.

Etudes cliniques du cancer du poumon préparatoires à l'exérèse. — ***M. P. Ameuille*** montre que les recherches cliniques sur un cas présumé de cancer du poumon prennent une allure toute spéciale si l'on se propose comme but d'agir d'une façon efficace, c'est-à-dire d'extirper le cancer. Il faut vaincre les difficultés de découverte précoce d'une maladie longtemps latente en ses débuts; il faut obtenir la preuve et si possible la preuve par examen microscopique, qu'il s'agit d'un cancer ; il faut s'assurer qu'il est extirpable, c'est-à-dire qu'il n'a pas fait de métastases inopérables, ni contracté d'adhérences indissociables. Les difficultés pour le clinicien de répondre à tous ces desiderata du chirurgien obligeront souvent celui-ci à faire une thoracotomie exploratrice qui sera suivie ou non d'extirpation.

Les possibilités de la pleuroscopie. — ***M. V. Hinault*** attire l'attention sur les remarquables résultats qu'on peut attendre de la section des adhérences pleurales dans le cas de pneumothorax resté inefficace, et expose la technique que cette méthode. Mais il insiste particulièrement sur le fait que cette thérapeutique est seulement une des possibilités de la pleuroscopie dont le domaine est beaucoup plus étendu. Elle complète la radiologie qui juge par différences de « densité optique », alors que l'endoscopie pleurale en mettant véritablement le poumon sous l'œil de l'observateur, introduit la notion de la couleur et de la consistance.

La pleuroscopie peut être faite aussi bien dans un pneumothorax thérapeutique que dans un pneumothorax spontané ou même dans un pneumo-diagnostic utilisé trop rarement. Elle permet d'étudier les maladies de la plèvre et du poumon de façon très précise et de serrer de très près des diagnostics qui sans elle seraient restés dans l'incertitude en particulier dans les cas de tumeurs intra-thoraciques.

Aspects radiographiques de quelques néoplasies intrathoraciques. — ***M. Marcel Joly*** rappelle combien il est imprudent de faire un diagnostic étiologique sur le vu d'une radiographie. La radiographie ne peut donner qu'un diagnostic descriptif, sans plus. Cela est particulièrement vrai pour l'examen des néoplasies intrathoraciques ainsi que le démontre une nombreuse série de documents radiographiques projetés par l'auteur.

Intervention précoce dans les abcès putrides du poumon. — ***M. Marc Iselin*** expose les idées de ***Neuhof*** (de New-York) qui entrainent des conclusions diamétralement opposées aux règles généralement admises. Cet auteur a montré que l'abcès est primitif et non pas secondaire à la fonte d'un bloc pneumonique, que très précisément, à partir de cet abcès par embolie bronchique vont se développer d'autres abcès en quelques jours. Les lésions sont si disséminées que l'intervention est très aléatoire. Il faut donc intervenir dès que l'abcès est visible sur la radiographie, c'est-à-dire le dixième, douzième jour, même plus tôt si c'est possible. ***Neuhof*** publie 39 cas avec 2 morts seulement, ce qui est remarquable.

G. LUQUET.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'importance clinique de la circulation coronaire

A la séance inaugurale de la Société française de Cardiologie, le 23 mai 1937, le Professeur Laubry et le Docteur Soulié, médecin des Hôpitaux de Paris, ont apporté le résultat de leurs très belles recherches sur l'obstruction coronarienne expérimentale.

Réalisant chez les chiens la ligature d'une artère coronaire, ils enregistrent aussitôt sur l'électro cardiogramme l'onde en dôme caractéristique de l'obstruction coronarienne. Ils administrent alors de la théophylline-éthylène-diamine et observent un retour du tracé à la normale.

Ces expériences confirment les heureux effets cliniques de l'aminophylline (théophylline-éthylène-diamine) dans les syndromes coronariens. L'aminophylline est le plus puissant dilatateur des coronaires actuellement connu. Caréna, la première aminophylline française, est le médicament d'urgence et le traitement de fond de tous ces syndromes liés à la circulation coronarienne, dont l'importance clinique grandit chaque jour.

On y range, en effet, non seulement, l'infarctus du myocarde et la plupart des angines de poitrine qui relèvent d'un spasme des coronaires, mais un très grand nombre de syndromes douloureux et dyspnéiques observés chez les cardio-aortiques et les cardio-rénaux.

On comprend encore que Caréna soit le médicament du cœur des vieillards, car l'insuffisance de l'irrigation sanguine du cœur est à l'origine de la myocardite scléreuse des sujets âgés. Chaque jour 2 à 4 comprimés de Caréna assurent la constance de l'irrigation coronarienne.

Dans les cas urgents, Caréna sera employé par voie intra-musculaire, n'exposant pas, comme la voie intraveineuse, à un choc thérapeutique. La voie intramusculaire permet d'introduire une dose massive d'aminophylline. Le Prof. Laubry et le Docteur Soulie ont développé, dans leur mémoire, les accidents de la fibrillation ventriculaire que peut déclencher l'injection intraveineuse rapide d'une grosse dose de théophylline-éthylène-diamine. L'injection intraveineuse doit donc être lente, et ne pas dépasser 0 gr. 25.

Il est indispensable que tout praticien connaisse les précieuses ressources thérapeutiques que lui offrent les comprimés Caréna dans le traitement de fond des algies et des dyspnées des cardiaques, et les ampoules intramusculaires de Caréna dans les traitements d'urgence des syndromes coronariens.

« Une radiographie du rein est bonne quand on distingue nettement le bord externe du psoas. » (Pasteur VALLÉRY-RADOT. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des reins. Un vol. Masson, édit.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Rœntgenthérapie

Dans le traitement des affections articulaires traumatiques, les moyens de traitement physiothérapiques ne manquent pas.

Dans le riche faisceau des possibilités thérapeutiques que mettent à notre disposition les agents physiques, les rayons X, grâce à leurs effets sédatifs et eutrophiques, s'inscrivent en première place.

Leurs effets modificateurs beaucoup plus que leurs actions cytolytiques sont ainsi mis à contribution. Et le fait qu'ils peuvent agir non seulement en application directes *in situ*, mais encore à distance par action réflexe, leur confère des nuances de mise en œuvre susceptibles de s'adapter aux circonstances cliniques les plus diverses et avec une quasi-certitude de résultats favorables qui doit inciter à étendre plus largement leurs indications.

(Professeur J. Didiée (Val de-Grâce). — La part de la rœntgenthérapie dans le traitement des affections articulaires traumatiques. *Paris Médical*, 6 février 1937.)

Maladies du cœur et des reins

Il faut détruire ce préjugé, trop répandu dans le public, suivant lequel l'albuminurie de la grossesse disparaît toujours sans laisser de traces après l'accouchement. *Il faut convaincre les malades qu'elles doivent être surveillées médicalement très longtemps après leur gestation.* De cette façon, on pourrait certainement prévoir et peut-être, dans certains cas, éviter l'installation d'une lésion rénale permanente.

(J. Dupont. — A propos de deux cas de néphrite chronique hypertensive d'origine gravidique. *Le Bulletin Médical*, 1er mai 1937).

Médecine du travail

Les rapports entre médecins d'usine et médecins traitants ont suscité bien des discussions, cependant ils paraissent simples à définir. Le médecin d'usine est le collaborateur du patron, choisi et payé par lui ; c'est un fonctionnaire attaché à l'usine, comme le directeur ou l'ingénieur. Il serait indélicat de sa part, contraire aux règles de la déontologie, qu'il profite de sa situation à l'usine, de la protection patronale, de son contact habituel avec les travailleurs, de son influence morale, pour concurrencer ses confrères en clientèle. Il ne doit pas intervenir dans le traitement habituel des ouvriers, il doit refuser de soigner en ville des malades ou accidentés qu'il peut être appelé à contrôler comme représentant du patron.

Sans doute il a le droit et le devoir de donner à l'usine les soins urgents au cas de maladie ou d'accident ; mais, dès que l'état de l'ouvrier le permet, il doit le faire transporter à son domicile ou à l'hôpital. Quand l'ouvrier a franchi la porte de l'usine, son rôle est terminé, c'est au médecin traitant, librement choisi par l'ouvrier, à continuer les soins nécessaires.

Si ce principe était toujours observé, bien des froissements seraient évités entre médecins d'usine et médecins traitants des cités ouvrières.

(André Feil. Le médecin d'usine. *La Presse Médicale*, 5 mai 1937.)

Maladies du foie

Chez les ictériques, la disparition des sels biliaires et la chute progressive du cholestérol sanguin au-dessous de 1 gr. 20 p. 100 sont deux indices de mauvais augure. Ce sont aussi deux éléments précieux de diagnostic, car dans les rétentions cholédociennes le taux de la cholalémie, plus fréquemment encore que celui du cholestérol, est généralement élevé.

Le chirurgien ne doit pas l'ignorer, lorsqu'il hésite à se prononcer entre l'hépatite ictérique et le calcul du cholédoque. Une précieuse indication séméiologique lui est fournie par la triade : disparition des sels biliaires, chute de la cholestérolémie au-dessous de 1 gramme, brusque ascension de la polypeptidémie.

Chez une malade atteinte d'ictère grave pseudo-lithiasique, une intervention inutile a pu être évitée sur la foi de ces enseignements biologiques.

(Etienne Chabrol, Jean Sallet et Jean-Louis Parrot. Le cholestérol dans les ictères infectieux, *Paris Médical*, 15 mai 1937.)

Les formes hépato-splénomégaliques de la lymphogranulomatose sont rares par rapport aux formes ganglionnaires. — Ces formes sont exceptionnellement pures, et l'on trouve, le plus souvent, des adénites simultanées ; mais celles ci peuvent avoir disparu par la thérapeutique radiologique, être peu apparentes ou profondes.

Le développement extrême du foie, de la rate, et généralement, des deux viscères hépato-spléniques, frappés simultanément, est alors le maître symptôme qui fait envisager nombre de diagnostics d'hépato-splénomégalies, de types divers.

En réalité, seule la présence, dans une biopsie ganglionnaire, de cellules de Sternberg permet un diagnostic péremptoire, les ponctions hépatiques, spléniques ou médullaires ne permettant pas encore, le plus souvent, la mise en évidence de ces cellules caractéristiques.

Les formes hépato-spléniques se comportent comme des néoplasies métastatiques : les nodules restent, en partie, étrangers au parenchyme hépatique qu'ils refoulent, mais sans le léser gravement. Aussi est on étonné de ne pas constater, aux épreuves biologiques, de déchéance manifeste de ces organes (au moins jusqu'à une période terminale), malgré les très grandes dimensions qu'ils ont prises. Cependant il y a, parfois, des ictères transitoires et même, des ictères aggravés.

Les hépato-splénomégalies hodgkiniennes ont le terrible *pronostic* habituel de la lympho granulomatose maligne ; leur évolution est particulièrement grave.

Le *traitement radiothérapique* peut, il est vrai, réduire le volume du foie et de la rate, comme celui des ganglions : mais l'amélioration n'est que transitoire et, aux poussées ultérieures, la thérapeutique rœntgénienne devient de plus en plus impuissante, si même elle ne provoque pas une exacerbation et une extension finale des lésions lympho-granulomateuses.

(Carnot et Lafitte. La forme hépato-splénique de la maladie d'Hodgkin. *Paris Médical*, 16 mai 1937.)

Obstétrique

La grossesse, observée peut-être avec un peu moins de fréquence chez les basedowiennes que chez les sujets normaux, du fait des troubles de l'œstrus qui s'associent souvent aux manifestations d'hyperthyroïdie, doit être néanmoins considérée comme de constatation courante et nullement comme un fait d'exception.

La grossesse tantôt améliore et tantôt aggrave l'évolution des états basedowiens sans que par avance il soit possible d'indiquer le sens de l'influence exercée. Elle n'entrave à aucun degré l'action favorable des thérapeutiques. Chez les malades, soumises à une surveillance avertie et à un traitement judicieux, on ne constate plus les formes sévèrement aggravées qui furent naguère observées.

Des accidents gravidiques dus à l'action défavorable de la maladie de Basedow peuvent être observés, mais en nombre relativement restreint.

A-t-on le droit, a-t-on le devoir d'interrompre la grossesse chez les basedowiennes ? Dans la mesure où l'on prétendait faire de la maladie de Basedow prétexte à une interruption de grossesse, on ne trouverait en elle qu'un mauvais prétexte, plus mauvais assurément que n'en offrent beaucoup d'autres affections chroniques. En effet, il arrive que la grossesse améliore l'état basedowien et les aggravations que dans d'autres cas elle provoque laissent presque toujours prises aux ressources de la thérapeutique moderne. Il parait donc, quelles que soient les tendances du médecin ou de l'accoucheur, que le recours à des interventions offensantes pour la vie de l'enfant trouve exceptionnellement sa justification.

(Marcel Sandrail. Syndromes basedowiens et gestation. *Paris Médical*, 27 mars 1937.)

Clinique infantile

La fracture du crâne chez l'enfant, si la survie dépasse quarante-huit heures, est bénigne. — La rapidité de la guérison est remarquable.

Les séquelles nerveuses sont rares.

Le pronostic des fractures du crâne chez l'enfant est donc favorable ; il l'est d'autant plus que les indications opératoires auront été fixées précocement et l'intervention faite assez rapidement après l'accident.

Pour peu que l'on hésite d'ailleurs, il faut intervenir, car, même après trépanation, le *reditus ad integrum* est la règle.

(E. Sorrel, Mme Sorrel-Déjerine et Gigon. A propos de cent cas de fractures du crâne chez les enfants. *La Presse Médicale*, 22 mai 1937.)

Clinique thérapeutique

Dans un cas de fièvre typhoïde hypertoxique, consécutif à l'ingestion de moules, l'évolution a paru très nettement et très rapidement influencée par les traitements entrepris. A la thérapeutique symptomatique habituelle, on a ajouté les injections de sérum antigangréneux, de carbone intraveineux et de vitamine A : le malade a reçu alternativement tous les deux jours une injection intramusculaire de 40 c. c. de sérum antigangréneux polyvalent et une injection intraveineuse d'endocarbone ; en outre il a reçu tous les jours une injection intramusculaire de vitamine A : soit en tout trois injections de sérum antigangréneux, quatre injections d'endocarbone et dix injections de vitamine A.

Sous l'influence de cette thérapeutique combinée et quarante-huit heures seulement après le début de ce traitement, le tableau clinique était changé, le pronostic transformé.

(D. Olmer, Jean Olmer et Gascard de Marseille. Remarques thérapeutiques sur un cas de fièvre typhoïde hypertoxique. *Journal des Praticiens*, 24 avril 1937.)

Varia

On a tellement insisté dans les traités et les « questions » sur la « pneumonie du sommet de l'enfant » qu'on la cherche souvent trop haut. Le souffle inspiratoire, fréquemment discret et très localisé, parfois simple différence de tonalité, siège très souvent au niveau du hile ou dans l'aisselle. Nous l'avons trouvé une ou deux fois très en avant, sous le mamelon.

(Robert Clément. La pneumonie de l'enfant. *La Presse Médicale*, 7 avril 1937.)

***

Il convient, toutes les fois que l'on examine un nourrisson qui transpire de la tête, de rechercher les autres symptômes du rachitisme, et si même cette transpiration se manifeste seule, il faut suivant le cas appliquer un traitement antirachitique.

(Sami Ulus. Sueurs localisées à la tête chez les nourrissons rachitiques (sur 800 cas). *La Presse Médicale*, 28 avril 1937.)

Echos et Glanures

Climat et individualité. — *M. André Missenard fera paraître dans quelques jours à la librairie Plon un ouvrage « L'*HOMME ET LE CLIMAT *». En voici les pages où il envisage l'influence morphologique du climat.*

Déjà au début du dix-huitième siècle, Buffon estimait que tous les hommes proviennent d'une même espèce originelle, seuls les climats, la nourriture et les croisements ayant différencié les races actuellement dénombrées. Cette intuition est confirmée de jour en jour par les progrès de l'anthropologie. Les caractères distinctifs de l'individu dépendent de l'hérédité, de la nourriture et du climat. L'alimentation étant elle-même plus ou moins fonction du climat, ce dernier facteur apparaît donc capital.

La distinction, autrefois classique, entre les caractères adaptifs, facilement modifiables sous l'action du milieu, et les caractères fixes ne dépendant que des lois de l'hérédité, semble périmée. Les attributs morphologiques apparemment les plus stables, en particulier la forme du crâne, sont en effet modifiables par le milieu au cours des générations. Finalement, il n'y a guère que des caractères adaptifs, à modification plus ou moins rapide.

Dans un livre récent, Lakhovsky s'est élevé contre l'hypothèse d'entités ethniques. Par une abondante documentation, il montre que la race juive initiale a donné naissance à des communautés noires et jaunes, absolument semblables aux types indigènes, et qu'en outre, dans les différents pays d'Europe et d'Amérique, les Israélites fixés depuis de nombreuses générations ont acquis le type autochtone (1). Cet auteur y voit une confirmation de ses hypothèses sur l'oscillation cellulaire : La division des cellules (qui est à l'origine de la vie et, partant, des caractères morphologiques des races), serait sous la dépendance des ondes terrestres et cosmiques, dont l'ensemble caractérise un climat et une région.

Mais, si l'influence morphologique du climat est hors de doute, l'explication des différentes variations n'est pas un problème simple, si on en juge par le nombre des hypothèses proposées, dont aucune n'est pleinement satisfaisante.

Tout d'abord, la question de la couleur de la peau est plus complexe qu'on ne l'avait cru primitivement, car, si la peau noire rayonne mieux la chaleur interne du corps, diverses mesures semblent indiquer qu'elle absorbe mieux les rayons ultra-violets.

Sans parler de la question plus nébuleuse encore de la forme cranienne, l'influence du climat sur la taille n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante d'autant plus que la stature est actuellement croissante dans les différents pays. Le rôle déterminant de la ration alimentaire n'est pas prouvé. Si les enfants mal nourris donnent, en général, des adultes de moindre taille, il est difficile d'expliquer l'augmentation de stature de nos contemporains par une plus grande abondance des aliments ; car, si les apports alimentaires peuvent inhiber la croissance par leur déficience, il ne semble pas que la suralimentation puisse faire grandir. Les différences de taille se constatent aussi dans une même société suivant les classes sociales. Les paysans sont, généralement, plus petits que les ouvriers qui, eux-mêmes, sont dépassés par les bourgeois. L'explication de Pittard, attribuant ces différences de stature aux conditions de travail est ingénieuse : Lors de la croissance, le tassement des cartilages par le port fréquent de lourds fardeaux diminuerait la taille, et la réduction du nombre d'heures de sommeil agirait dans le même sens, la position allongée favorisant le développement de la stature.

L'influence, souvent indiquée, du plus grand brassage des types dans les villes n'est pas établie avec certitude. Certes, l'hybridation accroît généralement la taille, mais alors, les ports devraient produire des géants !

Sans faire preuve d'un finalisme exagéré, il est difficile d'accepter sans réserves l'affirmation de Rabaud, d'après laquelle toutes ces modifications morphologiques, conséquence de l'adaptation du chimisme de l'être, ne correspondraient à rien d'utile. Si notre ignorance ne nous permet pas de juger de l'opportunité d'une modification de forme, il est pour le moins imprudent de la nier (1). D'autant plus que les milieux extérieurs, agissant puissamment sur les frontières de l'être peuvent entraîner des modifications qui, à leur tour, réagissent sur le chimisme.

On sait l'influence capitale de la température comme facteur climatérique, et on peut se demander dans quelle mesure cette modification de forme n'est pas liée à la valeur des températures moyennes supportées par les individus. Les bourgeois subissent moins les rigueurs de l'hiver que les ouvriers qui, eux-mêmes, sont moins exposés que les paysans aux basses températures. Ceci, tant en raison du chauffage artificiel des maisons et des usines que de l'épaisseur des vêtements, généralement croissante avec la classe sociale. Aussi, pour un même poids et pour un même métabolisme basal, le corps doit-il tendre à accroître sa surface extérieure sans augmenter son poids (2), ce qui justifierait l'allure trapue des paysans et la forme élancée des citadins. La plus grande sveltesse des citadines, que l'on a voulu expliquer par le port de sous-vêtements comprimant la taille, pourrait, en outre, avoir la même origine. Cette hypothèse permet d'entrevoir l'influence possible du chauffage artificiel, en expliquant l'accroissement de taille qui est commun à tous les pays, sans que, nulle part, on ait pu déceler une régression. Cette augmentation de stature moyenne atteint près de 4 cm. de 1850 à 1900 au Danemark, et près de 2 cm. de 1840 à 1875 en Suède, pour ne citer que l'exemple des pays nordiques.

En somme, l'action morphologique générale du climat sur l'individu nous est bien mal connue. Dans le règne animal, les modifications de l'ambiance sont plus troublantes encore et paraissent plus inexplicables. Lester et Millot citent l'exemple de « l'Artemia salina », petit crustacé dont l'abdomen s'allonge ou se raccourcit, tandis que les pattes se renforcent ou s'affaiblissent, suivant la teneur en sel marin de l'eau dans laquelle il vit. De même, si on arrose de sels de magnésium un rosier colonisé par les pucerons, un grand nombre de ceux-ci acquiert des ailes.

Tout cela porte à penser que les modifications de la composition extérieure de l'air et des conditions physiques ambiantes doivent avoir sur l'organisme humain des influences lentes, mais inexorables. Notre ignorance de ces effets doit imposer une grande prudence dans les modifications artificielles du milieu. Non pas que l'être ne puisse s'adapter et soit nécessairement

(1) Toutefois, l'existence d'une race juive véritable n'est plus admise actuellement par certains anthropologistes, car on trouve des Israélistes dans les différents groupes sanguins. Et, depuis les travaux d'Hirszfeld, on considère les réactions d'agglutination comme caractéristiques d'une race. Le lien principal entre les différentes communautés juives serait surtout religieux.

(1) Ce qui ne veut pas dire qu'on ne doit admettre une influence que dans la mesure où l'on peut en expliquer le but.

(2) Voir les expériences de Mills, chapitre 1er, p. 68.

menacé dans son espèce (de même que certains microbes s'accoutument aux antiseptiques et finissent par coloniser dans des milieux mortels avant l'adaptation), mais nous ne connaissons pas les conséquences physiologiques, et moins encore morales, de ces modifications en ce qui concerne l'être humain (1). Et, avant de perturber plus ou moins le climat naturel, ne conviendrait-il pas de chercher à déterminer le sens probable de ces évolutions ?

En l'honneur des médecins. — (*Extrait d'un article de M. Emile Henriot* (LE TEMPS, 7 juin 1937).

. . . J'aime, pour moi, la compagnie des médecins, comme spécimen d'humanité. J'en ai vu de plus ou moins bons ; je n'en ai jamais trouvé de sots. Leur formation scientifique leur a fait un esprit ouvert et positif. Ils savent des choses que j'ignore et dont je puis un jour avoir besoin. Ils vivent dans l'humain, le réel et le vrai. Ils ne mentent que par charité. Ils ont de la curiosité dans l'esprit. A force de sonder la misère universelle, ils devraient être désespérés ; et cependant, pour la plupart, ils ont un amour merveilleux de la vie. Je conçois qu'ils ne soient pas toujours très contents, quand leur consultation chôme, aux jours de grande peur, comme je l'ai dit en commençant. Mais il leur reste alors au moins un sujet de philosophie : quand le client ne donne pas, c'est l'opinion publique qui est malade. De quoi ausculter tout de même.

La chirurgie et ses limites.— *M. R. Soupault consacre à la question* (MERCURE DE FRANCE, 1er juin 1937) *un intéressant article dont voici les conclusions* :

« . . . . . Serai-je, dans ma brève esquisse, parvenu à « rendre » ce symbole si frappant : la Chirurgie, bienfaisante dans ses intentions, mais présomptueuse dans ses ambitions, condamnée — comme sous l'empire d'un dieu jaloux de ses créatures — à des tâtonnements perpétuels, se croyant sans cesse victorieuse, mais toujours désarmée !

Touchons-nous au terme de la lutte ? Une opération chirurgicale est-elle devenue une entreprise si bien conçue, si bien réglée, si bien exécutée, qu'aucun élément, aucun détail n'est livré à l'imprévu, au hasard ? Il est permis de le croire, à peu de chose près. La complexité extrême que revêt actuellement un acte opératoire correctement ordonné, l'effort de toute espèce et apparemment disproportionné qu'il représente, est la rançon du progrès, le prix auquel nous achetons un pouvoir surhumain.

Et malgré tout, une part d'inconnu subsiste encore et toujours : l'impondérable.

Nous ne pourrons pas plus conjurer à coup sûr — et quoi que nous fassions — les complications chez nos opérés qu'on n'empêchera à jamais l'explosion des poudrières, la rupture des barrages sous la poussée des eaux, l'écroulement des temples par les tremblements de terre, la destruction des civilisations par les guerres.

La Nature ne cèdera pas devant l'Homme. »

(1) Ce serait, d'ailleurs, une belle occasion de contrôler les théories morphologiques de Sigaud, car les modifications générales du corps par les climats artificiels, doivent entraîner une variation parallèle de la personnalité morale.



LES LIVRES DE LA SEMAINE

ARAGON (Paul-Marie).— **Les vétérinaires devant l'opinion. Plaidoyer pour une profession méconnue**. 148 p. Br. : 20 fr. (*Vigot*).

BARAS (Dr E.). — **La circoncision**. In-8 de 58 p. 10 fr. (*Lipschutz*).

CAILLON (V.). — **Le régime alimentaire de l'obèse**. Coll. Les carnets de la santé. 72 p. Br. : 7 fr. 50 (*Chiron*).

Cardiologia. Archives internationales du cœur et des vaisseaux. Pr. de l'abonnement 1937 : 135 fr. (*Vigot*).

CHIGOT (P.-L.). — **L'enchevillement central des fractures diaphysaires**. Ill. 29 fig. 104 p. Br. : 25 fr. (*Masson*).

DARMENDRAIL (J.). — **A propos d'un traitement ambulatoire des fractures du calcanéum**. 56 p. Br. : 12 fr. (*Vigot*).

ESCANDE (Pierre). — **Les premiers pas du vétérinaire. Des conseils, des observations cliniques**. 120 p. Br. : 20 fr. (*Vigot*).

FIESSINGER (N.) et GAJDOS (A.). — **Urticaire et Histamine**. 116 p. Br.: 22 fr. (*Vigot*).

GAROT (Lucien). — **Méthodes actuelles de puériculture**. 292 p. Br. . 30 fr. (*Vigot*).

HUREZ (André). — **Traitement des broncho-pneumonies infantiles**. In-8. 60 p. Br. : 16 fr. (*Baillière*).

LEMAIRE (Dr André). — **Le traitement des manifestations cardiaques de la maladie de Basedow**. In-8. 45 p. Br. : 14 fr. (*Baillière*).

MAGNANT-BIERCE (M.). — **Recherches sur le bois des gnétacées**. 168 p. Br. : 40 fr. (*Vigot*).

MISTENARD (André). — **L'homme et le climat**. 276 p. Br. : 20 fr. (*Plon*).

NACHT (Dr S.). — **Pathologie de la vie amoureuse**. Br. : 15 fr. (*Ed. Denoël*).

NEVOT (Armand). — **A propos des principaux motifs de saisie en inspection des viandes**. 96 p. Br. : 15 fr. (*Vigot*).

PAPIER (M.). — **De l'entéro-immunité dans les infections des animaux domestiques**. 68 p. Br. : 9 fr. (*Vigot*).

PATHAULT (Dr). — **Le livre du nerveux**. Coll. Le livre du médecin. 172 p. Br. : 15 fr. (*Chiron*).

PERROT (Em). et GORIS (Alb.). — **Travaux des laboratoires de matières médicale et de pharmacie galénique de la Faculté de Pharmacie de Paris**. T. XXVII. Année 1936. Br. : 60 fr. (*Vigot*).

POUCEL (Dr). — **Le tabac et l'hygiène**. In-8. 136 p. Br. : 14 fr. (*Baillière*).

SAINT-CYR (Jean). — **Laits pauvres. Laits écrémés. Répression de l'écrémage. Modifications à y apporter**. 98 p. Br. : 12 fr. (*Vigot*).

SAINTON (P.), SIMONNET (H.) et BROUHA (L.). — **Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale**. Ill. 158 fig. 832 p. Br. : 130 fr. (*Masson*).

VINCENT (D.). — **Recherches sur les protides du sérum et de l'urine.** 192 p. Br. : 20 fr. (*Vigot*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 25 — 19 JUIN 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 22 juin : M. Gigou : Les névroses de la vésicule biliaire. — M. Aboulker-Kamoun : Les épithéliomas du maxillaire inférieur. — M. Deliberos : Le rôle des affections gingivo-dentaires en pathologie cutanée. — M. Darbois : Contribution à l'étude du traitement du furoncle de la face par la Rœntgenthérapie. — M. Goude : La novocaïnisation du sympathique lombaire. Résultats. Indications. — M. Boros : Contribution à l'étude des formations ovariennes résiduelles consécutives à l'hystérectomie et à la castration totale. — M. Wajnapel : Contribution à l'étude de la rétinite gravidique. — M. Léger : Contribution à l'étude des modifications des réactions pupillaires dans la syphilis. — M. Morax : Les paralysies des mouvements associés des yeux. Etude clinique. La dissociation des activités volontaires et réflexe des globes oculaires. — M. Pige : Contribution à l'étude de l'hyperérotisme. — M. Bernstein : Sur la guérison de certaines urticaires par l'appendicectomie. — M. Cren : Conditions d'action des sels d'or dans la tuberculose cutanée. — Mlle Plucer vel Pilicer : Contribution à l'étude de l'épreuve du rose bengale dans les diverses dermatoses et les maladies du sang. — M. Gruppan : Les adénites tuberculeuses de l'aine.

23 juin. — M. Labarrère : Considérations sur l'hormone mâle et sur le traitement des insuffisances génitales de l'homme. — M. Baillargeat : L'ouabaïne administrée par voie buccale et de son association avec les sédatifs. — M. Blanc : Hygiène infantile en Basse-Bretagne au commencement du 19e siècle. — M. Jaffré : Contribution à l'étude de la prophylaxie du rhumatisme chronique et ses conséquences sociales. — M. Jurist : Etude pathogénique de la pellagre. — M. Perrossier : Les applications externes du mercuro-chrome en thérapeutique dermatologique.

24 juin. — M. Sieurin : A propos du traitement des pyélonéphrites gravidiques et en particulier du traitement médical. — M. Meyer (Moïse) : Diagnostic des pyuries non tuberculeuses du nourrisson. — M. Thévenin : Trophœdème vulvaire parallèle avec l'éléphantiasis. — M. Buffet : A propos d'un cas de fistule pancréatique d'origine traumatique guérie par le traitement médical. — M. Gauthier : La cataplexie. — M. Bouley : Le fluor. Ses manifestations toxiques. Son rôle biologique. — M. Lefeuvre : Sur l'établissement des statistiques de mortalité par cancer dans le département du Morbihan. — M. Aubrun : L'état mental des parkinsoniens. Contribution à son étude expérimentale.

25 juin. — M. Simon : Cancer de l'utérus. — M. Delorme : De l'ostéotomie cunéiforme appliquée au redressement des membres. — M. Fontaine : La réfection des ligaments latéraux et croisés du genou. — M. Gil : Contribution à l'étude de la tuberculose de la clavicule. — M. Guy : Contribution à l'étude des complications chirurgicale et obstétricales des fixations utérines. — M. Sergent : Les syndromes aigus de l'abdomen simulant l'urgence chirurgicale.

26 juin. — Mlle Morel : Pleurésie primitive et primo-infection tuberculeuse. — M. Weil : Les attitudes de cure adjuvantes de la collapsothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire. Mlle Lorain : L'étape initiale de la tuberculose pulmonaire dans la première année de la vie.

Clinique médicale de l'hôpital Saint Antoine. — *Cours complémentaire sur les intoxications et carences digestives* sous la direction du Professeur Maurice Loeper et du Docteur André Lemaire. — Ce cours comportera des leçons didactiques, des démonstrations et épreuves pratiques et aura lieu du 28 juin au 10 juillet, le matin de 11 heures à midi à l'amphithéâtre Hayem, le soir de 3 heures à 4 heures au laboratoire de la Clinique.

Programme. — Sénaces du matin : Lundi 28 juin, Prof. Loeper : L'hypersensibilité digestive. — Mardi 29 juin, Docteur Marchal, médecin de l'hôpital Tenon : La défense et la protection du tube digestif. — Mercredi 30 juin, Docteur Duchon, chef de laboratoire : Les microbes du tube digestif et leur élimination urinaire. — Jeudi 1er juillet, Docteur Perrault, chef de clinique : Les corps toxiques du milieu intestinal. — Vendredi 2 juillet, Docteur Degos, médecin des hôpitaux : Les réactions cutanées. Prurit et urticaire. — Samedi 3 juillet, Docteur Soulié, médecin des hôpitaux : L'anémie des entéritiques. — Lundi 5 juillet, Docteur Garcin, médecin des hôpitaux : Les troubles vasculaires et nerveux. — Mardi 6 juillet, Docteur Lemaire, agrégé, médecin des hôpitaux : Le milieu humoral et les troubles digestifs. — Mercredi 7 juillet, Docteur Gilbrin, chef de clinique : Les défaillances hépatiques. — Jeudi 8 juillet, M. Varay, interne des hôpitaux : L'oxalurie et l'oxalémie. — Vendredi 9 juillet, Docteur Turpin, agrégé, médecin des hôpitaux : Les réactions digestives des avitaminoses. — Samedi 10 juillet, Docteur Debray, médecin des hôpitaux : Principes primordiaux de thérapeutique locales et générale.

Séances de l'après-midi : 28 juin, M. Lesure, chef de laboratoire : Technique de l'examen chimique de l'estomac et de l'intestin. — 30 juin, Docteur Bioy, ancien interne des hôpitaux : L'insuffisance sécrétoire et les résidus alimentaires. — 2 juillet, M. Parrot, interne des hôpitaux : Recherche des corps toxiques dans les urines et le sang. — 5 juillet, M. Perreau, ancien interne des hôpitaux : Hématologie clinique et pratique. — 7 juillet, M. Loisel, chef de clinique : L'exploration fonctionnelle du foie. — 9 juillet, M. Tonnet, chef de laboratoire à la Faculté : Dosage des quelques corps chimiques essentiels du sang.

Aucun droit d'inscription n'est exigé pour ce cours. Sont admis les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine. Le nombre des auditeurs devant être limité, on peut dès maintenant s'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — Invité par la Faculté de médecine de Paris, M. le Professeur E. Morelli, directeur de l'Institut C. Forlanini (Clinique des maladies respiratoires de l'Université de Rome), fera deux conférences : 1° le lundi 21 juin, à 10 h. 30, à la Clinique de M. le Prof. Sergent, à Broussais-La Charité : La physiopathologie de l'appareil respiratoire en rapport avec la collapsothérapie ; 2° le mardi 22 juin, à 10 h. 30, à la Clinique de M. le Prof. Bezançon, à l'hôpital Laënnec : La thérapeutique des blessures du poumon.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. Paul Carnot). — *Enseignement de vacances 15 juillet au 15 octobre 1937.* — 1° Enseignement des stagiaires ayant à parachever leur stage scolaire : M. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. J. Caroli, médecin des hôpitaux. Tous les matins de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2.

2° Enseignement pour les médecins français et étrangers (cours public) : le mardi à 10 h. 1/2 : Présentation de malades ; le jeudi à 9 h. 1/2 : Consultation digestive commentée (Docteur Caroli) ; le samedi à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

3° Quinzaine de révision, clinique et technique, sur les maladies digestives (tube digestif, foie, pancréas et rate) pour les médecins français et étrangers et les étudiants en fin de scolarité.

Tous les jours, matin et soir, du lundi 20 septembre au samedi 2 octobre : *a*) à 10 heures : Présentations et examens de malades. Examens radioscopques et interprétation de clichés. Techniques nouvelles de laboratoire ; *b*) à 17 heures : Leçons sur des questions d'actualité de gastro-entéro-hépatologie, par M. le Prof. Carnot, MM. Henri Bénard, Chabrol et Bariéty, agrégés, médecins des hôpitaux ; MM. Cacheral, J. Caroli, J. Rachet, F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; es chefs de clinique, de laboratoire et de radiologie du service.

Un certificat sera délivré à la fin de ce cours. Le droit à verser est de 250 francs. Les bulletins de versements sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi, vendredi de 14 heures à 18 heures ou par l'intermédiaire de l'A. D. R. M. (Association des relations médicales), salle Béclard à la Faculté de médecine.

Hygiène et clinique de la première enfance (Clinique Parrot. Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris). — *Cours de révision et de perfectionnement à l'hygiène et au traitement des maladies de la première enfance.* — Un cours de révision et de perfectionnement aura lieu à la Clinique Parrot (Hospice des Enfants-Assistés) et sera consacré à l'hygiène, à la clinique et au traitement des maladies de la première enfance sous la direction de M. le Professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Cathala, et M. Lelong, Benoist, Bohn, Garnier, Gavois, Gournay, Odinet, Joseph, Mme Wertheimer, MM. Aimé, Detrois, Baize, Saint-Girons et Roudinesco.

Programme des cours. — I. L'alimentation dans la première enfance. Allaitement naturel, allaitement artificiel. Le sevrage et l'ablactation. Les laits modifiés. Les aliments diététiques. — II. Hygiène, prophylaxie et traitement des infections de la première enfance. — III. Pathologie du premier âge. Les troubles digestifs chez l'enfant au lait de vache, les accidents du sevrage. Les vomissements. La sténose du pylore. Le choléra infantile et les états cholériformes. Les états de dénutrition lente. Les retards de croissance. La maladie cœliaque. L'eczéma du nourrisson. Les avitaminoses. Le rachitisme. Les érythroblastoses infantiles. Les ictères et les anémies du nourrisson. Les cardiopathies congénitales. L'ashme du nourrisson. Les infections broncho-pulmonaires. Les néphrites du nourrisson. La colibacillose. La diphtérie, sa prophylaxie et son traitement. La tuberculose du nourrisson. La syphilis congénitale.

Ce cours commencera le mercredi 30 juin, à 9 h. 45 et se terminera le samedi 10 juillet 1937. Chaque matin de 9 h. 45 à midi visite dans les salles, présentation de malades et leçons sur les sujets ci-dessus énumérés. De 16 h. 30 à 18 heures, leçons et exercices pratiques ou visites à divers établissements de puériculture ou laboratoires de biologie.

Sont admis à ce cours les docteurs en médecine, les étudiants en médecine français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement.

Droit d'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, avant le 25 juin, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

Cours de vacances. — M. B. Weill-Hallé fera du 1er au 15 septembre une série de leçons sur la protection de l'enfance contre la tuberculose et la prémunition par le vaccin B. C. G.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques et d'exercices techniques, effectués à l'Ecole de puériculture et à l'hôpital des Enfants-Malades, ainsi que d'une visite des services de la tuberculose à l'Institut Pasteur.

Droit d'inscription : 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Hommage au Professeur Sergent. — Les élèves et les amis du Professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Broussais-la-Charité, ont décidé, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy. Tout souscripteur de 100 francs recevra une reproduction de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Légion d'honneur.— *Ministère des Colonies. Promotion du tricentenaire des Antilles.* — Sont promus et nommés :

Commandeur. — Docteur Mesnil, professeur à l'Institut Pasteur ; Bailly (Elysé).

Officier. — Docteur Sicard de Plauzolles.

Chevalier. — Docteur Agricole ; Docteur Berret, médecin de l'Assistance médicale en retraite ; Blaisemont, officier de santé ; Docteur Costet ; Docteur Delmont-Bébet ; Docteur Gippet, médecin adjoint de l'hôpital-hospice de Cayenne ; Docteur Jadfard, ancien médecin des services sanitaires à la Guadeloupe ; Docteur Nata, de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) ; Docteur Remy Néris.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Tamalet, de l'hôp. Hippolyte-Larrey à Toulouse, à l'hôp. Michel-Lévy à Marseille.

Les médecins commandants : Attane, de l'hôp. Maillot, Alger, à l'hôp. Aujot, Strasbourg ; Bret, du 503e chars, à la comm. cons. Paris ; Bergès, de l'hôp. Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon ; Fricker, de Gaujot, Strasbourg, aux troupes du Levant ; Keller, du 8e tir. marocains, au centre de réf. de Bastia.

Les médecins capitaines Berthod, du centre de réf. de Bastia, au 503e chars ; Guérin, du 38e d'inf., Roanne, au 8e tir. marocains ; Garnier, du 19e C. A., au 7e spahis ; Jude, du laboratoire central, à l'hôp. Maillot, Alger ; Peyne, du 74e bat. alpin de fort., au 94e d'art. ; Cuzin, du 61e d'art. à la base aérienne, Châteaudun ; Becam, de la base aérienne de Châteaudun, au 109e d'art.

Les médecins lieutenants : Dupeyron, du 28e génie, au 74e alpin de fort. ; Duguet, du 94e d'art. aux troupes du Maroc ; Daniel, du 92e d'inf. au 23e tir. algériens ; Benitte, du 10e chasseurs à pied, au 1er génie ; Jeantet, du 11e chasseurs alpins, aux troupes du Maroc ; Rouchette, du 12e chasseurs à cheval, au 19e C. A. ; Chedru, du 1er génie, au 158e d'inf. ; Bisset, de l'hôp. de Sarrebourg, au 25e tir. algériens, et le pharmacien-lieutenant Maechler, de l'hôp. de Grenoble, aux troupes du Maroc.

Marine. — La composition du jury pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1937 a été fixée comme suit :

Ligue médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Lancelin. — Membres : M. Loyer, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; M. Clavier, médecin en chef de 2e classe, médecin des hôpitaux maritimes ; M. Bideau, médecin principal, professeur agrégé, spécialiste des hôpitaux maritimes ; M. Audiffren, pharmacien chimiste principal, professeur agrégé.

Asiles publics d'aliénés. — Le jury du concours de médecin des asiles d'aliénés en 1937 est constitué ainsi : président, M. Dequidt ; membres titulaires : MM. Lévy-Valensi, Latapie, Frantz Adam, Demay, Gourriou, Beaussart et Lévêque ; membres suppléants, MM. Brousseau et Camus.

Sanatorium du Béarn, à Gan (Basses-Pyrénées). — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin-chef au sanatorium du Béarn, à Gan, sanatorium privé agréé, disposant de 90 lits pour femmes et enfants.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 39.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 5 juillet 1937, leur demande au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

Il y a cent ans...
ou Académie 1837

Les principes de la méthode numérique, les attaques dirigées contre elle, les réparties de ses adeptes et de ses soutiens, ont été évoqués dans une étude parue dans le Progrès Médical, *lors du Centenaire de la médecine d'observation* (*P. Astruc, supplément illustré nos 10 et 11, 1932*). *Depuis, le Professeur Greenwood (de Londres) a consacré à Louis un chapitre de son beau livre,* The dictator medical, *et M. Richard H. Shryock a exposé l'influence du même médecin français sur l'évolution de la médecine au*

XIXe siècle et au XXe siècle (*The developpement of modern medicin, Presses de Philadelphie*, 1936). *Louis reprend, grâce à ces études, la place qu'il n'aurait jamais dû quitter, et quand le moment vient de se reporter aux séances académiques de 1837 où furent portées à la tribune les critiques des adversaires de la médecine numérique et les arguments de ses partisans, on se trouve devant des débats si passionnés que leur valeur scientifique a autant de poids et de prix que leur intérêt historique. La grande attaque contre la médecine numérique débute le mardi 25 avril 1837, mais elle est précédée de séances où de si sévères critiques sont proférées contre elle que, à la demande réitérée de Cruveilhier, l'Assemblée décide le 19 avril de réserver une discussion des plus larges qui vise les principes généraux de la statistique médicale, et non plus leur application isolée dans tel ou tel cas. Suivons ces débats dans l'ordre chronologique.*

14 mars 1837. *Lecture du rapport d'Andral sur un travail de M. Delaroque relatif au traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs. Faut-il, comme le propose l'auteur du mémoire, ne jamais employer les émissions sanguines ? Andral répond par les résultats de sa propre expérience : en combinant purgatifs et émissions sanguines il a perdu 6 malades sur 18 ; sur 27 typhiques soumis par lui aux émissions sanguines seules, six sont morts ; sur 14 typhiques traités par l'eau d'orge et la diète il n'en a perdu aucun. Andral, cependant s'abstient de conclure. « Il ne faut pas s'étonner, dit-il, de voir que, tandis que pour plusieurs médecins, le traitement de la maladie appelée fièvre typhoïde ne présente pas plus de difficultés que ne leur en offre la détermination de son siège ou de sa nature, pour d'autres, au contraire, la thérapeutique de cette affection reste empreinte de tout le vague et de toute l'incertitude que présente sa théorie. »*

21 mars 1837. *Bouillaud fait en faveur des émissions sanguines un plaidoyer si catégorique et si suspect qu'il n'entraîne la conviction d'aucun de ses auditeurs, sauf Capuron et soulève des critiques d'autant plus vives que, partisan de la statistique médicale, il est accusé de la fausser. La* Presse médicale *reproche à Bouillaud, d'oublier que les tableaux parus dans ses ouvrages font étalage de tant d'omissions « qu'elles rendent la statistique plus nuisible qu'utile », et la* Gazette médicale, *sans respect pour un si grand personnage, écrit « qu'il faudrait des volumes pour répondre à Bouillaud ou lui dire simplement comme Mirabeau : « Tu mens, citoyen ».*

Piorry se gardera de toute méthode exclusive. Il ne se laissera pas convaincre qu'il doit employer, dans un cas individuel, la méthode de M. X. sous le prétexte que ce dernier « aura guéri tant de fois sur cent et par telle méthode ce qu'il a appelé fièvre typhoïde ». Castel admet que les anciens pouvaient prétendre « cette année nous aurons 1 mort sur 10 malades », mais ne peut supporter qu'on vienne dire « cette année nous avons perdu un malade sur dix. »

Le 28 mars. *Après quelques observations de Rochoux, de Bousquet, de Bricheteau, Louis défend la médecine numérique. Il soutient, contre Piorry, que la thérapeutique ne peut progresser qu'avec l'aide de la statistique, et que s'il est nécessaire de tenir compte chaque fois des particularités individuelles, il n'en est pas moins vrai que le traitement d'une affection déterminée peut s'appuyer sur des règles très générales. Comme exemple démonstratif, Louis choisit la colique des peintres. Quelles que soient les réactions des malades, la fréquence ou la rareté des vomissements, la soif vive ou nulle, les douleurs soulagées par la pression ou accrues par elle, le traitement dit de la Charité est applicable ; et on ne peut se demander comment établir qu'il existe une thérapeutique plus efficace « sinon en montrant qu'un plus grand nombre de malades guérit par ce traitement, ou plus sûrement ou plus rapidement que par d'autres. » Il pourrait appliquer le même mode de raisonnement à la dysenterie sporadique, aux fièvres intermittentes, à la fièvre typhoïde, « car, si cette maladie se compose d'éléments ou de symptômes un peu plus nombreux que les précédentes, une différence en plus ou en moins n'est pas une différence de caractère « fondamentale », on ne saurait donc sans l'analyse numérique établir ni la thérapeutique de la fièvre typhoïde, ni le traitement particulier des complications qui entravent sa marche. L'analyse prônée par Louis est aussi valable quand il s'agit d'établir un diagnostic exact que lorsqu'il faut trouver un traitement adéquat à la maladie quand on doit traiter une maladie d'intensité moyenne qu'un cas grave, et quand on cherche à définir l'influence d'un traitement donné sur les modifications que l'âge, le sexe, le tempérament, la force, la faiblesse, etc., exercent sur la maladie. Les difficultés qu'on éprouve à appliquer l'analyse numérique à la thérapeutique ne suffisent pas à en proscrire l'usage, puisque sans elle « la thérapeutique est pour ainsi dire sans fondement, et l'exercice de l'art sans règles sûres. »*

Louis, soutenu par ses amis, était loin d'avoir gain de cause. La démonstration qu'il venait de faire pouvait rendre inutile la discussion de grand style qui se préparait et qu'au moins « une voix » à l'Académie reconnaissait comme superflue. « Les faits cités par M. Louis, écrit le rédacteur de la Presse médicale, *dont les* Impressions de séance *font tant d'honneur au journalisme professionnel, ont paru trop simples à quelques personnes ; c'est que, dans ces faits, l'utilité de la statistique est trop évidente, et que, pour pouvoir soutenir les objections dirigées contre ce procédé rigoureux, il faut qu'on puisse entourer les faits de quelques ténèbres. » Cependant les objections se renouvellent, le* 4 avril *avec Martin-Solon, antinuмériste notoire, et le* 11 avril, *avec Cruveilhier qui, résumant le débat soulevé par le rapport d'Andral, combat à la fois l'emploi des saignées et des purgatifs dans la fièvre typhoïde, l'empirisme qui consiste à employer un médicament parce qu'il réussit souvent, et la statistique médicale, parce que, dès* 1829, *il s'est élevé « contre les arithmétiques ». Mais Cruveilhier désire un débat plus ample sur la statistique ; il demande à l'Académie de l'inscrire à son ordre du jour, et le* 19 avril, *ne pouvant assister à la séance, il renouvelle sa demande par écrit. Sur ce, Bousquet annonce que Risuéno d'Amador fera à la séance suivante, une communication sur l'application de la statistique à la médecine.*

(A suivre)

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Les Lymphadénomes du foie

Par M. LOEPER et J. BROUET-SAINTON

On ne parle pas souvent de lymphadénome. Son étude a été éclipsée par celle de la lymphogranulomatose. Il existe cependant. Il se localise aux organes pourvus de tissu lymphoïde : intestin, estomac, ganglions, et se généralise aux autres organes particulièrement au foie. Nous avons recueilli récemment un cas de lymphadenome hépatique auquel son énorme volume donne déjà un intérêt exceptionnel. Véritable cancer géant du poids de neuf kilos, il troubla fort peu néanmoins le fonctionnement hépatique et il se termina brutalement par douleur violente et par hémorragie intra-parenchymateuse. Pour ces trois raisons nous avons cru utile de le relater en détail et de grouper autour de lui quelques faits déjà connus de lymphadénome du foie et d'en dégager les caractères essentiels.

Il s'agit d'un homme de 42 ans préparateur en pharmacie. Entré dans le service le 6 janvier 1937 sur les conseils du Docteur Bréchot auquel il s'était présenté pour une intervention chirurgicale.

Le début de l'affection remonte au mois de septembre, c'est-à-dire à trois mois. La symptomatologie fut d'emblée digestive : le malade accusait des douleurs à type de brûlures, apparaissant de manière capricieuse, non franchement rythmées par la prise d'aliments ; de siège épigastrique et d'irradiation vers la région sus-ombilicale, les hypocondres et les deux fosses lombaires. Ces douleurs permanentes, passent par des paroxysmes pénibles que seule la position ventrale peut calmer et à quoi les alcalins n'amènent qu'une sédation passagère. Les vomissements se produisent parfois mais c'est le malade qui les provoque, tout au moins au début. Fait assez particulier, il n'y eut jamais de véritables troubles gastriques, ni pituites ni vomissements spontanés ; jamais d'hématémèse, ni de mœléna ; il existait simplement de la constipation. Tous ces troubles évoluent sans aucune élévation thermique mais avec un amaigrissement considérable, puisque, du mois de septembre 1936 à janvier 1937, le poids est passé de 113 kilos à 83, c'est-à-dire qu'il a baissé de 30 kilos. Cet amaigrissement régulièrement progressif ne peut s'expliquer par l'anorexie ou l'inanition, car le malade conserve un certain goût pour les aliments.

Dès qu'on découvre l'abdomen la paroi apparaît flasque, le ventre énorme, étalé latéralement, soulevé en son centre par une masse importante. Il n'existe pas de circulation collatérale, pas d'ascite. Cette masse est évidemment constituée par le foie; elle est mobile avec les mouvements respiratoires. Son bord supérieur est en place, le bord inférieur se trouve dans la fosse iliaque droite et presque jusque dans l'hypocondre gauche.

La palpation ne révèle dans ce foie aucune nodosité; mais elle met en évidence une zone plus saillante, plus dure, un peu douloureuse, qui paraît occuper la partie moyenne de l'organe. La rate est percutable. Les bruits du cœur sont bien frappés, la tension artérielle est à 10, 5-6 à l'appareil de Vaquez. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux ; on ne trouve pas de leucoplasie ni d'antécédent spécifique perceptible ou avoué. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs. La température oscille entre 37° et 38° ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments ni sels biliaires, mais une quantité d'urobiline appréciable.

Certains examens ont été pratiqués : dans le sang, celui de l'urée qui donne 40 centigrammes, de la glycémie, 0 gr. 83, du chloestérol 1 gr. 51, des pigments biliaires qui dépassent légèrement le taux normal : 27 milligrammes pour mille. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Une numération sanguine donne les chiffres suivants : globules rouges 3.680.000, globules blancs 8.200 ; deux polynucléaires eosinophiles, 76 % de neutrophiles.

Pour apprécier le fonctionnement de ce foie énorme, nous avons pratiqué plusieurs épreuves de galactosurie provoquée ; aucune trace de galactose ne fut retrouvée dans les différents échantillons. Ce foie énorme, gigantesque, ne donne, fait paradoxal, aucun signe chimique appréciable d'insuffisance hépatique.

En présence d'un tel tableau clinique, nous ne pouvions point douter qu'il s'agissait d'un néoplasme ; nous avions écarté l'abcès du foie, notre malade ayant été autrefois dans les colonies ; le kyste hydatique et même l'echinococcose alvéolaire. Nous avons d'ailleurs recherché les parasites sans succès dans les selles et pratiqué la réaction de Casoni qui se montra négative.



FIG. 1. — Le foie du malade de l'observation 1 avec son énorme tumeur lymphadénique.

Nous avons attribué l'origine de ce cancer à un néoplasme primitif digestif encore imperceptible, et, de fait, l'examen des selles décela du sang à des examens successifs. Les radiographies attestèrent le volume énorme du foie qui refoule l'estomac, aplatit l'intestin et gène l'appréciation des images coliques. Pourtant en étudiant très soigneusement les radiographies du colon nous avons été frappés de l'aspect flou et déformé de la région cœcale avec un trajet filiforme dessiné par la baryte qui, malgré l'évacuation normale, pouvait être symptomatique d'une lésion organique. La radiographie des poumons décelait en outre

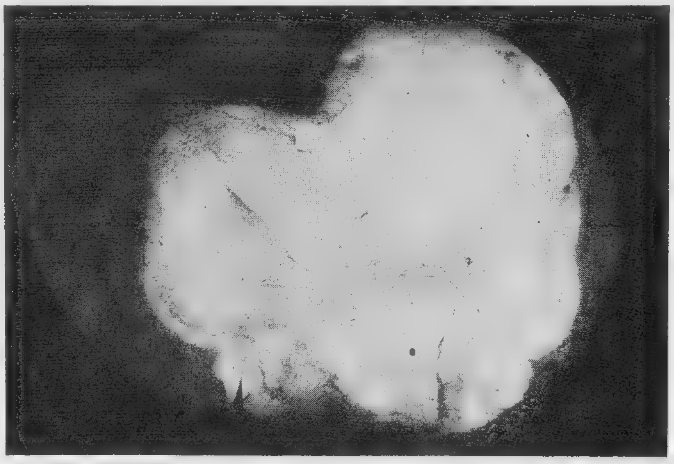


FIG. 2. — Le même après section. La tumeur est énorme, le foie pèse plus de 9 kilogr.

un empâtement de la région médiastinale à droite et à gauche du cœur traduisant sans doute des ganglions.

Pendant une quinzaine de jours, aucune modification ne survint dans le volume du foie. Après une perte de trois kilos le poids se relève un peu, mais cet accroissement est dû à l'œdème des membres inférieurs qui augmente chaque jour. Un peu de torpeur, de somnolence, peu de douleur : et, subitement, un soir à 5 heures douleur pré-cordiale brusque atroce sorte d'angor pectoris avec effondrement de la tension artérielle, pouls incomptable, faciès impressionnant anxieux. Les injections de morphine calment la douleur et non l'angoisse et le malade meurt en quelques heures.

A l'autopsie, le foie est énorme et pèse 9 kgr. 200 (nous n'avons retrouvé dans la littérature que deux autres néoformations du foie plus considérables ; l'une pesant 12 kilos, l'autre 10 kgr. 500) Il est légèrement mamelonné. A la coupe, une grosse masse blanche du volume d'une tete d'enfant nouveau-né occupe le centre laissant une mince couche de foie serré, comprimé vers la coupole diaphragmatique. Le raclage donne un suc abondant et laiteux.

Plus bas, dans la région cœcale on trouve une masse de la

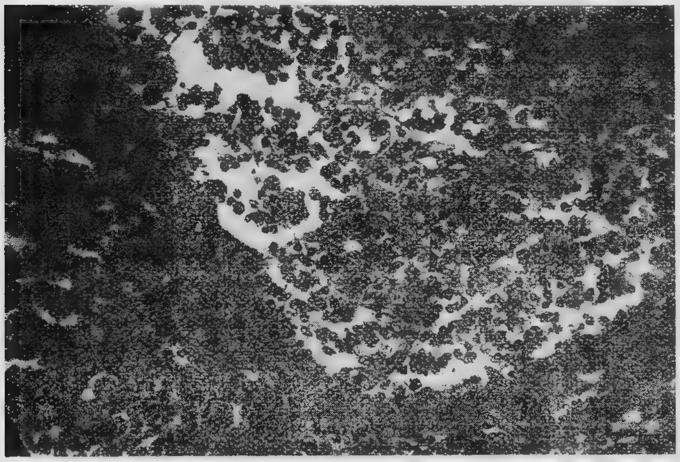


Fig. 3. — Examen histologique où l'on distingue nettement les éléments cellulaires arrondis à type de lymphocytes et quelques cellules à plus gros noyau. Dans le fond le réticulum bien dessiné.

grosseur du poing qui obstrue presque totalement la lumière intestinale et donne, à la coupe, le même aspect.

Sur l'intestin grêle également, en un point voisin du cœcum, on voit un noyau secondaire qui engaîne l'intestin. Dans le médiastin, deux masses ganglionnaires symétriques occupent les pédicules du poumon.

A l'examen histologique on s'attendait à un épithélioma ou à un sarcome banal. Ce n'était ni l'un ni l'autre. Un reticulum extrêmement fin et abondant constitue la trame de la tumeur



Fig. 4. Les lacs hémorragiques qui se sont produits dans les dernières heures de la maladie et qui, très nombreux, dans la tumeur et surtout dans le parenchyme voisin ont provoqué la douleur et la mort.

et dans ce reticulum apparaissent des éléments lymphocytiques ronds avec noyaux volumineux à peu près tous semblables et dont les contours se teintent à peine par les colorants : il existe des figures de mitose nombreuses ; il n'y a pas d'éosinophiles. C'est un lymphadénome typique. Au niveau de la coupole diaphragmatique, au-dessous de la capsule, le tissu hépatique a un aspect lamellaire, les trabécules sont toutes orientées dans le même sens et s'aplatissent sur la tumeur. Elles montrent quelques banderolles de cellules qui subissent la transformation biliaire et aussi des lacs, des vacuoles, nombreuses, abondantes, de toute forme, pleines de sang, qui tranchent avec un parenchyme hépatique d'aspect presque normal.

En résumé, il s'agit d'un énorme lymphocytome du foie, (1) vraisemblablement secondaire à une tumeur primitive cœcale, engaînant ultérieurement l'intestin grêle et essaimant du foie vers le médiastin. Et cette même tumeur hépatique a évolué sans grands signes d'insuffisance hépatique avec un gros amaigrissement, certes, de l'œdème aux membres inférieurs et il s'est terminé brutalement par une mort presque subite. La violente crise douloureuse épigastrique semblant refléter l'hémorragie sous-capsulaire constatée à l'autopsie.

***

L'un de nous avait déjà observé un cas semblable avec Proust et Forestier. Il s'agissait d'un homme de 47 ans, bien portant en apparence, qui vint consulter pour une angine accompagnée de petits crachements hémorragiques et d'un peu de fièvre. L'évolution assez lente des accidents, sans grande réaction générale, rendait cette angine assez suspecte. On trouva l'amygdale droite volumineuse, grosse comme une petite noix, de contours assez réguliers, mais de surface inégale tomenteuse, ulcéreuse et saignant au contact de l'abaisse-langue. L'examen de la région sous-maxillaire fit percevoir un ganglion un peu dur mais mobile. Il n'y avait ni ganglions ailleurs ni grosse rate et l'on pensa à un chancre de l'amygdale. L'examen ne devait révéler que la présence de spirilles banales et la réaction de Bordet-Wassermann fut négative. La biopsie montra un tissu amygdalien, au premier abord normal, mais nettement proliféré et provoquant même l'érosion de la muqueuse. Au microscope des cellules rondes à type de lymphocytes sont riches en caryocynèses. On note de grosses cellules à deux ou trois noyaux et l'on ne distingue plus les follicules. On pense alors au lymphadénôme (l'examen de sang n'avait pas montré de leucocytose, 7.000 globules blancs, dont 70 % de polynucléaires). On fait un traitement radium-thérapique et la lésion amygdalienne guérit en un mois. Pourtant le sujet continue de maigrir et son appétit décroit. Exactement six mois après son premier séjour, il revenait dans le service accusant un peu de ballonnement abdominal et quelques vomissements bilieux le matin. On constate de nouveaux ganglions au creux sus-claviculaire droit, une rate appréciable et un foie dépassant de quatre centimètres le rebord costal où la palpation perçoit trois ou quatre masses inégales et dures. Un certain nombre d'examens sont alors pratiqués : le dosage d'albumine sanguine qui donnait 84,7, le taux de la sérine étant de 31,2, celui de la globuline de 43,5, des nucléo-albumines, de 10,3, c'est-à-dire, trois fois plus que normalement, de la glycémie qui se tient à 0,70, des rapports azoturique et azotémique qui se montrent respectivement de 73 % et de 55 %, c'est-à-dire abaissés l'un et l'autre et témoignant sans doute d'une amino-acidose élevée. Enfin, l'acide urique sanguin était de 0,11 centigrammes, ce qui est considérable et celui des urines de 1,45 ce qui est encore très élevé.

La mort survint au bout de trois mois dans un tableau de cachexie progressive avec diarrhée et fièvre.

A l'autopsie, on trouva un néoplasme du foie avec un gros nodule majeur du volume d'une orange, accompagné de sept ou huit nodules de la grosseur d'une noix à une mandarine, siégeant en plein parenchyme hépatique et ayant l'aspect indiscutable du lymphadénome. Le reste de l'autopsie ne révélait qu'une rate volumineuse mais sans noyau apparent, quelques ganglions pré-pancréatiques et l'absence de noyau pulmonaire. Les ganglions semblaient histologiquement normaux, mais les figures de mitose y étaient nombreuses. Les noyaux hépatiques étaient faits de tissu lymphocytaire avec un reticulum important. On ne put déceler aucune lésion macroscopique du pancréas ou de la surrénale. Il était indiscutable que ce malade était mort d'un lymphadénome du foie secondaire à un lymphadénome des amygdales.

***

Sans avoir fait de recherches bibliographiques complètes à propos de ces cas personnels, il nous a paru intéressant de rapprocher de ceux-ci deux autres observations de lymphadénomes secondaires du foie.

Dans l'observation publiée par Legry en novembre 1910 dans les *Bulletins* de la Société Anatomique, il s'agissait d'une malade entrée à l'hôpital de la Charité pour un gros ventre et des douleurs abdominales. C'est à la suite d'un accident d'automobile qu'on a constaté l'existence de ce gros foie. La malade avait beaucoup maigri ; elle présentait de l'œdème des membres infé-

(1) Nous conservons, malgré les recherches récentes, ce terme très expressif, sinon exact.

rieurs et une légère circulation collatérale, un peu d'ascite. Le foie gros, nodulaire, contenait une dizaine de noyaux nettement perceptibles. Il n'y avait pas d'ictère. On pensa alors à un néoplasme du foie probablement secondaire à un cancer digestif. Un peu plus tard, des pigments biliaires apparurent dans les urines, les matières fécales furent un peu décolorées, le coma apparut et la mort survint en une quinzaine de jours progressivement.

L'autopsie montra un foie pesant 6 kgr. 720, à peu près régulièrement hypertrophié, uniformément criblé de masses du volume d'une noix à celui d'une grosse orange enchassées dans le parenchyme hépatique. L'examen histologique que Legry ne remit qu'au mois de mars 1911 dit textuellement : les noyaux donnaient macroscopiquement l'impression d'un carcinome secondaire, mais ils n'étaient en réalité faits ni de tissu épithélial, ni de tissu sarcomateux, mais bien de tissu lymphatique avec reticulum abondant. Dans les masses volumineuses séparées par des tractus un peu épaissis, quelquefois très tenus, avec de grosses mailles larges de tissu cellulaire, les lymphocytes sont nombreux et nettement caractérisés. Il n'y a pas d'éosinophilie. Au niveau de l'intestin une lésion plastique paraît être à l'origine de cette néo-formation hépatique. Il s'agit donc d'un lymphadénome du foie avec lésions intestinales antérieures.

Une autre observation avait été faite par MM. Suchard et Tessier publiée à la Société Anatomique en décembre 1897. Elle concerne un malade de 30 ans, entré dans le service du professeur Potin pour une tumeur maligne du creux épigastrique. Dans ses antécédents, on retrouvait la syphilis à 19 ans et un paludisme accompagné d'ictère à l'âge de 21 ans. On fit le diagnostic de foie syphilitique et palustre, avec anémie à 735.000 hématies, 50 % d'hémoglobine et 4.000 leucocytes ; or, après un épisode grippal, le malade gonfla son épigastre et, en trois mois, se cachectisa et mourut.

Or à l'autopsie on trouva une tumeur au voisinage de la petite courbure, de nombreux ganglions dans la région, un envahissement de la vésicule biliaire et une énorme tumeur du foie. Les coupes montrèrent qu'il s'agissait encore d'un lymphadénome.

Si l'on résume les caractéristiques de ces quatre observations, un cas concerne un cancer géant massif de neuf kilos ; deux autres sont des néoformations à noyaux multiples, le dernier est constitué par un cancer à un seul noyau propagé à la vésicule biliaire et présentant quelques noyaux secondaires. Aucun de ces quatre lymphadénomes du foie n'est primitif. Le premier naît du cœcum, le second vient de l'amygdale, le troisième du transverse, le dernier est probablement secondaire à une lésion de l'estomac.

***

Il nous a semblé intéressant de revenir sur les traits essentiels de cette affection et d'insister sur l'aspect anatomo-pathologique et sur la structure chimique du lymphadénome et les modifications du métabolisme général qui l'accompagnent.

On se rend compte d'après les observations que l'étude clinique offre peu de signes caractéristiques.

Les tumeurs en règle générale sont secondaires tantôt à une localisation ganglionnaire ou amygdalienne, tantôt gastrique ou intestinale.

Cliniquement le lymphadénome se présente sous deux formes ; une masse énorme, occupant la majeure partie du foie qui déborde toujours les fausses côtes. Il peut atteindre des proportions si considérables que l'on peut vraiment parler de cancer géant ou bien sous la forme d'un foie gros, irrégulier, présentant des séries de bosselures appréciables cliniquement.

L'amaigrissement est toujours considérable, il domine la symptomatologie clinique. Les troubles digestifs sont constants mais d'apparence banale. L'anémie est variable, parfois peu prononcée, parfois considérable, comme dans le cas de Suchard et Tessier. Il n'y a pas de leucocytose sanguine ou très peu. La fièvre est modérée mais elle est à peu près constante.

Les examens chimiques complémentaires montrent en général une urée sanguine normale ou abaissée, une glycémie audessous de la normale. Le taux de l'albumine sanguine est élevé, l'élévation portant surtout sur la globuline, le taux des nucléo-albumines est augmenté ; point important, l'étude qui a pu être faite dans quelques cas des rapports azoturique et azotémique semble témoigner d'une amino-acidurie élevée. Dans le cas de Proust, l'acide urique sanguin et urinaire était le double de la normale. Dans notre cas l'épreuve de la galactosurie provoquée répétée à différentes reprises n'a jamais décelé d'insuffisance hépatique pour les sucres et c'est là un fait particulièrement intéressant en raison du volume de la tumeur et de la disparition presque complète du tissu hépatique.

Tous ces signes ne permettent en aucun cas de porter le diagnostic de lymphadénome secondaire du foie. Ce n'est que dans les cas où une tumeur lymphadénique a été constatée auparavant qu'une telle lésion peut être suspectée. Dans tous les autres cas, on élimine assez facilement l'hypothèse d'une cirrhose ou d'une syphilis hépatique, d'un kyste hydatique ou d'un abcès amibien. On pose le diagnostic de cancer secondaire du foie alors même qu'on ne décèle pas la localisation digestive initiale. L'évolution est toujours rapide ; les œdèmes, et parfois l'ictère marquent la période terminale cachectique.

***

Ces lymphadénomes du foie sont considérés à juste titre comme exceptionnels et l'on peut se demander à la lecture de certaines observations anciennes si certains cancers épithéliaux du foie ne sont pas en réalité des lymphadénomes tant les examens anatomiques sont souvent incomplets. D'autres cas ont été certainement englobés dans la description de lympho-granulomatose. Ce sont des tumeurs secondaires car le foie ne contient guère de tissu susceptible de leur donner naissance. Le lymphadénome primitif est possible pourtant mais discutable.

Au point de vue anatomique, les lymphadénomes secondaires du foie peuvent se présenter sous la forme d'un noyau massif unique ou bien de noyaux multiples de volume variable allant de celui d'une granulation miliaire à celui d'une tête de fœtus ; mal limités dans les tissus lymphoïdes ils le sont beaucoup mieux dans le foie. Il existe parfois autour des noyaux une zone fibreuse qui les sépare du parenchyme hépatique d'ailleurs aplati et fibrosé. Les ganglions sont fusionnés en une masse unique. L'aspect est bien spécial ; encéphaloïde mou grisâtre, lardacé ou « crémeux » avec des points et des îlots rougeâtres qui correspondent à des dilatations vasculaires et à des foyers sanguins. Parfois il existe des points d'aspect caséeux. Il se rapproche donc par son aspect macroscopique beaucoup plus du sarcome que de l'épithélioma, les ectasies vasculaires nombreuses l'en rapprochent plus encore. Le suc est laiteux, abondant.

Ce suc est fait de cellules rondes de 10 μ avec un noyau volumineux parfois quelques cellules sont plus grosses : 20 μ. Le protoplasma est détendu et de teinte variable, ce qui permet des distinctions subtiles. Certaines de ces cellules font office de macrophage. Il peut y avoir aussi des cellules fusiformes. La trame de la tumeur est un reticulum abondant qui n'est pas toujours très visible, sauf après l'action du pinceau sur les coupes fraîches. Ce reticulum est essentiel et spécifique. Il n'existe ni dans le sarcome ni dans la maladie de Hodgkin. Le tissu réticulé part des capillaires. Le lymphadénome est donc constitué essentiellement par des lymphocytes ou des éléments voisins d'apparence normale et par un reticulum : c'est la multiplication néoplasique d'un tissu qui rappelle le ganglion. Il ne contient pas comme le lymphogranulome des réactions cellulaires et du tissu scléreux. Les eosinophiles y sont rares et les macrophages aussi.

***

On a peu étudié en raison de sa rareté même la constitution *chimique* du lymphadénome. Pourtant, comme les cancers, il a été étudié au point de vue de sa teneur en albumine, en cholestérine, en acide urique. L'un de nous avec Dujarrier et Tonnet en 1913 avait déjà indiqué la présence de ferments et la modification des albumines. La tumeur examinée par nous comprenait 12 gr. 60 d'albumine dans le résidu sec, une quantité assez considérable de globuline, 8 gr. 50, soit 60 % (en cela, le lymphadénome ne se distingue pas des autres tumeurs) un taux de cholestérine de 2 gr. 50 et une quantité de lipides totaux considérable. Ces détails ont leur intérêt en raison des recherches du Professeur Roffo de, Buenos-Aires, qui a trouvé le taux du cholestérol augmenté dans les tumeurs.

A la suite des travaux de Poulain, de Fiessinger, on sait qu'il existe en général dans les éléments lymphocytaires une *lipase*, que nous avons recherchée. Nous avons pu constater que la quantité en était considérable et que les éléments cellulaires arrondis du lymphadénome obéissaient aux mêmes lois que les éléments cellulaires arrondis du ganglion normal. Cette lipase transforme une monobutyrine neutre en acide butyrique.

En raison même de la rareté du lymphadénome du foie, nous avons peu de renseignements sur les rapports exacts de la tumeur et des variations métaboliques qu'elle peut entraîner. On est frappé en étudiant les différents métabolismes du peu d'atteinte du fonctionnement hépatique. Les constatations qui ont pu être faites sont très voisines de celles observées au cours des cancers du foie.

MÉTABOLISME AZOTÉ. — L'urée sanguine est en général normale ; l'amino-acidurie est forte. L'interprétation qui en a été donnée pour le tissu cancéreux agissant comme la glande hépatique ne peut être invoquée ici puisque ce tissu diffère du tissu cancéreux épithélial.

MÉTABOLISME DE LA CHOLESTÉRINE. — Le taux de la cholestérine dans nos observations a été de 0,80 à 1,75, contrairement à l'opinion de Roffo. L'un de nous a d'ailleurs montré avec Debray que si le cholestérol est parfois modifié, le taux des lipides totaux est beaucoup plus souvent augmenté et cela d'une manière importante jusqu'à dix fois le taux normal. Il est difficile de savoir la part qui revient à la tumeur elle-même et au foie dans les modifications du cholestérol sanguin ; un fait est certain, les tumeurs du foie diminuent souvent la cholestérolémie alors que les autres l'augmentent.

MÉTABOLISME DU SUCRE. — Dans le cas qui est le point de départ de cette étude, l'épreuve de la galactosurie provoquée faite à diverses reprises a toujours été négative. Ce résultat est à rapprocher de ceux observés par Lambling, Gérard et Stenhiout qui dans de volumineux cancers du foie ont trouvé la galactosurie totale, quinze fois nulle, six fois au-dessous d'un gramme, neuf fois au-dessus d'un gramme pour mille, la concentration maxima étant de 10 %.

Le taux de la glycémie est en général abaissé (0,85, 0,70, dans nos deux cas).

La précarité de ces épreuves dans des néoplasmes si étendus est paradoxale. Le volume de la tumeur ne semble jouer aucun rôle. C'est une notion importante et l'on peut se demander si ce sucre venu de l'intestin ne trouve pas dans ce foie énorme une surface d'épandage considérable et s'il ne s'y détruit pas partiellement. A cette notion d'épandage pour le sucre venu de l'intestin, peut-être faut-il ajouter la notion de consommation de sucre par la tumeur elle-même pour fabriquer son propre glycogène.

MÉTABOLISME PROTIDIQUE. — Comme dans le néoplasme, il semble qu'au cours des lymphadénomes du foie (cas décrit avec Proust), l'albumine du sang soit augmentée, l'augmentation portant essentiellement sur la globuline et sur l'albumine précipitable par l'acide acétique. La transformation des éléments cellulaires d'un lymphadénome aboutit à la formation d'*acide urique.* L'augmentation de l'albumine et celle de l'acide urique semblent en rapport avec la désintégration même de la tumeur et peut-être plus en rapport avec la nature même de la tumeur qu'avec la localisation au foie du processus lymphadénique.

En conclusions nous dirons : les lymphadénomes du foie sont donc en général des tumeurs secondaires. Leur nature exacte ne peut être fixée cliniquement que si celle du foyer primitif est connue. L'examen macroscopique donne seul un diagnostic certain. L'examen histologique soigneux montre la présence d'un reticulum typique d'apparence normal, des lymphocytes nombreux avec des figures de kariokinèse. Notre observation est intéressante à un double point de vue en raison même de la nature et aussi du volume énorme, géant, de la néoformation.

La structure chimique de ces néoformations, leur retentissement sur les différents métabolismes, est encore mal connue. Mais certains accroissements de l'acide urique et des globulines paraissent dépendre de leur désintégration.

Il est remarquable de voir avec quelle persistance le foie, ainsi envahi, parfois presque totalement envahi, peut conserver son action sur les produit sazotés et sur les sucres et se maintenir en équilibre. Mais il suffit d'un rien pour produire le cataclysme final.

« Si on étudie comme l'ont fait les statisticiens de Hambourg, les moyens utilisés par les suicidés de 1925 à 1934 (4.426 hommes avec une mortalité de 53 pour 100 et 3.818 femmes avec une mortalité de 47,7 pour 100), on constate que leur efficacité est variable.

La pendaison est mortelle dans les deux sexes dans 85 pour 100 des cas, mais toutes les autres modalités de suicide sont réalisése plus aisément et plus dangereusement par les hommes que par les femmes ; ainsi, la tentative de noyade est mortelle deux fois plus souvent pour les hommes, l'intoxication par le gaz d'éclairage (procédé très employé puisqu'il comporte près de la moitié des tentatives de suicide) est fatale pour près de la moitié des hommes et seulement 1 / 5 des femmes qui s'y soumettent ; les empoisonnements tuent 32 pour 100 des hommes et 19 pour 100 des femmes. » (G. DREYFUS-SÉE. — A propos de quelques statistiques de suicide. *La Presse Médicale*, 7 octobre 1936.)

Nécessité de l'extension de l'examen radiologique et en particulier radiographique pour le diagnostic des affections pulmonaires

Par **Paul BRAUN**

Il paraît superflu de rappeler que l'auscultation et la percussion constituent l'acte technique médical le plus utilisé pour l'examen du poumon. Mais depuis la découverte de la radiologie et de son application pratique à l'examen du poumon, on peut dire que peu à peu on arrive à cette notion incontestable qu'un examen pulmonaire doit être considéré comme tout à fait insuffisant si le thorax et le poumon n'ont pas été examinés au point de vue radiologique. Bien mieux, on doit aujourd'hui, après une expérience prolongée qui date déjà de plus de vingt ans, et étant donné le perfectionnement des procédés radiologiques à tous points de vue, reconnaître que l'examen radiologique au point de vue pulmonaire, constitue le procédé crucial, indispensable, autour duquel viennent se grouper les autres procédés d'examen et en particulier l'auscultation, l'examen des crachats, etc . . Il ne s'agit pas d'opposer les résultats de l'auscultation aux autres résultats fournis par l'examen radiologique ; il n'y a pas non plus lieu de proclamer suivant l'expression imagée mais injuste de M. Ameuille, la « faillite de l'auscultation », il s'agit essentiellement de *coordonner* les divers procédés qui nous permettront de nous renseigner sur l'état pulmonaire et de tirer de la confrontation des résultats le maximum de renseignements, comme nous avons essayé de le préciser (Thèse de Pigeon, Paris, 1934).

Mais quelqu'indispensable qu'on puisse reconnaître l'examen radiologique, ce procédé reste en fait encore l'apanage d'une minorité de médecins. Tous les jours et d'une façon universelle, on procède encore à l'examen du poumon exclusivement par les simples procédés acoustiques, ce qui paraît à l'heure actuelle vraiment insuffisant ; ce n'est encore qu'exceptionnellement ou seulement dans les milieux spécialis s qu'on procède systématiquement et dans tous les cas à l'examen radiologique. C'est dire combien d'une façon g nérale, sont actuellement insuffisants les examens pulmonaires pratiqués d'une façon courante. Si dans les milieux spécialisés et en particulier dans les dispensaiou dans les hôpitaux spéciaux organisés en vue de la lutte antituberculeuse, on a recours àla radiologie, on peut bien dire que dans les maladies aiguës où l'examen radiographique est si souvent intéressant et parfois indispensable pour faire un diagnostic. cet examen n'est fait qu'exceptionnellement. De plus, quand par hasard, on a recours à un examen de cet ordre, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on poursuit l'évolution de la maladie par les procédés radiologiques.

On peut se demander aujourd'hui si le moment n'est pas venu de généraliser le développement du procédé radiologique systématique pour l'examen du poumon. Mais auparavant nous devons nous demander pour quelles raisons ce développement a été dans la pratique, retardé, si l'on ne veut pas rester éternellement dans la routine pure et simple des procédés archaïques de l'*auscultation isolée*.

On comprend qu'au début de l'ère radiologique, les rayons n'aient pu être employés dans la pratique médicale générale ; l'instrumentation pouvait être considérée comme très compliquée, comme extrêmement dispendieuse voire dangereuse, et en tout cas, la difficulté de transport des appareils était un obstacle à ces examens ; on ne pouvait donc s'en servir qu'à titre exceptionnel pour l'étude des maladies à moins de mobiliser le malade et de le transporter chez le radiographe spécialisé.

Le prix des instruments, le prix des films, enfin le danger que pouvait comporter le maniement des rayons X d'une part pour le médecin et d'autre part pour le patient. tout cela entrait en ligne de compte pour faire considérer qu'il s'agissait d'un examen de luxe, difficile à exécuter ; par conséquent son emploi s'en trouvait forcément limité et *on était réduit à poser l'indication* d'un examen radiologique en particulier radiographique.

Mais à l'heure actuelle, toutes ces conditions sont changées et

le seront encore davantage, de sorte que l'examen radiologique systématique du poumon et en particulier la radiographie doit devenir une méthode courante appliquée non seulement dans les milieux spécialisés mais aussi dans la pratique médicale courante.

(Nous ne parlons ici bien entendu, en ce qui concerne la radiologie, que de l'examen pulmonaire, n'ayant aucune expérience pratique des autres organes ; mais nous sommes volontiers tentés de penser qu'au point de vue gastro-entérologique et au point de vue osseux, des réflexions analogues pourraient être émises).

Il y a lieu bien entendu de reconnaître les progrès faits par l'instrumentation radiographique et il faut en particulier apprécier ces belles installations qui permettent d'exécuter ces merveilleuses téléradiographies, constituent entre les mains de certains de nos radiologues spécialistes, de véritables œuvres d'art ; d'ailleurs le dernier mot du perfectionnement n'est pas encore dit, depuis qu'on peut procéder à l'examen radiologique par tranches, d'après les derniers résultats de la tomographie.

Mais précisément, cette perfection maintient l'idée que l'examen radiologique pulmonaire constitue un examen de luxe, alors que des instrumentations beaucoup moins compliquées, beaucoup moins dispendieuses nous permettent cependant d'obtenir des images qui, si elles ne sont pas aussi parfaites que les radiographies dont nous parlons, sont cependant suffisantes pour éclairer le diagnostic, nous permettent de suivre une affection pulmonaire et d'étendre indéfiniment notre étude aux cas les plus disparates et d'en faire bénéficier toutes les personnes qui se présentent à notre examen.

Il faut en effet se rendre compte qu'un effort important a été réalisé dans le sens de l'extension pratique de la radiologie et en particulier de la radiographie par la fabrication d'une instrumentation beaucoup plus réduite et beaucoup plus mobile.

Sans vouloir ici détailler ces instruments, ce qui sortirait du cadre et de notre compétence et de notre étude, nous tenons d'après l'expérience que nous en avons, à montrer qu'avec une instrumentation réduite et avec des procédés presque de fortune, nous avons pu depuis plusieurs années, procéder à des examens radiologiques du poumon dans toutes les conditions possibles : maladies aiguës, examens systématiques, examens prophylactiques, examens répétés, et que nous avons pu obtenir des documents radiographiques en série extrêmement utiles dans la pratique courante (1).

Il existe actuellement sur le marché des appareils mobiles ; il en existe des modèles variés plus ou moins importants, plus ou moins lourds, plus ou moins compliqués, mais il y en a qui ont été réduits comme volume et comme poids de telle façon qu'ils sont assimilables à un véritable stéthoscope radiologique. Ces appareils peuvent fonctionner sur un courant de 6 à 10 ampères, courant lumière, tel qu'on le rencontre aujourd'hui dans tous les pays civilisés et en quelqu'endroit où l'on se trouve et branché sur une prise de lumière. Les directions des secteurs électriques dans la région parisienne mettent d'ailleurs la plus grande complaisance à augmenter le débit électrique, lorsqu'on leur en fait la demande. La seule petite difficulté qui existe encore dans certains secteurs de Paris réside dans la présence de courant continu qui alors nécessite toujours une transformation de l'énergie électrique avant de pouvoir brancher l'instrument principal.

Les écrans nouvellement présentés sur le marché d'une luminosité accrue, facilitent encore ces examens, car ils réduisent considérablement le temps d'adaptation nécessaire au médecin qui doit examiner un malade. Le port de lunettes noires dans la demi-heure qui précède, réduit, on le sait, le temps d'adaptation.

En ce qui concerne la radiographie, on sait que le but des instruments modernes a été de réduire considérablement le temps de pause, mais la pratique courante nous a cependant appris que si les films faits avec des temps de pause prolongée n'ont pas la perfection des téléradiographies instantanées, ils sont cependant utilisables et donnent des renseignements précieux. L'emploi des renforçateurs apparus récemment sur le marché, diminue d'ailleurs considérablement encore le temps de pause de sorte qu'en ce moment, une instrumentation simple, mobile, facile à manier, nous permet d'avoir, à moins qu'il ne s'agisse de sujets exceptionnellement épais, et obèses, des radiographies utilisables et faciles à obtenir.

Depuis quelques années, étant donné le prix des films radiographiques, nous nous sommes efforcés d'employer du papier radiographique, remplaçant le film, et d'un prix beaucoup moins élevé. Là encore, malgré les inconvénients et malgré l'imperfection relative des résultats et surtout malgré la difficulté que l'on peut avoir de reproduire ces images (difficulté plus grande que lorsqu'il s'agit de films, mais facile à surmonter comme nous l'avons montré), cette méthode nous a permis d'étendre largement nos investigations radiologiques et en particulier radiographiques, et de multiplier les examens étant donnée la dépense minime qui se trouve occasionnée par l'ensemble de ces moyens.

Nous arrivons ainsi à multiplier les documents radiographiques non seulement au même moment en multipliant les prises dans des positions diverses, mais en les répétant à intervalles rapprochés tous les six mois, tous les mois, toutes les semaines, tous les jours même lorsqu'il s'agit de maladies aiguës.

Depuis plusieurs années, les médecins ont été mis en garde contre les dangers des rayons X en général, danger d'électrocution pour le médecin et son patient. En réalité, si ces dangers sont peut-être réels avec les instrumentations anciennes où se trouvaient des fils à nu, les systèmes nouveaux tels qu'ils sont présentés sur le marché, avec garantie du constructeur contre les dangers d'électrocution, ne présentent plus ces inconvénients. Et même en admettant qu'il reste encore une possibilité de cet ordre (notre compétence ne nous permet pas de nous inscrire en faux contre la possibilité d'un accident de ce genre), il est en tout cas tellement minime qu'on ne saurait s'en prévaloir pour s'opposer à l'utilisation de cet instrument.

Quant aux radiodermites ou à l'influence nocive générale des rayons, étant données les conditions de l'examen qui, précisément est toujours un examen rapide (et qui devra toujours rester rapide), nous croyons que d'une part le malade est à l'abri de ces accidents, et d'autre part, nous ne pensons pas non plus que pour le médecin dans la pratique de ces instruments, les examens radiologiques puissent devenir nocifs étant donné la protection dont sont entourés tous ces instruments.

En tout cas, toutes ces objections tombent devant la pratique que nous en avons depuis plusieurs années et les résultats que nous avons obtenus.

D'autre part, la *manipulation* de ces instruments, (la radioscopie et même la prise de radiographies) constitue actuellement un acte extrêmement simple. Autrefois, il était logique de demander au radiographe spécialisé une éducation et une instruction physique et électrique suffisante pour qu'il puisse saisir le mécanisme intime de l'appareillage radiologique et au besoin faire les préparations nécessaires, contrôler son rendement, au besoin contrôler la sécurité, etc...

(Nous ne parlons ici que de l'examen radiologique du poumon au point de vue du diagnostic en laissant de côté toute idée de maniement thérapeutique, etc., ce qui constitue un tout autre chapitre).

Avec l'instrumentation moderne, nous pouvons dire que si cette instruction peut être utile, elle n'est pas indispensable. On n'exigerait pas actuellement d'un conducteur d'une automobile de connaître le mécanisme intime de l'appareillage de sa voiture, ce qui ne l'empêche pas de la conduire et de se porter lui-même au lieu qui lui convient. Alors que dans les débuts de l'automobile, il n'était guère possible de confier ces véhicules à un autre individu qu'au mécanicien de profession.

Le maniement des appareils radiologiques, la prise de radiographies peuvent être considérés comme des actes tout à fait élémentaires. On peut dire que cette instrumentation peut être mise entre les mains, non pas de n'importe qui, mais de n'importe quel médecin ayant reçu une certaine éducation.

Reste l'interprétation de l'image radiologique.

Pendant des années, les médecins se sont efforcés d'acquérir au cours de leurs études les connaissances nécessaires pour procéder à l'étude acoustique du poumon. Tous ceux qui dès le début de leurs études n'ont pas bénéficié de l'invention radiologique, savent quelles difficultés on éprouvait pour apprendre à ausculter, à percuter, et quelles difficultés il y avait pour interpréter non seulement les petits signes nuancés, tombés presque dans l'oubli actuellement, mais encore les signes considérés comme grossiers tels que les avait décrits Laënnec : gros souffles, gros râles, etc., et pourtant on arrivait grâce à ces signes à faire des diagnostics qui se vérifiaient exacts comme le démontraient les résultats anatomiques. En réalité, la grande difficulté au cours de ces examens était de différencier l'état normal de l'état pathologique ; il fallait pour cela une certaine éducation de l'oreille.

Combien il est plus facile, en comparaison, d'étudier un film radiographique ou une image radioscopique.

---

(1) Voir séance, Société d'Etudes stientifiques in *Revue de la Tuberculose*, n° 4, avril 1936.

Réalisation pratique et économique des examenns pulmonaires systématiques et systématiquement répétés des collectivités au travail, Mesure prophylactique antituberculeuse. *Presse Médicale*, n° 37, 8 mai 1937, p. 701.

Une analyse de sons est autrement difficile que l'analyse d'un dessin et l'éducation de l'œil chez à peu près tous les individus sera bien plus facile que l'éducation de l'oreille.

L'imperfection de l'image rendait difficile l'interprétation des renseignements fournis autrefois par l'image radioscopique et radiographique. Les difficultés d'interprétation devaient rendre extrêmement prudent le médecin qui faisait cet examen, s'il n'était pas parfaitement au courant de la technique. Il était donc nécessaire auparavant d'acquérir les notions suffisantes, ne serait-ce que pour reconnaître et distinguer l'état normal et l'état anormal d'une image radiologique du poumon.

L'étude et l'expérience prolongées pouvaient seules nous renseigner sur ce qu'on peut appeler une anomalie pulmonaire et l'histoire de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'histoire des ombres hilaires anormales, l'histoire des hiles chargés, à elles seules nous montrent combien il a fallu d'efforts pour reconnaître à quel moment une image pulmonaire devenait anormale.

Nos connaissances à ce sujet se sont peu à peu considérablement développées, grâce au perfectionnement de la technique et grâce à la multiplication des observations prolongées avec multiplication des films au cours de l'évolution des maladies et des confrontations anatomiques.

Avec un peu de bonne volonté et en peu de temps, il est facile d'apprendre à reconnaître sur un film radiographique ce qui doit être considéré comme normal ou voisin de la normale et ce qui doit être considéré comme pathologique. Que des difficultés puissent être soulevées dans la constatation même d'un dessin normal ou anormal pour savoir où se trouve la limite du normal et de l'anormal, cela est incontestable. Mais nous pouvons constater tous les jours qu'avec un peu d'esprit critique qu'il faut précisément développer chez l'observateur, celui-ci arrivera à délimiter les cas où il peut différencier un état normal ou non et les cas où il restera un doute, c'est-à-dire une nécessité d'observation répétée, renouvelée, comme cela se pratique dans toute la séméiologie clinique.

Ici, comme toujours, ce sont très souvent les mêmes fautes que le débutant à tendance à commettre et une fois ne plus, nous rappelons cette difficulté qui entraîne l'observateur, au début, à considérer comme anormales des modifications légères, des hiles un peu forts, etc... Il suffit de l'avoir averti pendant un certain temps et dans un certain nombre de cas pour qu'il puisse lui-même faire la critique de son observation.

Quant à l'interprétation clinique et anatomique des anomalies constatées, là encore ce sera une éducation simple qui permettra à l'observateur d'intégrer ces constatations radiologiques à tout le reste de son observation clinique et d'en déduire les conséquences : la difficulté n'est pas ici plus grande que pour toute interprétation d'un signe pathologique plus ou moins bien constaté.

On peut donc dire que l'éducation du médecin au point de vue de la lecture du film radiologique, de la constatation du signe radiographique anormal et de son interprétation n'offrira que peu de difficultés et en tout cas souvent moindre que l'éducation acoustique, spécialement pour le poumon, et l'éducation séméiologique d'une façon très générale.

On peut donc demander que cette instruction se développe, et elle se développera automatiquement lorsqu'on se rendra compte de l'utilité de ces examens radiologiques systématiques qui s'imposeront fatalement.

Autant dire que cette instruction doit être faite d'emblée dès le début de l'instruction médicale, comme se faisait autrefois l'instruction acoustique : ce sera d'ailleurs beaucoup plus facile lorsqu'on aura bien fait comprendre les raisons d'être des anomalies d'opacité, de forme et de contraste.

En résumé : l'examen radiologique du poumon, examen radioscopique et surtout radiographique systématique doit être considéré aujourd'hui comme une opération facile à exécuter : les résultats sont faciles à interpréter à condition de les intégrer dans les constatations cliniques générales, avec un peu d'habitude et de bon vouloir.

Cet examen ne doit plus être considéré aujourd'hui comme un examen de luxe et doit pénétrer dans la pratique médicale générale. Il devra être de plus en plus employé, même dans la pratique courante, même en ville, chez les individus atteints de maladie aiguë.

Il est si facile au lit du malade par un coup d'œil radiologique de s'assurer s'il y a ou non épanchement, condensation pulmonaire et ceci est souvent particulièrement important chez l'enfant où l'on craint de laisser échapper, lorsqu'il y a quelques manifestations à la base, une pleurésie purulente ou chez l'adulte une collection purulente.

L'extension des examens radiologiques pulmonaires permettra d'autre part, de diminuer le nombre des cas si fréquents dans nos consultations, où chez un malade suivi depuis longtemps par un médecin, et considéré jusque-là comme n'ayant aucune lésion, on découvre grâce à l'examen radiologique, une lésion déjà importante : cette lésion avait échappé à l'auscultation pourtant consciencieuse. C'est une occasion de triomphe trop facile pour le spécialiste ou les services qui pratiquent systématiquement l'examen radiologique. Il en est de même des découvertes à l'heure actuelle fortuites concernant les obstructions bronchiques et en particulier les corps étrangers œsophagiens ou bronchiques, ignorés pendant des mois et dont la présence est révélée par l'examen radioscopique (voir en particulier l'observation Triboulet et Soulas) (1).

Si on multipliait les examens radiologiques et surtout les radiographies qui constituent de véritables documents objectifs, une autre difficulté très importante dans la pratique se trouverait aplanie ; *la difficulté se trouverait souvent levée par comparaison*. La question se pose en particulier chez les candidats à un emploi. Dans le doute, les anomalies radiographiques tant soit peu apparentes déterminent des décisions d'élimination et d'inaptitude souvent injustes, ou un retard pour la décision. Une anomalie révélée par la radiographie, qui n'a pas bougé depuis des années, ne justifie certainement pas pas cette élimination, mais la preuve de l'ancienneté ne peut être appréciée que par comparaison avec un document antérieur.

Lorsqu'on fait des examens radiographiques systématiques chez des personnes se présentant à la consultation, on découvre bien fréquemment des taches, des opacités. En l'absence d'autres constatations cliniques, il est impossible d'apprécier le caractère évolutif de la lésion. S'agit-il d'une lésion ancienne, récente ? S'il existe un document radiographique antérieur, on peut alors faire la comparaison et apporter une solution.

Avec ce procédé nous avons été à même dans un grand nombre de cas de préciser des diagnostics restés en suspens, en ville, au lit du malade, et nous avons pu reconnaître la présence d'épanchements, d'abcès pulmonaires, de foyers de condensation ou au contraire, rassurer les médecins et la famille en constatant l'absence de ces foyers dont on avait suspecté la présence.

Voici trois observations succinctes :

Première observation : Nous sommes appelé auprès d'une jeune femme qui présente une température élevée, avec un amaigrissement notable depuis quelque temps, à la suite d'un surmenage, une dyspnée importante, et de la cyanose.

Les signes d'auscultation sont imprécis, mais l'ensemble de la maladie donne l'impression d'un état granulique : par conséquent, pronostic extrêmement mauvais. Un simple coup d'œil radioscopique nous montre qu'il s'agit en réalité d'un foyer pulmonaire de la région interlobaire, avec quelques crachats bacillifères, ce qui a permis de modifier le diagnostic et par conséquent le pronostic.

Deuxième observation : Un malade a une température élevée avec une dyspnée intense ; l'auscultation montre surtout des phénomènes de bronchite généralisés : une légère matité fait penser qu'il s'agit d'un foyer pneumonique. L'examen radioscopique et radiographique révèle la présence d'un épanchement et la ponction montre qu'il s'agit d'une pleurésie purulente à opérer d'urgence.

Troisième observation : Nous sommes appelé auprès d'une jeune femme dans un milieu très modeste ; la température élevée fait penser à un foyer pneumonique : en réalité, la radiographie montre nettement l'existence d'un abcès pulmonaire dans la région interlo- baire.

Quatrième observation : Une jeune femme présente une température très élevée avec dyspnée, de la matité : l'état général est tel qu'on soupçonne une pleurésie purulente. La scopie ne montre pas d'épanchements mais une opacité parenchymateuse et les radiographies successives nous ont permis ensuite d'assister à la régression de l'opacité : nous avons pu par conséquent modifier le diagnostic et le pronostic.

Enfin, à plusieurs reprises, nous avons été amené à examiner des enfants présentant de la dyspnée, un point de côté et chez lesquels on soupçonnait l'existence possible d'un épanchement. Un examen rapide scopique et graphique montre que cette crainte est injustifiée et qu'il n'y a, en particulier, pas de pleurésie purulente.

Nous avons pu avec cette installation simple, procéder à l'examen systématique et systématiquement répété, dans un but prophylactique, d'une collectivité de 300 personnes environ, employées dans une entreprise. Nous avons pu en quelques

---

(1) TRIBOULET et A. SOULAS. — Curieux cas de corps étranger des bronches ou de la collaboration entre médecin de dispensaire et bronchoscopiste.
Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie, 1935, n° 2, p. 167.


Traitement immunisant
et cicatrisant
des affections
cutanées
ANTIPIOL
TRAITEMENT DES DERMATOSES PAR LES VACCINS FILTRATS
Ampoules de
10cc.&1cc. pour compresses
Pommade-vaccin
pour pansements non adhérents


les propriétés
de la strychnine
avec une toxicité
10
fois moindre
STRYCHNAL
LONGUET
ANÉMIE
ASTHÉNIE,
NEURASTHÉNIE
AFFECTIONS
MÉDULLAIRES
ET NÉVRITIQUES
CONVALESCENCES
granules: 2 à 4 p. jour
ampoules: 1 à 2
LABORATOIRES
LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Les injections intraveineuses d'alcool dans les affections pulmonaires

L'alcoolothérapie intraveineuse a été utilisée tout d'abord par Thursz, en 1927, contre le cancer et l'infection puerpérale. A sa suite les auteurs polonais, Landau, Fejgin et Bauer l'employèrent dans la fièvre puerpérale et l'endocardite subaiguë ; ils s'aperçurent que si cette thérapeutique n'agissait pas sur l'affection elle-même, elle améliorait et guérissait les complications pulmonaires graves de ces diverses maladies, et en particulier les suppurations pulmonaires. C'est alors qu'ils traitèrent systématiquement ainsi toute une série de suppurations pulmonaires, et en 1931 dans la *Presse médicale* donnèrent l'alcoolothérapie intraveineuse comme le traitement spécifique de ces affections.

Depuis, nombre d'observations favorables ont été publiées en Pologne, en Espagne, en Roumanie, en Italie et en France. Nous nous contenterons de citer les thèses de Mlle Hinkova, de Mlle Toporova et de Gurfinkiel.

Indications. — Il semble bien que l'abcès du poumon, collection purulente intraparenchymateuse, constitue l'indication-type de cette thérapeutique.

C'est le plus près possible du début qu'il conviendra de l'employer, conjointement avec les autres méthodes usuelles: émétine, hyposulfite de soude, drainage de posture, etc., ou après avoir essayé pendant quelques jours ces méthodes médicales.

Il faut bien savoir, avant de parler de guérison thérapeutique, qu'un certain nombre d'abcès pulmonaires guérissent presque spontanément. Mais l'alcoolothérapie hâtera souvent cette guérison; et dans quelques cas graves, empêchera l'abcès d'arriver à la période chirurgicale.

Elle est encore indiquée dans les abcès gangréneux, pyogazeux, les gangrènes pulmonaires ; on a enregistré quelques succès, mais dans ce cas l'efficacité est bien moins constante et les échecs seront fréquents.

On l'utilisera par contre utilement dans les poussées purulentes aiguës des affections pulmonaires chroniques et en particulier de la bronchectasie ; toute bronchite purulente en est justiciable.

Quelques auteurs, surtout en Pologne, l'ont préconisée dans le traitement de la pneumonie lobaire aiguë Le moins que l'on puisse dire c'est que, au moins dans nos pays, elle nous paraît superflue ; toutes les thérapeutiques aussi bien d'ailleurs que l'abstention thérapeutique permettent en France de voir guérir la plupart des pneumonies. Cependant on pourra l'utiliser favorablement lorsque l'évolution se fait vers l'hépatisation grise.

Enfin on a récemment étendu ses indications à toutes les broncho-pneumonies, aussi bien à foyers disséminés qu'à foyer pseudo-lobaire ; et il paraît légitime de l'appliquer aux complications pulmonaires post-opératoires.

Contre-indications — Il n'existe aucune contre-indication valable en dehors des lésions veineuses rendant l'injection impraticable.

L'âge n'est pas une contre-indication : Jaso et Molo ont appliqué ce traitement aux pneumonies graves de l'enfant, tandis que la plupart des auteurs l'ont utilisé chez les vieillards.

La critique serrée des accidents publiés ne permet pas de retenir des contre-indications hépatiques, l'alcool n'étant plus comme dans l'ingestion soumis au barrage du filtre hépatique, ou rénales ; aucun incident du côté des reins n'a été signalé.

Toutefois il conviendra d'être prudent et d'employer des solutions rigoureusement isotoniques chez les sujets présentant des troubles de la coagulation sanguine : hémophilie, hémogénie ou affections hémorragipares.

Choix de la solution. — On a le choix entre deux solutions : l'une forte à 33 %, l'autre faible à 20 %.

a) *Solution forte.* — La solution forte doit être réservée aux cas graves ; elle se heurte à deux écueils, l'hémolyse et la coagulation.

Szajna, partant de considérations théoriques sur l'action favorable de l'alcool sur le poumon par dégagement local de gaz carbonique, remplace le glucose que l'on avait d'abord préconisé, et qui donne une solution non isotonique et peu fluide, par le dextrose dont le rendement en gaz carbonique est supérieur. Sa formule est la suivante :

Alcool absolu....................	33 grammes
Solution de dextrose à 40 %.....	67 grammes

Merle et Gurfinkiel, pour avoir une solution isotonique très fluide ajoutent du thiocol, qui vient renforcer par son pouvoir antiseptique l'action de l'alcool, et donnent la formule suivante :

Alcool à 95°....................	33 c. c.
Glucose chimiquement pur........	30 grammes
Thiocol chimiquement pur........	1 gr. 60
Eau distillée.............q. s. p.	100 c. c.

Cette solution a l'inconvénient de n'être pas stérilisable, le thiocol se décomposant à chaud. Aussi faut-il avoir du thiocol parfaitement pur, provenant d'une maison de confiance, et le mélanger extemporanément au sérum glucosé stérilisé.

Elle a également l'inconvénient d'être assez douloureuse et de provoquer la sclérose des veines.

b) *Solution ordinaire.* — La solution la plus employée, la plus courante est celle à 20 % :

Alcool absolu....................	20 c. c.
Sérum glucosé hypertonique......	30 c. c.
Eau distillée....................	50 c. c.

Elle n'est peut-être pas parfaitement isotonique, mais elle provoque peu d'hémolyse, ne coagule pas immédiatement le sang dans la seringue et est moins douloureuse et moins sclérosante.

Technique de l'injection. — En raison de la sclérose veineuse qui peut se produire, on devra commencer les injections le plus haut possible au-dessus du coude, et descendre progressivement. Les veines du pli du coude permettent en général plusieurs injections. Dans les cas aigus habituels la guérison étant obtenue assez rapidement, on arrive très bien à pratiquer le traitement sans provoquer de sclérose étendue pour peu que l'on ait soin d'alterner le côté de la piqûre à chaque injection. Par contre dans les cas chroniques où une trentaine d'injections est parfois nécessaire, il faut descendre progressivement le long de l'avant-bras jusqu'au poignet et les injections deviennent de plus en plus difficiles, car on est obligé d'employer des aiguilles de fort calibre.

Avant de pousser l'injection on s'assurera que l'on est bien dans la veine, mais on ne laissera pas le sang séjourner dans la seringue.

L'injection terminée, on fera relever le bras du malade et l'on comprimera la veine au lieu d'injection pendant quelques instants pour éviter tout reflux d'alcool.

Posologie. — On a employé des doses massives de 100 à 150 c. c. Dans les cas ordinaires les injections de 20 c. c. nous paraissent suffisantes. Personnellement nous avons obtenu la guérison d'un abcès du poumon par des injections quotidiennes de 20 c. c. de la solution à 20 %

Dans les cas graves on pourra employer des doses de 40 à 50 c. c. tous les jours ou tous les deux jours ; toutefois il conviendra de commencer par une injection de 20 c. c. au plus.

C'est la courbe thermique et l'état du malade qui devront régler le rythme des injections, la quantité à injecter chaque fois ainsi que la durée du traitement.

Il sera bon, quand on injectera des doses élevées, de faire précéder, selon la technique de Landon, les injections d'alcool par une faible dose d'insuline : 5 à 10 unités.

Chez l'enfant, on établira les doses selon l'âge d'après les règles habituelles.

Incidents et accidents. — Avec les doses thérapeutiques usuelles il n'existe aucun accident d'ordre général. L'ictère n'a été signalé qu'une fois après une dose élevée : 100 c. c. d'alcool à 33 %.

On peut voir des frissons, avec des doses fortes ou avec des solutions non isotoniques ; ils seraient dus à l'hémolyse.

On n'a jamais noté d'hémoglobinurie.

Beaucoup plus fréquents sont les incidents locaux : la douleur pendant l'injection, et dans les instants qui la suivent, et la sclérose veineuse.

La douleur remontant le long du trajet veineux se voit en dehors de toute faute de technique, plus marquée avec la solution à 33 %.

La thrombose vraie est exceptionnelle : on n'en a signalé que deux ou trois observations ; dans aucun cas il n'y a eu d'embolie.

Quant aux petits signes d'ébriété, ils ne surviennent qu'après des doses massives.

Toute injection périveineuse entraîne des escarres dont la cicatrisation est désespérément longue.

Docteur S. Bonnamour.

semaines procéder aux 300 examens radioscopiques et nous avons à notre disposition les 300 graphies que nous avons pu recommencer dans les années qui ont suivi.

Dans une autre collectivité, nous avons pu examiner 75 personnes, dans les mêmes conditions, au point de vue prophylactique.

Le jour où l'examen radiologique ne sera plus le privilège du spécialiste et rentrera dans le circuit des examens courants, le médecin procédera avec une sécurité plus grande à l'examen du poumon. Il pourra alors s'intéresser beaucoup plus qu'il ne le peut actuellement aux questions de prophylaxie antituberculeuse, au point de vue du dépistage précoce de la tuberculose et de la surveillance des individus suspects, et ce ne sera pas là le moindre bénéfice de l'extension et de la vulgarisation dans la pratique courante des examens radiologiques du poumon.

Enfin à un point de vue plus général, l'accumulation des documents qui sera ainsi facile à obtenir contribuera à résoudre certains problèmes qui se posent encore actuellement au point de vue de l'interprétation des anomalies radiologiques, de leur origineet de l'évolution des lésions qu'elles traduisent.

CLINIQUE MÉDICALE

Le rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte

Par C. LIAN
Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Tenon

Je désire vous entretenir aujourd'hui de la séméiologie du rétrécissement congénital de l'isthme aortique qui constitue une malformation bien connue depuis longtemps aux points de vue anatomique et clinique. On a rapporté un grand nombre d'observations à ce sujet.

On distingue avec Bonnet (1903) deux types anatomiques du rétrécissement de l'isthme de l'aorte. Le type infantile est caractérisé par un rétrécissement assez étendu, peu serré, localisé à la partie terminale de la crosse, à la jonction de la partie horizontale et de la partie descendante, au voisinagede l'émergence de l'artère sous-clavière gauche et de l'insertion du ligament ou canal artériel, qui relie à l'aorte la branche gauche de l'artère pulmonaire.

Le second type du rétrécissement de l'isthme, dit type de l'adulte, est constitué par une striction serrée et linéaire siégeant dans la région déjà indiquée : l'aorte est en quelque sorte serrée par un lien. Les causes de cette malformation, comme d'ailleurs de toutes les malformations cardiaques congénitales, sont encore obscures.

Au point de vue clinique, le rétrécissement congénital de l'isthme aortique a fait l'objet d'un grand nombre d'études : mon regretté maître, M. Ernest Barié a décrit en 1886 une forme clinique à séméiologie riche, caractérisée par la présence d'une véritable circulation artérielle collatérale au niveau du thorax.

Le rétrécissement serré de l'isthme aortique constitue un obstacle à l'arrivée du sang dans l'abdomen et les membres inférieurs. Aussi une circulation artérielle collatérale se développe-t-elle pour conduire le sang artériel de la crosse aortique dans l'aorte thoracique en aval de la sténose : elle est constituée par des branches artérielles qui descendent verticalement des deux artères sous-clavières et croisent les espaces intercostaux. Ce sont en avant les artères mammaires internes, en arrière les scapulaires supérieures, postérieures et inférieures. De ces branches artérielles verticales se détachent des rameaux perforants qui se jettent dans les artères intercostales. Le sang artériel arrivant ainsi dans les intercostales y chemine à contre-courant d'avant en arrière et débouche dans l'aorte thoracique. De cette façon la circulation se trouve assurée dans l'abdomen et les membres inférieurs.

Dans les cas types, bien décrits par Barié, on voit dans les espaces intercostaux serpenter de gros troncs artériels, animés de battements. Malgré cette circulation collatérale, la pression artérielle des membres inférieurs est plus basse que celle des membres supérieurs.

Depuis les travaux de Potain, la sphygmomanométrie a acquis une grande importance et depuis l'apparition des sphygmomanomètres à brassard elle est passée dans la pratique courante. C'est ainsi que le Professeur Laubry a été amené à décrire un type clinique de rétrécissement de l'isthme aortique, caractérisé par une chute de tension artérielle dans les membres inférieurs en l'absence de toute circulation artérielle collatérale visible. D'après les statistiques, le type Barié se rencontre dans 1/10 des cas et le type Laubry dans 9/10 des cas de rétrécissement de l'isthme aortique.

Mes observations personnelles m'amènent à décrire un type intermédiaire assez fréquent, caractérisé par l'existence d'une circulation artérielle collatérale discrète, qu'on ne découvre qu'en examinant attentivement tous les espaces intercostaux, on arrive ainsi à trouver quelques endroits limités, çà et là, où l'on voit à jour frisant, un petit battement artériel et où l'on sent par la palpation un pouls intercostal. Or, chez des sujets normaux, on ne constate jamais de pulsatibilité des artères intercostales. Le pouls intercostal n'existe pour ainsi dire que dans le cas de rétrécissement de l'isthme aortique ; je me suis assuré qu'il est tout à fait exceptionnel de le trouver au cours de l'insuffisance aortique, en effet je ne l'ai observé que dans un seul cas d'insuffisance aortique sans rétrécissement concomitant de l'isthme aortique.

Rosler, puis Railsbach et Dock découvrirent en 1928-29 un signe radiologique du rétrécissement isthmique qui se traduit par la présence d'érosions très nettes siégeant sur les bords inférieurs des côtes. Mon attention fut attirée sur l'existence de ces érosions il y a dix ans. J'eus alors l'occasion d'examiner une jeune fille, âgée de 17 ans, qui avait une insuffisance aortique manifeste, les réactions de Wassermann et de Hecht étaient positives. En examinant la radiographie de cette malade, j'avait été frappé par l'aspect curieux des côtes qui présentaient sur leur bord inférieur de multiples érosions en dents de scie. Après la découverte du signe radiologique du rétrécissement isthmique, je me suis souvenu de ce cas et et j'ai convoqué cette malade pour l'examiner à nouveau : le signe radiologique était chez elle d'une telle netteté qu'il s'imposait aux yeux de l'observateur et la mesure de la tension artérielle aux membres inférieurs montrait l'existence du rétrécissement de l'isthme aortique passé auparavant inaperçu, car il avait été masqué par les signes de l'insuffisance.

Dernièrement, j'ai rassemblé à Tenon cinq cas de rétrécissement aortique congénital : avec mes collaborateurs, j'ai constaté que les érosions costales se rencontraient dans trois de ces cinq cas. Mon interne Abaza au cours de son service militaire à Strasbourg, a observé là-bas un nouveau cas de ce rétrécissement congénital présentant les érosions caractéristiques du bord inférieur des côtes à la radiographie. Ainsi, dans les six observations rassemblées dans un court laps de temps, nous avons constaté quatre fois le signe radiologique typique ; ceci prouve la fréquence de ce signe qui est très net et très important au point de vue du diagnostic. Toutefois, ce signe n'est pas constant : on l'observe surtout chez les malades adultes, son absence chez les enfants est probablement due à ce qu'il n'apparaît qu'après de nombreuses années d'existence de la malformation.

(1) Leçon faite le 27 novembre 1936, résumée par Mme le Docteur RODZEVITCH, à la Clinique médicale propédeutique (Hôpital Broussais) service du Professeur SERGENT.

Comment peut-on expliquer l'apparition de ces érosions costales ? Ce sont les artères intercostales qui rongent le bord inférieur des côtes, à la façon des anévrysmes. La notion des érosions osseuses, symptomatiques des anévrysmes est bien connue. Or, quelques travaux étrangers ont démontré dans le rétrécissement congénital de l'isthme aortique l'existence de petits anévrysmes des artères intercostales qui compriment et à la longue usent le bord inférieur des côtes. On constate ces érosions le plus souvent de la IIIe à la IXe côte, et exclusivement sur la partie postérieure des côtes : c'est seulement en arrière du thorax en effet que l'artère intercostale est en contact avec la partie postérieure de la côte. Au contraire, dans la partie antérieure du thorax, l'artère intercostale quitte le contact de la côte. Ces érosions ne se rencontrent que dans le rétrécissement de l'isthme de l'aorte. Nous avons passé en revue un grand nombre de radiographies pour voir si ce signe n'est pas présent dans d'autres cardiopathies. Nos recherches nous ont fait conclure que ce signe radiologique se rencontre seulement dans le rétrécissement de l'isthme aortique et peut être considéré comme étant caractéristique de cette malformation. La constatation de ce signe m'a poussé à rechercher la pulsatilité anormale des artères intercostales et à la trouver plusieurs fois grâce à un examen minutieux.

Quels sont les signes d'auscultation dans le rétrécissement de l'isthme aortique ? On constate un souffle systolique siégeant à la base du cœur, localisé plus exactement dans le deuxième et le troisième espace intercostal gauche ; ce souffle est souvent plus intense dans le dos, entre le rachis et l'omoplate gauche. Cette intensité maximale dorsale du souffle ne se rencontre pour ainsi dire dans aucune autre affection cardiaque que le rétrécissement de l'isthme de l'aorte et, de ce fait, constitue un signe tout à fait particulier et propre à cette malformation congénitale. Exceptionnellement cependant on observe dans l'anévrysme aortique un souffle systolique a localisation dorsale. Lorsque vous rencontrerez un souffle latéro-sternal gauche, plus prononcé dans le dos que dans la partie antérieure du thorax, vous serez donc nettement orientés vers le diagnostic du rétrécissement isthmique congénital.

Il existe un autre excellent signe : c'est la diminution de la tension artérielle au niveau des membres inférieurs en comparaison avec celle des membres supérieurs.

Normalement, chez un sujet couché, la mesure de la tension artérielle au bras et à la jambe donne les mêmes chiffres : on note parfois une légère augmentation de la tension au membre inférieur. Par contre, comme je l'ai précisé, l'indice oscillométrique au tiers inférieur de la jambe est égal à la moitié ou au deux tiers de celui du bras. Il est très important de connaître ces rapports normaux entre les tensions des membres inférieurs et supérieurs d'une part, et entre leurs indices oscillométriques d'autre part. Dans l'artérite oblitérante des membres inférieurs, il existe toujours une chute de la tension : on constate le même fait dans le rétrécissement isthmique congénital. L'indice oscillométrique est fortement abaissé dans ces deux affections par rapport à celui des membres supérieurs.

Voici les chiffres de la tension et de l'indice oscillométrique mesurés chez deux malades atteints de rétrécissement de l'isthme de l'aorte :

PREMIER CAS

	Tension artérielle maxima	Tension artérielle minima	Indice oscillométrique
Membre supérieur	18	7 1/2	11
Membre inférieur.	10	6	1

SECOND CAS

	Tension artérielle maxima	Tension artérielle minima	Indice oscillométrique
Membre supérieur	15	7	7
Membre inférieur	12	7	3

Dans le second cas, l'indice oscillométrique du membre inférieur est normal et si l'on s'était contenté de mesurer seulement l'indice oscillométrique, on serait passé à côté du diagnostic. Il est donc bon de faire la mesure simultanée de la tension auscultatoire et de l'indice oscillométrique au bras et au tiers inférieurs des jambes, ce que je réalise en reliant le phonosphygmomètre Lian à un oscillomètre Pachon ou au kymomètre Vaquez. Dans l'artérite oblitérante, on constate les mêmes différences de la tension artérielle et de l'indice entre le bras et les membres inférieurs.

Il y a des cas, dans l'une et l'autre affection, où l'on ne trouve pas du tout d'oscillations au membre inférieur : j'ai observé chez un malade présentant la sténose de l'isthme, une absence complète des oscillations artérielles au niveau de la jambe.

Une autre malade, atteinte de la même malformation, était hypertendue : la tension du bras mesurait 30 pour la maxima, 9 pour la minima, l'indice oscillométrique était 16 ; au membre inférieur, la tension était à 20-8, l'indice — 3. Donc il faut rechercher la tension et les oscillations artérielles au bras et aux membres inférieurs chez tout sujet qu'on suspecte d'avoir un rétrécissement de l'isthme aortique.

En particulier, ces mensurations comparées de la tension et de l'indice oscillométrique sont indiquées chez les sujets qui présentent une insuffisance aortique : en effet, le rétrécissement isthmique aortique est très souvent accompagné par une insuffisance aortique. En général, on se contente de poser le diagnostic de l'insuffisance, en passant à côté du rétrécissement isthmique, masqué par les signes cliniques de l'insuffisance. La fréquence de l'association de ces deux affections est assez grande : en effet, sur mes six observations j'ai constaté trois fois la coexistence d'une insuffisance aortique. Je vous engage donc, dans les cas d'insuffisance aortique, à ne pas négliger de mesurer la tension et les oscillations artérielles au membre inférieur du malade. Dans l'insuffisance aortique isolée, on constate assez souvent une surélévation de la pression artérielle maxima au niveau du membre inférieur, la minima restant la même qu'au bras : la maxima est supérieure à celle du bras de 4, de 10, parfois même de 15 cm. de Hg. C'est dire que la chute tensionnelle aux membres inférieurs sera spécialement concluante dans les cas de coexistence de l'insuffisance aortique et du rétrécissement isthmique.

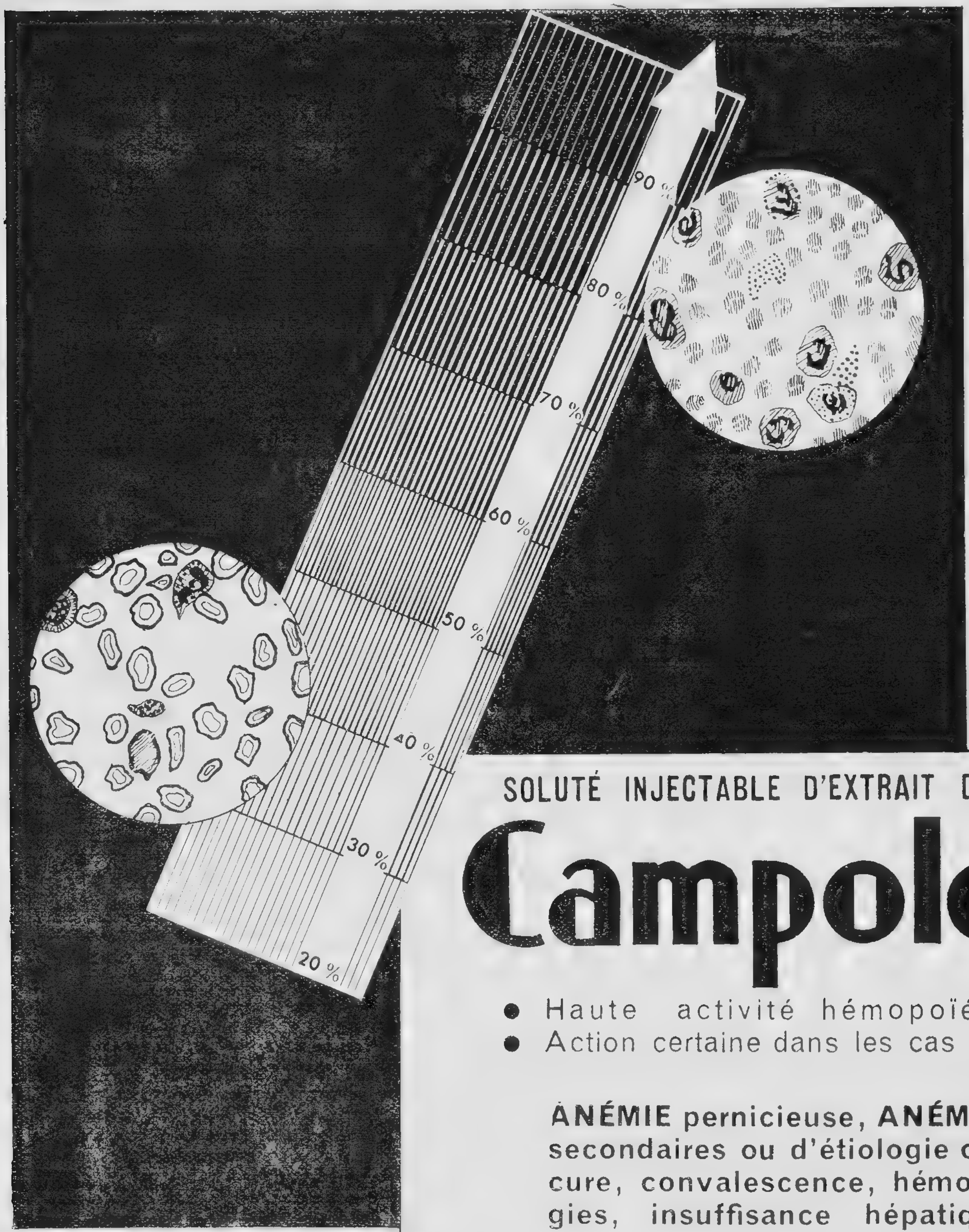
Il existe un autre signe radiologique du rétrécissement de l'isthme de l'aorte — le signe du « double bouton aortique », que j'ai décrit avec mon assistant M. Maurice Marchal : on observe sur l'épreuve radiologique un double arc supérieur gauche — le plus élevé correspond à l'aorte en amont du rétrécissement, l'inférieur correspond à l'aorte en aval du rétrécissement. Ce signe radiologique est beaucoup plus rare que les érosions des bords inférieurs des côtes et il est de constatation plus délicate.

En résumé, le diagnostic du rétrécissement de l'isthme de l'aorte est basé sur quatre symptômes cardinaux : 1° le souffle systolique latéro-sternal et latéro-vertébral gauche, à maximum dorsal ; 2° la diminution de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique aux membres inférieurs, pouvant contraster avec une hypertension artérielle aux membres supérieurs ; 3° la pulsatilité des artères intercostales qui parfois très dilatées se dessinent exceptionnellement sous les téguments en forme de gros vaisseaux battants ; 4° les signes radiologiques : souvent les érosions du bord inférieur des côtes, parfois le double bouton aortique.

Si l'on ne trouve pas les symptômes du rétrécissement au complet chez un même malade, on arrive cependant à poser le diagnostic de cette malformation avec deux ou trois de ces symptômes cardinaux, même dans le cas de l'association si fréquente du rétrécissement isthmique avec l'insuffisance aortique.

Quant au pronostic, il est très favorable : les sujets atteints de rétrécissement de l'isthme de l'aorte ont en général une carrière vitale très longue et mènent une vie active. Le caractère congénital de la sténose aortique, coexistant avec l'intégrité du myocarde, justifie la longue tolérance de l'organisme dans tous les cas du rétrécissement isthmique isolé.

Je me suis efforcé de vous donner quelques notions générales et pratiques pour vous mettre au courant de la symptomatologie si caractéristique du rétrécissement congénital de l'isthme aortique et vous mettre à même de diagnostiquer assez facilement cette malformation qui est loin d'être exceptionnelle.


90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %

ACTUALITÉS

Protection contre le typhus exanthématique

La mission chargée par la S. D. N. de faire une enquête sur la situation sanitaire en Espagne et d'étudier avec les autorités locales les mesures propres à empêcher l'éclosion et la propagation des épidémies a vivement insisté sur le danger possible du typhus exanthématique et sur la nécessité de prendre toutes précautions nécessaires, d'abord pour l'éviter et ensuite, si besoin, pour le combattre.

Dans le passé, l'Espagne a eu souvent à souffrir du typhus. Les dernières poussées un peu sérieuses datent de 1919 et 1920 avec, respectivement, 227 et 153 décès ; depuis il n'y a plus eu que quelques cas isolés, 3 en 1935 (dans la province de Cuenca, Jaen, Madrid), 1 en Catalogne en 1936, aucun sur le territoire occupé par les gouvernementaux depuis le début des hostilités.

Mais le danger n'en existe pas moins. Depuis plusieurs mois les poux ont fait leur apparition parmi les combattants du front et on en trouve aussi parmi les réfugiés. La Commission s'est mise d'accord avec les autorités sanitaires espagnoles pour que soit organisé un solide réseau de services d'épouillage non seulement derrière les combattants, mais dans les services de recueil des réfugiés et dans les centres de répartition.

D'autre part, s'appuyant sur les essais de vaccinations pratiqués en plusieurs pays, la Commission a insisté pour que, dans la mesure du possible, ces méthodes soient envisagées et mises en application s'il y a menace. Mais afin d'empêcher toute hésitation elle a suggéré qu'une conférence de savants et d'hygiénistes spécialisés dans la question du typhus, et spécialement des vaccins, soit appelée à confronter les méthodes et les résultats et à dégager les moyens paraissant les plus propres à assurer la protection massive des populations.

Le Conseil de la Société des Nations ayant, dans sa séance du 28 janvier, décidé la réunion de cette commission d'experts, les dispositions nécessaires ont été aussitôt prises par les soins du Docteur Rajchmann, directeur de l'organisation d'hygiène, et la conférence s'est tenue à Genève du 8 au 10 février.

Les experts suivants participèrent à cette consultation : M. le Professeur L. Anigstein, Institut d'hygiène d'Etat, Varsovie ; M. le Docteur G. Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc, Casablanca ; M. le Docteur M. Bonjean, directeur de l'Institut d'hygiène du Maroc, Rabat ; M. le Professeur M. Ciuca, directeur adjoint de l'Institut Cantacuzène, Bucarest ; M. le Docteur J. Laigret, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis ; M. le Professeur H. Mooser, professeur de bactériologie, Institut d'hygiène de Zurich ; M. le Professeur Ed. Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie, Alger ; M. le Docteur E. Suarez, directeur de l'Institut bactériologique du Chili, Santiago ; M. le Docteur Varela, chef de laboratoire à l'Institut d'hygiène de Mexico ; M. le Professeur R. Weigl, directeur de l'Institut de biologie de l'Université, Lwow , M. le Professeur H. Zinsser, Professeur de bactériologie, Harvard Medical School, Boston.

Ont également pris part aux travaux : M. le Médecin général A. Lasnet, président de la Mission sanitaire en Espagne ; M. le Docteur M. T. Morgan, membre du Comité d'hygiène, Medical Officer, ministère de l'Hygiène à Londres ; M. le Docteur J.-M. Marin de Bernardo, délégué technique du ministère de la Santé publique d'Espagne ; et les membres du Comité d'hygiène : le Professeur Madsen (Danemark), président, le Professeur Bronner (U. R. S. S.), le Docteur Hussametin Kural (Turquie), le Médecin général Sir John Megan (Inde), le Professeur Parisot (France), le Docteur Pearce (Etats-Unis), le Professeur Szulc (Pologne) et le Professeur Sordelli (Argentine).

La conférence a commencé par un échange de vues sur l'état actuel des connaissances relatives à l'immunologie du typhus, puis elle a passé en revue les divers vaccins et elle a terminé par la mise au point des recommandations à formuler dans le cas particulier de l'Espagne.

En premier lieu elle a estimé que les vaccins vivants, se multipliant dans l'organisme d'une façon comparable à ce qui se passe dans la véritable maladie, produisent une immunité croisée, c'est-à-dire s'étendant à un plus grand nombre de souches ou d'espèces, plus durable et plus forte que les vaccins tués dont la dose d'antigène est naturellement plus faible puisqu'il n'y a pas pullulation. Mais des réserves ont été faites sur l'atténuation de virulence des vaccins vivants pour lesquels on ne dispose pas de moyens de contrôle suffisants et qui pourraient peut-être faire courir le risque d'une infection typhique grave, surtout s'il y a changement de milieu et abaissement de la résistance des vaccinés.

La simplicité et le bon marché de la préparation des vaccins vivants font pencher de leur côté quand il s'agit d'épidémie menaçante où il faut agir en masse et sans délai. Mais dans les autres cas la méthode plus précise et plus sûre du vaccin tué doit être préférée, la difficulté et le coût de la préparation ne sont pas des obstacles suffisants pour l'écarter.

Méthode du Professeur Weigl (Institut de Lwow). — Le vaccin de Weigl est un vaccin mort constitué par une suspension formolée de Rickettsias en culture sur poux.

Ce vaccin, exactement dosé, ne prévient aucun risque et, en raison de la rapidité de son action qui se fait sentir dès le quatrième jour, il peut être employé au début de l'incubation de la maladie qui, de ce fait, avorte souvent. Le sang des vaccinés reste stérile et ne peut infecter les poux.

La préparation est délicate et assez onéreuse, pour ce motif le rendement est limité. Le rythme actuel des préparations dans le laboratoire du Professeur Weigl est de 2.000 doses par mois correspondant à 3 francs or par personne vaccinée. Si des vaccinations massives étaient nécessaires, il y aurait lieu d'envisager des doses plus faibles donnant une immunité plus courte ; le Professeur Weigl a d'abord utilisé 250 poux par personne vaccinée, puis 150, puis 90, pour les vaccinations légères on peut réduire à 10, ce qui met le prix de revient à 0 fr. 50 or.

La durée de la protection est d'environ un an et le vaccin conserve son efficacité pendant au moins deux ans, le Professeur Weigl l'a même constatée au bout de cinq et dix ans alors que, le plus souvent, les vaccins s'altèrent après un ou deux ans. Cet avantage de conservation permet de préparer le vaccin à l'avance et de faire des approvisionnements.

Méthode du Professeur Zinsser (Université Haward, Boston). — Le vaccin du Professeur Zinsser est du virus murin tué, soit provenant du lavage péritonéal de rats, soit de culture de tissus.

Ce vaccin ne présente pas plus de risques que le précédent, et assure une durée de protection d'au moins six mois.

Le Professeur Zinsser a également préparé du sérum de cheval immunisé contre le virus murin ; il peut disposer de 2 à 300 litres. Il recommande, en temps d'épidémie, de commencer par le sérum, puis le vaccin tué dans la mesure des disponibilités et enfin le vaccin vivant.

Le sérum de convalescents peut également être utilisé, prélevé dans les trois ou quatre semaines suivant la défervescence. Le Professeur Edmond Sergent a déjà organisé en Algérie un service de recueil à cet effet. D'après le Docteur Varela, de Mexico, le sérum de convalescents aurait moins d'efficacité que le sérum de cheval immunisé.

Méthode du Docteur Blanc (Institut Pasteur de Casablanca). — Le vaccin du Docteur George Blanc est un vaccin vivant, préparé avec du virus typhique isolé des rats et atténué par la bile.

La préparation se fait au moment du besoin avec les vaginales de cobayes sacrifiés sur place ; en quelques jours, à condition d'avoir des souches de virus murin sur cobayes, on peut produire toutes les quantités qui sont nécessaires.

Le produit ne se conserve pas et la vaccination se fait en un seul temps. Après le douzième jour l'immunité paraît assurée, elle semble se maintenir durant plusieurs années.

Les réactions sont rares et sur plus de 2.300 vaccinations pratiquées au Maroc aucune complication sérieuse n'a été observée. Les accidents signalés au Chili et dont, malgré une enquête minutieuse, l'origine n'a pu être établie, ne sauraient vraiment être imputés à la méthode.

Méthode du Docteur Laigret (Institut Pasteur de Tunis). Le vaccin du Docteur Laigret est un vaccin vivant préparé comme celui de Blanc avec un virus murin ; celui-ci a été isolé des rats du port de Tunis par Hélène Sparrow, d'après les indications de Charles Nicolle.

Au début Laigret vaccinait en deux temps, la première fois avec du cerveau virulent de cobaye, la deuxième avec du cerveau virulent de rat qui est plus actif ; actuellement il ne fait qu'une seule inoculation avec du virus de rat.

Le virus est desséché en présence du phosphate de soude, puis afin de présenter les plus grandes garanties, il subit un double enrobage, d'abord dans le jaune d'œuf et ensuite dans l'huile. Il est délivré sous la forme d'un produit sec, pulvérulent ou comprimé en tablettes de 20 doses ; au moment de l'emploi, poudre ou comprimés sont broyés dans de l'huile d'olives stérile.

Tous les vaccins sont contrôlés deux fois au point de vue de la virulence et de la stérilité bactérienne, d'abord après l'inoculation dans le cerveau et ensuite après l'enrobage. Le total des vaccinés était au début de l'année d'environ 12.000 dont un certain nombre d'Européens et aucun accident n'a été observé, à peine quelques légères poussées thermiques, vraiment sans importance.

Le vaccin est assez fragile : il conserve son activité de deux à cinq jours à la température ordinaire, mais pendant plusieurs mois dans le frigorifique à — 10° ; le transport est bouteilles thermos est recommandé pour les envois.

En raison de la fréquence des affections typhoïdiques dans l'Afrique du Nord, le Docteur Laigret adjoint à son vaccin des microbes tirés du groupe Eberth et paratyphiques ; cette modification, sans doute grâce à l'enrobage, est fort bien supportée.

Dans un cas analogue à celui de l'Espagne où il faut se tenir prêt à vacciner, il suffit d'entretenir pour passages le virus typhique murin et de conserver en frigo à 15° des cervaux virulents de rats ; il est ainsi possible, au moment du besoin, de fabriquer tout le vaccin nécessaire.

Recommandations faites par la conférence

Les discussions qui ont eu lieu ont abouti aux recommandations exposées ci-dessous dans lesquelles une distinction a été faite entre le cas de menace d'épidémie et le cas d'épidémie déclarée. Ces recommandations, formulées à l'occasion de la situation actuelle de l'Espagne, sont applicables, en les adaptant aux conditions spéciales du milieu, à tout autre pays menacé ou infecté par le typhus exanthématique.

A. Mesures recommandées en cas de menace d'épidémie

1° *Organisation et mise en fonctionnement d'un service d'épouillage systématique et périodique en milieu militaire et en milieu civil, y compris les réfugiés et la population flottante.*

Les experts ont insisté sur l'importance de ce service qui est à la base de la prophylaxie, qui doit avoir des moyens puissants et qui doit disposer d'un personnel nombreux et bien entraîné.

En raison de la persistance des poux, quoi qu'on fasse, parmi les troupes en campagne et spécialement dans les tranchées, l'épouillage périodique ne peut suffire ; le Professeur Sergent a donc insisté sur l'utilité des mélanges anti-poux à base d'essences d'eucalyptus, de citronelle et de citron et a rappelé les bons résultats obtenus par les sachets du Docteur Legroux chargés de ces produits et portés au cou comme un scapulaire.

Le Professeur Weigl a fait observer, qu'il est nécessaire, dans les régions où sévit le typhus, non seulement de détruire les poux mais de tuer le virus qui subsiste dans le pou mort et dans les déjections, d'où la nécessité de disposer d'un nombre suffisant d'étuves et de produits chimiques de désinfection (anhydride sulfureux, formol, acide cyanhydrique).

2° *Organisation d'un service vigilant de dépistage précoce des cas de typhus.*

La déclaration par les voies les plus rapides de tout cas confirmé et même simplement suspect de typhus est d'une importance considérable afin que toutes mesures soient prises sans retard en vue d'éviter toute propagation de la maladie. Il faut compter pour cela non seulement sur les médecins, mais sur leurs auxiliaires (« practicantes » sages-femmes, infirmiers), et sur l'entourage des malades dont l'attention doit être attirée sur le danger des cas dont la déclaration n'est pas immédiate.

Pour tout coordonner, qu'il s'agisse de dépistage, d'isolement ou de soins, il faut disposer d'un personnel médical des épidémies instruit et assez nombreux ; toute agglomération d'une certaine importance doit être pourvue d'un médecin des épidémies chargé à ce titre du contrôle de tous les cas suspects et de la vérification sanitaire des asiles, des prisons, des écoles et, en général, de toutes les collectivités.

La conférence a vivement insisté sur la nécessité de faire au plus tôt le diagnostic, d'instruire en conséquence les médecins dans les pays menacés et de prévoir tout le matériel de laboratoire utile, en particulier des souches de Proteus × 19 pour les réactions sérologiques. Ainsi que l'a déclaré le Professeur Zinsser, lorsque l'épidémie a éclaté tout ce que l'on entreprend est pratiquement inutile, l'épidémie suit son cours ; tout dépend donc de la promptitude avec laquelle on procède efficacement à l'épouillage et à l'isolement du premier cas.

3° *Etablissement d'un plan d'isolement des malades, y compris leur transport en voitures facilement désinsectisables, et leur hospitalisation.*

Les services hospitaliers normaux pour contagieux deviennent très vite insuffisants dès qu'éclate une épidémie de typhus. Pour ce motif il faut étudier à l'avance la possibilité de disposer de locaux complémentaires faciles à aménager et assez spacieux, baraques ou tentes à défaut de bâtiments permanents ; les moyens en matériel doivent être également prévus.

Les voitures de transport doivent être prévues dans le même plan de mobilisation ; c'est nécessaire pour ne pas être exposé à employer n'importe quelle voiture qui irait ensuite semer la contagion en d'autres milieux.

4. *Etablissement de plans d'isolement de localités éventuellement infectées.*

L'isolement complet des foyers est nécessaire pour éviter toute fuite, surtout dans les milieux ruraux. Dans l'Afrique du Nord où les indigènes des douasr se déplacent facilement le meilleur moyen est l'établissement d'un cordon sanitaire qui empêche toute communication avec l'extérieur ; l'Administration se charge d'assurer le ravitaillement de la population ainsi intéressée et elle empêche toute communication avec l'extérieur.

5. *Stockage de sérum d'animaux immunisés : organi-*

sation d'un service pour la récolte éventuelle de sérum de convalescents avec stockage de tout le matériel nécessaire.

Le professeur Zinner (Boston) et le Docteur Varela (Mexico) ont bien voulu mettre à la disposition de l'organisation d'hygiène de la S. D. N. pour le cas où l'Espagne en aurait besoin, du sérum de chevaux immunisés contre le typhus murin dont l'action protectrice s'étend au typhus européen.

Le sérum de convalescents, bien que moins actif, n'est pas, non plus, à perdre de vue ; le professeur Sergent a insisté sur la nécessité de constituer à l'avance et de stocker tout le matériel de prélèvement nécessaire de façon à pouvoir utiliser le sang des premiers malades, ce service fonctionne régulièrement en Algérie et l'Institut Pasteur d'Alger est prêt à donner toutes les indications nécessaires aux pays qui lui en exprimeraient le désir.

6. *Vaccination, par un vaccin tué, de tout le personnel médical, sanitaire et auxiliaire.*

Il s'agit ici d'assurer la protection de tout le personnel sanitaire qui, professionnellement, serait exposé à la contagion dès les premiers cas de typhus qui pourraient se produire. Le sérum tiré n'étant produit qu'en quantité limitée ne peut être envisagé pour les vaccinations massives nécessaires en cas d'épidémie ; mais il est toujours possible de constituer à l'avance un approvisionnement suffisant pour le personnel sanitaire, à condition que la liste de celui-ci soit soigneusement établie.

B. — Mesures recommandées en cas d'épidémie

En cas d'épidémie il faudra prévoir :

Le renforcement des mesures d'épouillage et de dépistage; l'application de celles d'isolement des malades et des foyers ; la récolte et l'emploi de sérum de convalescents.

En outre, d'autres mesures sont à prévoir dont les principales sont les deux suivantes :

1° *L'emploi immédiat du sérum de convalescents ou du sérum stocké qui est vivement recommandé à titre préventif* :

a) En premier lieu pour le personnel sanitaire, administratif et auxiliaire chargé des soins aux malades, exception faite des sujets déjà immunisés par vaccin tué, depuis plus d'un mois et moins de douze ;

b) En second lieu pour les personnes ayant été en contact avec les malades.

2° *La vaccination en masse des populations militaire et civile des localités infectées.*

Les vaccins tués ne pouvant pas, actuellement, être produits en grandes quantités il y a lieu de penser à l'emploi des virus-vaccins vivants qui peuvent être préparés rapidement en quantités permettant de répondre à tous les besoins.

Il appartient aux administrations sanitaires intéressées de décider l'emploi de ces vaccins dont l'efficacité est prouvée mais qui sont encore du domaine expérimental (1).

L'emploi des vaccins vivants exige une technique de préparation et une surveillance rigoureuses.

La conférence n'a pas cru pouvoir actuellement, recommander la séro-vaccination parce que cette méthode, bien que les résultats en soient très favorables sur les animaux n'a pas encore donné lieu sur l'homme à une expérimentation suffisante. Ainsi que l'a fait observer le professeur Weigl, les expériences du professeur Zinsser montrent la difficulté du dosage sur les cobayes ; or, la séro-vaccination devant produire une infection inapparente, on est exposé, si les quantités ne sont pas exactement mesurées, ou à ne pas avoir d'infection ou à ne pas avoir d'immunité. Il importe donc que des faits assez nombreux et précis permettent de formuler une opinion.

Les travaux de cette conférence ont bien fait ressortir la nécessité d'une collaboration internationale dans l'étude des moyens de lutte contre le typhus. Seule cette collaboration peut permettre les expérimentations sur une grande échelle et en des milieux variés, ce qui est indispensable pour arriver à des conclusions.

Il est probable qu'avec l'aide de l'organisation d'hygiène de la S. D. N. un programme de collaboration internationale va être établi entre les principaux laboratoires qui s'occupent du typhus et ainsi on peut espérer que, dans un délai rapproché, cette question si importante de la vaccination sera définitivement résolue et permettra d'envisager la disparition d'un des plus redoutables fléaux.

Docteur Lasnet.

(1) Il est bon de noter que cependant la méthode Plane réunit déjà plus de 23.000 vaccinations et la méthode Laigret a atteint 30.000.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mai 1937

L'influence de la pasteurisation à l'abri de l'air sur la valeur nutritive du lait. — *MM. H. Simonnet, G. Guillonneau, G. Mocquot* et *A. Eyrard* ont opéré sur des laits de grand ramassage du département de l'Yonne. Sa valeur nutritive a été étudiée : 1° en ce qui concerne les vitamines par les méthodes classiques de dosage de ces substances ; 2° en ce qui concerne la valeur nutritive globale, par l'épreuve de l'alimentation exclusive au lait chez des rats.

Les recherches biologiques, aussi bien que le dosage chimique de la vitamine C, ne montrent pas de différences appréciables dans la teneur en vitamine antiscorbutique du lait pasteurisé à 80 ou à 90°. En ce qui concerne les autres vitamines, l'expérience montre que le développement pondéral de l'entretien des animaux soumis au régime exclusif du lait sont comparables, qu'il s'agisse de lait cru, ou de l'un des laits pasteurisés.

En ce qui concerne les facultés de reproduction, on constate une légère réduction dans le cas des laits pasteurisés par rapport au lait cru.

Ainsi la pasteurisation à l'abri de l'air n'est nullement incompatible avec la conservation des qualités nutritives du lait.

M. Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1937

Effets immédiats du bain de Bourbonne sur la circulation artérielle. — *MM. L. Merklen, B. Grandpierre* et *M. Vidacovitch* communiquent des recherches qui ont abouti aux résultats suivants :

a) Chez l'homme : dans la très grande majorité des cas, abaissement de la tension artérielle ; plus rarement — cet abaissement n'étant que passager ou même faisant totalement défaut, — élévation de la pression artérielle ;

b) Chez le chien : élévation constante de la pression artérielle ;

c) Chez l'un et chez l'autre, augmentation de l'excitabilité et de l'activité tonique du système sympathique, décelée chez l'homme par l'accentuation du réflexe solaire, et chez le chien par l'augmentation des effets hypertenseurs du pincement des carotides primitives, de l'excitation du bout central du nerf hypogastrique et de l'administration d'une dose identique d'adrénaline.

I. — Cette contradiction apparente entre les résultats sur la pression artérielle observés d'une part chez l'homme et d'autre part chez le chien tient à l'apparition, chez l'homme, d'une intense vaso-dilatation cutanée des membres et du tronc qui ne s'observe jamais chez le chien. Cette vaso-dilatation est le plus souvent suffisante pour non pas seulement atténuer ou

annihiler, mais même pour transformer en une chute de la pression artérielle, l'hypertension que ne manquerait sinon pas de provoquer — comme chez le chien — l'augmentation d'activité tonique et d'excitabilité du système sympathique déterminée par le bain de Bourbonne.

II. — Le mécanisme de cette vaso-dilatation elle-même fera l'objet d'études ultérieures, ainsi que celui des effets tardifs et persistants, non plus du bain, mais de la cure de Bourbonne.

Thyroïdine et points d'ossification. A propos d'une idiote mongolique âgée de un an, et traitée par la thyroïdine qui présentait des points d'ossification à l'âge de trois à quatre ans.

Lanugo et hypothyroïdisme. Infantilisme pileux (persistance du lanugo fœtal) chez un enfant hyperthyroïdien, âgé de huit ans. Sa disparition à la suite du traitement par la thyroïdine. — ***MM. Mussio-Fournier*** et ***J.-M. Cervino*** (de Montevideo).

Dans l'une de ces notes, les auteurs rapportent une observation d'une jeune idiote mongolique d'un an, chez laquelle l'opothérapie thyroïdienne, à dose très élevée, avait provoqué l'apparition de points d'ossification tels que cette observation a la valeur d'une véritable expérience.

Dans l'autre note, les auteurs montrent qu'un lanugo étendu disparut sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, ce qui démontre le rôle de l hypo-thyroïdie dans le déterminisme de cette dermatose.

Sur l'origine histologique des substances qui interviennent dans la transmission chimique de l'influx nerveux. — ***M. Rémy Collin*** (de Nancy) tente une généralisation de la notion de neurocrinie en étudiant les glandes annexes du système neuro-végétatif. Il recherche dans quelle mesure les substances fabriquées par ces glandes interviennent dans la transmission chimique de l'influx nerveux.

Sur le pouvoir hémolytique des albumines urinaires chez le lapin anti-mouton. — ***MM. Florence*** et ***Vincent.***

Sur le traitement du diabète par l'association insulinique protamine zinc. — ***M. Schwab.***

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin 1937

Fractures du calcanéum. — ***M. Boppe*** rapporte deux cas de fractures graves du calcanéum avec très gros enfoncements thalamiques et traits sagittaux (observation de ***M. Merle d'Aubigné***).

Ces deux cas furent traités par réduction à l'aide d'une broche d'extension et d'une broche de contre-extension. L'élargissement transversal du calcanéum fut réduit par boulonnage avec d'excellents résultats. Il semble que cette technique mixte, orthopédique et chirurgicale, donne les meilleurs effets.

M. Boppe, rapporteur, montre des observations personnelles de fractures du calcanéum, traitées par l'ostéosynthèse selon la méthode de Leriche, avec de bons résultats, mais il pense que la technique associée, orthopédique et chirurgicale permet une reconstitution plus parfaite de la forme transversale du calcanéum.

Staphylococcie et anatoxine. — ***M. Rousset*** (Ploërmel) observe un malade qui présentait un phlegmon périnéphrétique. Après l'intervention apparaît une tuméfaction épididymaire, puis un abcès de la cuisse gauche. C'est alors qu'on se décide à faire des piqûres d'anatoxine. Celles-ci eurent pour effet d'accélérer nettement la guérison des plaies, et d'éviter de nouvelles localisations de l'affection.

M. Moulonguet, rapporteur, trouve cinq cas de septicémies staphylococciques guéries par l'anatoxine. Actuellement on sait mieux employer celle-ci. On doit commencer par une dose infime (1/10e de centimètre cube) et si le sujet n'a pas de réaction apparente on augmente progressivement la dose. On ne doit pas faire plus de cinq piqûres. Cet emploi surveillé évitera les inconvénients possibles de cette thérapeutique dont on connaît maintenant bien les accidents.

M. Sauvé a eu plusieurs guérisons par l'anatoxine. Mais il insiste sur le fait qu'il est extrêmement difficile d'affirmer la guérison d'une staphylococcie, celle-ci pouvant récidiver à intervalles éloignés.

M. Leveuf pense que les faits démontrent que l'anatoxine n'a pas les effets qu'on lui attribue à l'heure actuelle. Des quantités de cas existent où l'anatoxine n'a aucune action, même si le taux des antitoxines se montre dans le sérum considérablement augmenté.

M. Bazy a utilisé aussi l'anatoxine staphylococcique. Il estime qu'elle agit en mettant en jeu des phénomènes d'allergie mais ne pense pas qu'il s'agisse d'une action antitoxique véritable.

Tuberculose synoviale du genou. — ***M. Jean Gautier*** rapporte une observation d'arthrite post-traumatique du genou. Une arthrotomie fut faite et la mobilisation commencée entraîna la guérison en moins de cinq mois. L'examen de la synoviale y montre des bacilles de Koch dans les franges prélevées lors de l'intervention. Dans une deuxième observation d'hydarthrose récidivante, l'arthrotomie permit de constater l'atteinte de la synoviale épaissie et rouge et l'intégrité du cartilage articulaire. La guérison se maintient depuis de façon parfaite.

La première observation au moins est certainement d'ordre bacillaire. Il s'agit donc d'une forme synoviale pure et on voit ainsi qu'au prix d'une intervention minime, moindre que la résection ou que la synovectomie, on put obtenir un excellent résultat.

M. Richard proteste contre une pareille proposition. Faire ainsi une arthrotomie pour des bacilloses démontrées serait entraîner à des désastres.

M. Sorrel pense aussi que dans la plupart des cas, l'arthrotomie ne peut donner qu'un résultat temporaire et que le réveil est inévitable. Cependant il estime qu'on ne fait pas courir grand risque à un malade atteint d'arthrite chronique en pratiquant une biopsie synoviale.

M. Alglave rappelle que dans un cas de synovite chronique à grains riziformes où il avait fait une synovectomie, il avait eu un excellent résultat. La preuve bactériologique n'avait pas été apportée mais la malade avait fait d'autres localisations nettement tuberculeuses.

M. Mondor fait volontiers des arthrotomies avec prélèvements synoviaux quand la clinique ne fournit pas de renseignements suffisants. Mais lorsqu'il s'agit de tuberculose, il est bien certain que l'arthrotomie entraîne souvent une fistulisation. Il faut donc avant de faire une biopsie s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose.

M. Bazy et ***M. L. Michon*** rappellent que les inoculations habituelles peuvent induire en erreur parce qu'elles ne portent pas sur une quantité suffisante de liquide prélevé.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 mai 1937

A propos des indications des différents traitements des cancers et des états précancéreux de la glande mammaire (*Fin de la discussion*). — ***M. Lanos*** dit qu'actuellement il est impossible de prouver qu'un cancer ait pu guérir par l'emploi d'un médicament quelconque. Cependant, après quinze ans d'observations, il conseille l'emploi de la protéinothérapie avant et après l'opération. Pour lui, l'amputation du sein doit être préférée à tous autres traitements et la radiumpuncture conseillée seulement en cas de contre-indications formelles à l'opération : azotémie élevée, troubles pulmonaires et cardiaques graves, etc.

M. Papillon dit qu'en principe, l'opération s'impose précoce et large. Mais on peut lui associer le radium et la radiothérapie et ajouter une médication générale minérale et protéinique.

M. Rubens Duval, dont la communication avait donné lieu à cette discussion, reste convaincu que l'on peut commencer par un traitement conservateur : radiumpuncture et protéinothérapie associées.

Discussion des traitements des cancers de la vulve. (Technique, radium chirurgical). — ***M. Diamant-Berger*** fait un rapport sur cette communication de ***M. Aman-Jean*** (de Paris). — Cet auteur conclut, d'une expérience de 40 cas, à la nécessité de traiter la lésion par le radium, après une bonne désinfection préparatoire ; ensuite, de faire chirurgicalement l'ablation des ganglions. L'adénopathie est toujours bilatérale ; aussi l'opération est-elle très importante, car elle doit évider tout le territoire ganglionnaire du triangle de Scarpa, du canal inguinal et de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

La température inverse mérite de prendre place dans la symptomatologie des néphrites au même titre que l'hypothermie, stigmate classique, mais généralement terminal de l'urémie.

Elle n'est pas un signe pathognomonique de l'hyperazotémie, pas plus qu'elle n'en constitue un signe constant.

Mais elle n'en conserve pas moins un intérêt pratique très grand dans la recherche clinique d'un trouble de la fonction rénale : car un épisode thermique inverse est avant tout un symptôme évident, un signe qui « saute aux yeux ».

Son apparition, survenant au cours de l'évolution d'une maladie susceptible d'atteindre le rein, peut dénoncer la faillite de la fonction rénale et devrait engager à pratiquer le dosage de l'urée dans le sang.

(Professeur G. Carrière et M. Gineste. La température à type inverse dans les néphrites. *Journal des Praticiens*, 29 mai 1937.)

S'il existe des zonas à répercussion viscérale, il existe des zonas d'origine viscérale. — Telle est l'hypothèse qui se dégage d'un certain nombre d'observations.

Leur apparition, succédant de quelques semaines à la lésion viscérale, permet parfois d'envisager avec vraisemblance la pénétration du virus zonateux par les voies nerveuses viscérales et sa localisation ultérieure dans le territoire cutanéo-nerveux ou le métamère correspondant

Cette hypothèse apparaît déjà solide, et elle mérite d'être discutée.

Elle ne change rien à la nature du zona, à la qualité spécifique de son virus, ni même à sa thérapeutique. Elle est seulement une interprétation pathogénique intéressante et vraisemblable, et qui s'inscrit dans le cadre probablement vaste des *maladies nerveuses à porte d'entrée viscérale*.

(M. Loeper et G. Loisel. Origine viscérale de certains zonas. *La Presse Médicale*, 29 mai 1937.)

Tuberculose

Lorsque, au cours d'une insufflation de pneumothorax, des troubles nerveux viennent à se manifester, il convient de laisser le malade étendu dans la position strictement horizontale et mieux encore, s'il est possible, de le placer en décubitus ventral et même en position déclive de Trendelenburg. Si cette pratique ne peut avoir aucune action sur les embolies gazeuses qui ont déjà pénétré dans la circulation encéphalique, elle pourra éviter la production d'embolies nouvelles et, par suite, l'aggravation des troubles existants. D'autre part, on ne saurait trop insister sur l'importance de l'auscultation du cœur en vue de déterminer l'existence du bruit de moulin si particulier que présente le brassage de l'air et du sang dans ses cavités. Si ce bruit est constaté, le malade devra être maintenu horizontalement étendu ou en position déclive jusqu'à sa disparition en se souvenant que l'air ne se résorbe pas dans le sang avec autant de rapidité qu'il est classique de l'admettre, et qu'il peut séjourner dans le ventricule droit pendant une durée assez prolongée, et c'est pour éviter ces accidents retardés que Gelbenezger a eu l'idée de procéder à l'évacuation du gaz en réserve, en pratiquant, avec succès d'ailleurs, une ponction intra-cardiaque chez un malade présentant une dilatation considérable du cœur droit, avec bruit de moulin.

(G. Poix et A. Jacquet. La localisation des accidents nerveux consécutifs aux insufflations du pneumothorax thérapeutique. *La Presse Médicale*, 10 mai 1937.)

Dermatologie

Une nouvelle orientation étiopathogénique des eczémas est proposée par M. E. Lortat-Jacob. Il semble que l'eczéma soit dû à une rupture d'équilibre du système vago sympathique qui abaisse ainsi le seuil de tolérance cutanée.

Cet équilibre peut être rompu par un dysfonctionnement endocrinien, ou par une atteinte directe du système vago-sympathique par un germe microbien.

Si la rupture d'équilibre survient, le terrain est alors préparé ; tout individu est susceptible de devenir un eczémateux.

S'explique ainsi la genèse de ces alternances morbides en dermatologie : asthme, eczéma, goutte, etc.

S'explique encore la polysensibilisation secondaire aux érythrodermies arsenicales. On sait en effet qu'à la suite de la grande érythrodermie toxique les malades restent des hypersensibilisés. Il est facile d'admettre qu'une grave intoxication ayant lésé aussi profondément le système sympathique laisse ensuite des séquelles du même ordre.

On comprend enfin pourquoi certains eczémateux se trouvent guéris d'emblée à l'altitude, à la mer, à la campagne. On sait en effet les modifications sympathiques ressenties par ces malades en déplacement, en attendant les modifications fréquentes des règles.

On comprend ainsi également les transformations que subissent les eczémas chaque fois qu'une modification endocrinienne physiologique survient. La grossesse, en effet, aggrave ou améliore les eczémas en rompant ou en rétablissant l'équilibre vago-sympathique. Et combien de femmes restent sensibilisées, ou voient leur seuil de tolérance abaissé à la suite de leur grossesse. Il est en effet aisé d'admettre les perturbations endocriniennes importantes pendant ou après une grossesse.

Cette nouvelle orientation étiopathogénique des eczémas oblige à envisager le traitement des eczémateux très différemment de ce qu'il est classique de faire.

Chez l'adulte : Il importe de supprimer la désensibilisation non spécifiqué (hyposulfite, auto-hémothérapie) et de la remplacer par une endocrinothérapie appropriée, soit endocrinothérapie simple, soit associée à l'auto-hémothérapie qui renforce certainement l'effet recherché.

Chez le nourrisson, les tares héréditaires (syphilis, tuberculose) doivent centrer la thérapeutique.

Quant aux traitements locaux, ils doivent céder le pas aux traitements généraux étiologiques.

(E. Lortat-Jacob. Le seuil de tolérance cutanée. Eczéma. Rôle du sympathique. *Paris Médical*, 29 mai 1937.)

Ophtalmologie

Dans la pratique médicale on ne songe guère aux tumeurs du globe oculaire. Elles sont loin cependant d'être exceptionnelles et sont d'un intérêt considérable. En effet la coque sclérale offre pendant un temps assez long une barrière solide à l'extension et à la dissémination de ces néoplasies si bien qu'on peut dire mieux que pour tout autre cancer que le cancer de l'œil opéré en temps utile ne récidive pas et guérit parfaitement. Si au contraire l'intervention est trop tardive, les tumeurs intraoculaires ayant franchi la barrière sclérale se révèlent particulièrement malignes. Il s'agit en effet très souvent de sarcomes qui très rapidement donnent des métastases et entraînent la mort.

Tout malade présentant des troubles visuels anormaux, tout sujet ayant eu un décollement rétinien ou un glaucome, devront être surveillés attentivement, jusqu'à ce que l'hypothèse de tumeur puisse être sûrement écartée.

Tout œil atteint de glaucome absolu, c'est-à-dire n'ayant aucune vision, et qui devient douloureux, devra être énucléé sans attendre si l'on n'est pas certain par des examens antérieurs qu'il s'agit d'un glaucome d'origine non tumorale.

Tout opéré ancien de néoplasme viscéral surtout de cancer du sein, qui se plaint de troubles visuels, doit être soumis à un examen oculaire sérieux.

(G. Renard. Les tumeurs malignes intra-oculaires. *Le Bulletin Médical*, 29 mai 1937.)

Clinique thérapeutique

Dans le traitement des congestions mammaires et des mastopathies, on peut obtenir de bons résultats en utilisant l'acétate de testostérone, en injections intramusculaires.

Ce corps est considéré comme un hormone mâle ayant été isolée des testicules de taureau par Laqueur en 1935.

L'emploi d'acétate de testostérone permet :

De supprimer les poussées de congestion mammaire qui précèdent les règles.

De diminuer toujours et d'arrêter l'évolution des mastites chroniques, surtout lorsqu'on s'attaque à des lésions relativement récentes.

De diminuer toujours et de faire disparaitre souvent les noyaux adénomateux développés dans l'épaisseur d'une glande atteinte de mastite chronique.

D'agir favorablement sur les poussées douloureuses, presque œdémateuses qui souvent apparaissent au cours de l'évolution d'une maladie kystique de la mamelle.

L'action de l'acétate de testostérone est peu nette sur les kystes volumineux de date ancienne.

Aussi, pour ces malades, il est indiqué de ponctionner les gros kystes et les kystes de dimensions moyennes, et en même temps de faire un traitement continu par les injections d'acétate de testostérone.

En arrêtant les poussées congestives on peut espérer modifier l'évolution des kystes et les immobiliser.

La chirurgie si souvent mutilante et laissant des traces inesthétiques chez des femmes jeunes doit céder le pas à la simple ponction des kystes et au traitement hormonal. L'échec si fréquent de l'acte chirurgical, qui n'arrête pas l'évolution des lésions de mastite, qui n'empêche pas la récidive fréquente des kystes on des noyaux adénomateux, qui contraint les malades à se soumettre à des opérations itératives, ou qui conduit le chirurgien à l'ablation totale de la glande, laissant à une femme jeune une poitrine déformée et disgracieuse, tout concourt à faire regarder l'acte chirurgical comme un pis aller.

(Desmarests et Mme Capitain. Le traitement des mastopathies par l'acétate de testostérone. *La Presse Médicale*, 26 mai 1937.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Il existe une corrélation entre les grandes épidémies (choléra, peste, grippe, etc.) d'une part et l'électricité atmosphérique se rattachant à l'activité periodique du soleil d'autre part. Les maxima de ces épidémies coïncident avec les maxima de l'activité solaire dans certains cas, mais ce rapport peut être renversé.

Ces travaux ont une valeur pratique : en effet l'épidémiologie possède un moyen de prevision des épidemies l'activite solaire étant périodique, et la thérapeutique se trouve orientée du côté des procédés utilisant les facteurs electriques (aéroions, systèmes colloïdaux à haute charge électrique, etc.).

(A.-L. Tchijevsky. L'activité corpusculaire, électro-magnétique et périodique du soleil et l'électricité atmosphérique, comme régulateurs de la distribution, dans la suite des temps, des maladies épidémiques et de la mortalité générale. *Acta medica scandinavica*, 23 avril 1937.)

Les appendicites graves sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes ; c'est un fait bien connu, mais sur lequel il est toujours bon de revenir. Un statistique de 590 cas chez des enfants donne 151 cas de peritonite et 16 cas de mort.

Il y a une évolution rapide : la péritonite diffuse et la perforation surviennent fréquemment.

Au début de la crise on observe souvent des selles normales ou de la diarrhée ; la constipation n'existerait que dans un tiers des cas.

(Einar Perman. Appendizitis bei Kindern. *Acta chirurgica scandinavica*, 1er mai 1937.)

En pathologie occulaire la tuberculose a pris une grande importance. On tend à lui rattacher actuellement certaines formes d'iritis, d'iridocyclite de sclérite, de sclero-

kératite, de choroïdite, de périphlébite rétinienne. La kérato-conjonctivite phlycténulaires est une des manifestations les plus caractéristiques de la scrifule.

Ce qui frappe le plus le clinicien c'est que la lésion tuberculose de l'œil reste purement locale et qu'il est très difficile — pour ne pas dire plus — de déceler, chez le malade, un autre foyer de tuberculose ; il semble en particulier qu'il y ait une opposition entre la localisation oculaire et la localisation pulmonaire. Quoi qu'il en soit, on tend à admettre que la lésion oculaire est toujours secondaire à un foyer pulmonaire, préexistant mais silencieux. On se demande même si certaines lésions, qui cliniquement paraissent se rattacher à la tuberculose et dans lesquelles on ne retrouve pas le bacille, ne sont pas provoquées par l'ultravirus.

(L. Weekers. Tuberculose occulaire. *Scapel*, 17 avril 1937.)

Les accidents du travail au point de vue dentaire posent un certain nombre de problèmes.

Il faut faire intervenir un certain nombre d'éléments dans l'appréciation du dommage subi :

1° la puissance masticatoire avant l'accident,
2° la réduction de cette puissance après l'accident,
3° les possibilités de réparation par la prothèse
4° le coût ultérieur de l'appareillage (entretien, réparations et remplacement).

Le point de vue esthétique et le point de vue professionnel seront pris en sérieuse considération.

(Van Themsche et Vlemincq. Les accidents du travail au point de vue dentaire. *Bruxelles médical*, 25 avril 1937.)

Le sulfate de magnésie agit bien dans l'éclampsie. Une observation de G. Rossi montre qu'il ne faut pas redouter l'emploi des doses élevées. Il a pratiqué, à 2 heures d'intervalle, 2 injections intraveineuses de 20 c. c. d'une solution de sulfate de magnésie à 25 %. Cette dose de 10 grammes de sulfate de magnésie a donné un résultat prompt et efficace ; l'accouchement s'est accompli aisément.

(Gaetano Rossi. Il solfato di magnesio nella cura aspettante dell'eclampsia. *Rinascenza medica*, 15 avril 1937.)

L'auto-hémothérapie, pratiquée dans les cas d'urticaire, d'eczéma et d'asthme bronchique donne les meilleurs résultats, surtout dans les deux premiers.

Il n'y a pas intérêt à dépasser la dose de 10 c. c. ; on pratiquera les injections tous les jours jusqu'à concurrence de 10 ; on fait une nouvelle série un mois après.

Cette thérapeutique est aussi simple qu'efficace.

(Michelangelo Moroni. L'autoemoterapia e le sue applicazioni. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 25 avril 1937.)

Depuis l'introduction de la vaccination anti diphtérique à Genève il n'y a eu, dans les écoles, aucun décès chez les enfants vaccinés (1929-1936), alors que, jusqu'en 1933, on a eu à déplorer, chaque année, 4 ou 5 décès parmi les écoliers non vaccinés.

A mesure que le nombre des vaccinés augmente, les chances de contagion diminuent.

Si l'on vaccinait les enfants dès le premiers semestre de la seconde année, on réussirait à diminuer encore le nombre des cas de diphtérie de la petite enfance.

(H. Audéoud. Vaccination-diphtérique à Genève (1934-1936). *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 avril 1937.)

J. Lafont

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Un vol. 250 pages, 70 figures, XIII[e] année, 1937. Vigot frères, éditeurs, Paris.

La présentation du siège. *La Version*, par le Prof. Brindeau, avec la collaboration de P. Lantuéjoul. 92 illustrations de H. Lemeunier. Vigot frères, éd., 1937.

Deux livres viennent de paraître sous la signature du Professeur Brindeau dont l'un mérite l'attention de tous les médecins et dont l'autre est précieux pour les médecins accoucheurs accouchants. Je voudrais indiquer la physionomie de chacun d'eux.

Au temps où le Professeur Bar présidait à l'activité de la clinique Tarnier, il avait créé des conférences du soir destinées, en principe, aux médecins exerçant qui pouvaient avoir le désir de se mettre au courant des questions d'actualité, pratiques et biologiques. Ces conférences, le Professeur Brindeau les a continuées.

Ces *leçons du jeudi soir* s'adressent à des médecins qui sont déjà au courant des questions obstétricales. Chacun des conférenciers expose une question qu'il a travaillée particulièrement et sur laquelle il a fait, sauf exception, des recherches personnelles. Il ne faut, donc, pas chercher dans ces leçons, l'exposé didactique d'une question obstétricale. Il s'agit de la mise au point d'études qui sont, en général, publiées dans des revues spéciales et avec des documents justificatifs dont la lecture peut être fastidieuse pour le médecin non-spécialisé. M. Brindeau, après M. Bar, a, donc, demandé la collobaration de collègues français et étrangers, qui ont bien voulu venir exposer le résultat de leurs travaux ou indiquer leurs conceptions actuelles de certains problèmes encore discutés. Il a, par ailleurs, prié ses élèves d'étudier quelques questions qui lui ont paru devoir être actuellement mises au point.

Mais de plus, M. Brindeau a voulu que tout ce labeur didactique ne soit pas perdu et il a entrepris la publication de ces leçons. Tous les ans depuis 1924, un volume est sorti et la collection complète est un monument dont nul accoucheur ne saurait se passer, où le médecin trouvera d'importantes notions pratiques et où quiconque s'intéresse à la biologie et à la pathologie la plus générale trouvera les enseignements que l'étude de la fonction de la reproducton peut fournir à d'autres disciplines. Et ce n'est pas une flatterie que de souligner, ici, tout le mérite de cet effort patient appliqué à mettre au clair les progrès de l'obstétrique.

Voici la table des quatorze leçons publiées dans ce treizième volume :

I. Brindean. — De *l'hypognathisme congénital*. Le Professeur Brindeau à propos de quelques cas personnels, étudie de façon approfondie ce qu'est l'atrophie congénitale du maxillaire inférieur, il expose son substratum embryologique et sa pathogénie, son diagnostic, son traitement.

II. G. Ecalle. — *Les fausses infections puerpérales*. (Dans une leçon très claire, Ecalle passe en revue, avec clarté et concision, les affections qui peuvent en imposer pour une infection puerpérale : mammites, infections intestinales, typhoïdes paludisme, tuberculose, grippe dans le suites de couches.)

III. Maurice Brouha. — *Cancer du col et grossesse*.

IV. Ribadeau-Dumas. — Intolérance du lait. (Le grand pédiatre de la Salpêtrière donne un exposé remarquable des drames de l'intolérance au lait de femme et au lait de vache et des ressources thérapeutiques qu'on peut lui opposer.)

V. Pierre Lantuéjoul. — *Considération sur la présentation du siège chez la primipare*. (Lantuéjoul discute les difficultés de l'accouchement par le siège : il y a des bons et des mauvais sièges ; ceux-ci sont liés, souvent, à une malformation utérine.)

VI. Marcel Metzger. — *On exagère le séjour au lit pendant la grossesse* (Avec sa fougue habituelle, Metzger fait un plaidoyer ardent contre le abus d'un séjour au lit et en faveur des interventions appropriées dan le cas ou l'hémorragie est liée à un placanta prævia).

VII. Cyrille JEANNIN. — *Les péritonites puerpérales généralisées.* (Le Professeur JEANNIN expose un sujet qu'il a beaucoup étudié et, en particulier, les signes précocissimes, des péritonites, signes qui permettent les interventions précocissimes, les seules capables de sauver quelques vies féminines).

VIII. R.-L. ROCHAT. — *A propos du traitement de l'avortement incomplet.* (Le Professeur ROCHAT est partisan d'une attitude conservatrice dans ces cas, attitudes conservatrices qui est, de plus en plus généralement, adoptée dans le monde entier).

XI. PAUL GIBERT. — *La rœntgenthérapie des fibromyomes de l'utérus.*

X. LOUIS CHAPON. — *Quelques considérations sur l'exercice de la médecine et les œuvres de protection mutuelle.*

XI. ROBERT VAUDESCAL. — *Etude sur le déterminisme sexuel.*

XII. A. LAFFONT. — *Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord.*

XIII. Jean RHENTER. — La pelvimétrie dans l'obstétrique moderne. (Il ne faut négliger aucun des moyens qui permettent de bien connaître la filière pelvienne dans les cas de bassins rétrécis.)

XIV. ETIENNE LÉTARD. — *Considérations sur l'imprégnation maternelle.* (M. LÉTARD, professeur à l'École d'Alfort, expose ces faits si curieux qui ont servi de base à la théorie de la télégonie et il fait une critique serrée des déductions qu'on a cru pouvoir en tirer.

Le second ouvrage est plus strictement obstétrical.

C'est un guide pratique des plus précieux : il indique la conduite à tenir dans la présentation du siège, la technique très précise qu'il faut suivre et il termine par une description de la version par des manœuvres internes. Le texte est clair, sans détails inutiles ; mais il a une grande valeur didactique qui résulte principalement d'une très importante iconographie laquelle le rend très facile à suivre. Cette iconographie comprend 92 planches, toutes sont fort belles : car elles ont été dessinées par un artiste, un vrai artiste qui s'est astreint à utiliser pour le mieux les documents fournis par BRINDEAU et LANTUÉJOUL, photographies multiples prises soit sur le mannequin, soit sur la femme vivante. Parti de là, encadré par les auteurs, LEMEUNIER n'a conservé que les traits essentiels et il a réalisé une illustration merveilleusement schématique et pourtant exacte. Il a dessiné successivement tous les temps de l'extraction dans les cas normaux et dans les cas anormaux et tous les temps de la version.

Si cet ouvrage est surtout iconographique, il n'en est pas moins vrai que les quelques pages du texte sont une excellente mise au point de cette question si importante.

DE LEE qui est le maître de l'obstétrique et dont l'érudition est immense, DE LEE, il y a quelques années, disait qu'on reconnaît un bon accoucheur à la façon dont il se comporte au cas d'une présentation du siège. C'est dire l'importance de ce livre pour les praticiens et pour les spécialistes. Il faut souhaiter que BRINDEAU et LANTUÉJOUL continue cette œuvre qui est appelée à rendre d'immenses services, aussi bien au spécialiste qu'au médecin isolé dans son « bled » et mis en face de responsabilités qui sont parfois dramatiques.

Je crois avoir dit, des deux livres que je me suis proposé d'analyser, une partie du bien que j'en pense et de l'avoir dit sans flatterie. Je voudrais dire, aussi, en terminant, qu'il faut louer le Prof. BRINDEAU et son équipe d'avoir travaillé, non seulement en pensant à leurs élèves et à leur milieu, mais encore à tous ceux qui, dans les difficultés de notre profession, cherchant à faire pour le mieux. Henri VIGNES.

Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire, par le Dr Marie NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH, deuxième édition, 1937. 1 volume in-8, 80 pages, 87 figures (*Bibliothèque de Thérapeutique Carnot et Harvier*, Physiothérapie, 5e volume). Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, (VIe). 20 francs.

L'ouvrage est divisé en deux parties : d'une part les traitements relatifs aux déviations de la colonne vertébrale (préventif général, préventif spécial curatif, corset orthopédique), d'autre part les traitements ayant trait à l'insuffisance respiratoire, cette partie comprend des tableaux indiquant les différents périmètres et diamètres thoraciques ainsi que le volume d'air de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte ; le diagnostic et de l'insuffisance respiratoire, les indications thérapeutiques, le traitement par la gymnastique respiratoire.

Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central, publié sous la direction de Jean LHERMITTE, par Pierre MASQUIN et J.-O. TRELLES. 1 vol. Gaston Doin, éditeur, Paris.

Les auteurs ont accompli ce tour de force d'exposer en 613 pages les notions essentielles de la neurologie moderne. Partant des faits anatomiques que personne mieux que Lhermitte ne pouvait exposer, ils ont eu le mérite d'étayer les syndromes cliniques sur une physiologie amplement et très clairement développée. En lisant ce travail le lecteur se laisse convaincre que la neurologie est la partie la plus scientifique de la médecine. Non seulement le médecin mais le biologiste devrait lire cet ouvrage unique en son genre. L'enchaînement des connaissances y est bien lié si qu'on éprouve un sentiment d'admiration pour les progrès accomplis dans ces 50 dernières années dans une branche de la psycho-physiologie où les savants français ont apporté plus de lumière. René PORAK.

The history of the acute exanthemata, par J.-D. ROLLESTON. Londres, 1937, W. Heinemann, éditeur.

Il s'agit de l'histoire des fièvres éruptives qui ont joué un si grand rôle, dans l'Histoire. Très documenté et plein d'intérêt, « ce petit livre », comme le dit si modestement l'auteur, est le cosmpagnon de son traité de maladies infectieuses aiguës, aujourd'hui classique. On y retrouve Morton, Sydenham, Koplik ; l'illustration complète un texte d'une lecture facile. J. L.

L'école de Dupuytren. Jean Cruveilhier, par le Dr Léon DELHOUME : Un volume in-8° de 300 pages contenant la biographie de Jean Cruveilhier, d'après des documents inédits. — Lettres intimes, observations et correspondance. (Lettres et documents concernant de nombreuses personnalités médicales ou mondaines de son époque : Prince de Talleyrand, Maréchal Jourdan, Dr Flaubert, Alfred de Vigny, Rachel, Maréchal Bugeaud, le P. de Ravignan, le P. Ventura de Raulica Berryer, le Chancelier Pasquier, Récamier, Dupuytren, Chopin, Pariset.). L'ouvrage contient en outre des extraits du Cours de Physiologie de Dupuytren (inédit). Ouvrage orné de nombreuses illustrations ou reproductions d'autographes. 10 exemplaires numérotés sur Japon impérial (300 francs) ; 40 exemplaires sur pur fil Lafuma (100 francs) ; 450 exemplaires numérotés sur papier surglacé (30 francs). Les souscriptions sont reçues dès à présent et doivent être adressées au Docteur Léon Delhoume, à Pierrebuffière (Haute-Vienne), accompagnées de leur montant.

La pathologie des œdèmes. CONFRONTATION DES THÉORIES A LA CLINIQUE, par Pierre MAURIAC. Un volume de 88 pages. (Collection Médecine et Chirurgie : recherches et applications. N° 5), 16 francs, Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette monographie sera d'autant plus appréciée que le professeur Mauriac apporte ce domaine une contribution très personnelle qui lui a permis, dans une large mesure, d'étendre nos connaissances sur une série de questions encore controversées.

Sans trop s'avancer, conclut l'auteur, on peut dire :

1° Pour que les œdèmes se produisent, il faut que soient réalisées dans les tissus et les humeurs, certaines conditions phisyco-chimiques dont les plus importantes semblent être les troubles de l'équilibre minéral, les troubles du métabolisme des protéines et des lipides, les modifications des parois capillaires, les variations du pH ; dans ce bouleversement, la polarisation et la perméabilité des membranes sont modifiées et le pouvoir d'inhibition des tissus augmenté.

2° Ces conditions physico-chimiques n'existent qu'à l'état morbide. Elles sont la conséquence de : maladies cardio-vasculaires, rénales, nerveuses, déséquilibre endocrinien, insuffisance alimentaire.

3° Les mêmes conditions physico-chimiques peuvent être réalisées par un trouble fonctionnel rénal et par une insuffisance cardiaque. La même explication peut convenir à des types d'œdèmes cliniquement bien différents, et dans un même type clinique on peut trouver des facteurs pathogéniques très divers.

Pathologie de la vie amoureuse, ESSAI PSYCHANALYTIQUE, par le Dr S. NACHT. Un volume : 15 fr. LES Editions DENOËL, 19, rue Amélie, Paris (7e).

Dans le volume qu'il publie aujourd'hui le Dr. S Nacht étudie, à la lumière de la psychanalyse, les troubles de la vie sexuelle. Son livre, écrit dans une langue directe et claire, ne s'embarrasse d'aucun appareil scientifique. Destiné au grand public cultivé, il l'aidera à comprendre les pires anomalies et lui montrera comment on peut les guérir.

Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 26 — 26 JUIN 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY

41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve

Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	**40** fr.
Etudiants	**30** fr.
Belgique	**45** fr.
Etranger 1re zone	**70** fr.
Etranger 2e zone	**90** fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81

R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 *en timbres-poste*

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Maurice LOEPER

Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 28 juin.— M. Veisman : Etude critique du rhumatisme chronique déformant syphilitique. — M. Avrilleaud : A propos de quatre observations de méningococcémies chez l'enfant. — M. Vahl : Contribution à l'étude de la variabilité microbienne. Quelques observations sur le B. typhi-murium. — M. Winter : Du relâchement des pneumothorax artificiels inefficaces. — M. Froïm : La maladie des porchers. — M. Pupko : Les complications graves mortelles de l'érysipèle. — M. Valat : Acrodynie infantile. — Mlle Rambert. : Les encéphalomyélites de la scarlatine.

29 juin. — M. Nicaud : Réflexions à propos des suites éloignées de six symphysiotomies à la zarate. — M. Brassier : Contribution à l'étude des pyélonéphrites au cours du traitement des cancers de l'utérus par les radiations. — Mlle Jourdan-Gagneur : Les hémorragies utérines survenant après la ménopause en l'absence de lésions cervicales. — M. Bonnot : Contribution à l'étude du carbone végétal intra-veineux en thérapeutique humaine. — M. Nefussy : Gynécomastie et hypophyse de grossesse au cours d'un cancer métastatique du testicule (Etude clinique et histologique). — M. Coste : Contribution à l'étude des recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. — M. Pouget : Les données récentes sur les pneumothorax suffocants. — M. Vassilkowsky : A propos d'un cas de spasme du larynx révélateur d'un tabès latent. — Mme Reichman : Hyperpituitarisme et diabète bronzé. — Mlle Abadie : Cynélyse et érythrodialyse. — M. Clotteau : Le purpura gastrique solitaire. Purpura chronique exclusivement stomacal. — M. Krewer : Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique. — M. Posvieux : Les tuberculoses traumatiques. — M. Veau : Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire au cours de la syphilis. — Mlle Gauthereau : Le dosage pondéral de la fibrinémie. Sa valeur séméiologique, en particulier dans les affections hépato-biliaires. — Mlle Huguet : Les septicémies à pneumocoques chez les enfants. — M. Koudria-Kiriloff : Souffle continu de la veine-cave supérieure.

30 juin. — M. du Fresnay : La dénatalité en France. — M. Nguyen Van Tan : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse, en particulier de leur complication d'ordre suppuratif. — M. Gaignerot : La radiographie dans les tumeurs de la vessie. — M. Ragot : La résection diaphysaire précoce dans les ostéomyélites aiguës. — M. Caby : L'ulcère simple du jéjuno-iléon. — M. Halley-Miralles : La dilatation douloureuse du côlon droit — M. Inizan : Considérations sur le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les sujets âgés. — M. Pocoulé : Recherches sur l'histaminémie normale et pathologique. Etude d'une technique biologique de détermination. —. M. Siraga : Les ictères médiats de la chimiothérapie antisyphilitique. — M. Cante : Les médications du spasme vasculaire. — M. Vajda : Les fonctions de reproduction après rœntgenthérapie des glandes génitales. — M. Dutter : Agranulocytose et streptocoque. — M. Rousseau : Ulcère chronique d'estomac chez l'enfant jusqu'à 15 ans. — Mlle Jooss : La prothéose d'Oriel chez l'enfant dans les accidents sériques et les dermatoses allergiques. — M. Blanchard : Contribution à l'étude de la tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard. — M. Borgida : Fonctionnement d'une consultation de médecine préventive pour enfants d'âge scolaire. — M. Avram Salom : La génétique moderne et l'hérédité chez l'homme. — M. Salomon Recu : Le point de vue de l'hygiène dans l'orientation professionnelle. — M. Vettier : Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. Havet : L'hémophilie et son traitement par les vitamines. — M. Colleau : Erythème noueux et maladies infectieuses. — M. Landolt : La question du plomb dans l'industrie des métaux. — M. Bendayan : Les empreintes digitales dans leurs rapports avec la médecine. — M. Belkodja : Prophylaxie administrative et médicale des Leishmanoses en France. — Mme Walden Rywka : L'assistance médico-sociale en Palestine.

1er juillet. — M. Lambert : Contribution à l'étude des caries dentaires chez les femmes enceintes. — M. March : Contribution à l'étude des lipomes de la langue. — M. Pertus : De la fistulisation des phlegmons péri-amygdaliens dans le conduit auditif externe. — M. Pouquet : Contribution à l'étude des goitres intra-trachéaux. — M. Rialland : Ozones et ozonides terpéniques en stomatologie. — M. Zha : Acquisitions récentes sur les kystes uniloculaires d'origine dentaire. — M. Vincent : Traitement des plaies infectées et des foyers de suppuration par le savon. — M. Brandel : Etude sur les épreuves fonctionnelles respiratoires. — M. Diéras : La thoracoplastie antéro-latérale par voie sous-pectorale. — M. Fuller : Contribution à l'étude de la thérapeutique cardio-rénale (La théophylline-éthylène-diamine). — M. Lalonde : Les signes d'auscultation chez les anciens porteurs de pneumothorax. — M. Lobjois : L'index et le virage de la cutiréaction tuberculinique dans un service de médecine sociale infantile. — M. Neumann : Contribution à l'étude de la maladie de Pleger. — M. Touboulic : Les apicolyses sans plombage dans le traitement des cavernes pulmonaires. — M. Laure : Le syndrome de l'éréthisme cardiaque des adolescents. — Mlle Mehler : Le traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant.

3 juillet. — M. Maurisset : Observations sur la thérapeutique de l'incontinence essentielle d'urine dans ses rapports avec le déséquilibre acido-basique. — M. Adrianopoulos : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. — M. Houradou : De l'emploi de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse dans les curetages pour avortements. — M. Montarnal : Sur des cas d'exploration pyélo-urétérale pratiqués à l'hôpital d'Argenteuil. — M. Dupuis : Etude sur les réactions biologiques de la tuberculose. — M. Francis : Du diagnostic précoce de la syphilis au moyen de la séro-réaction B. de Vernes. — M. Bigeard : Destruction leucocytaire aiguë, phénomène fondamental de la crise nitritoïde post-arsénobenzolique. — M. Guillemain : Traitement du lichen plan par le stovarsol buccal. — M. Joly : Contribution à l'étude de la syphilis dans la ville de Rennes de mars 1935 à mars 1937. — M. Viardot : Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par la cyclopentenyallylmalonylurée. — M. Gerchater : Les chylothorax dans l'enfance. — M. Hakim : Recherches sur l'articulation sacro-iliaque chez l'homme et chez les anthropoïdes.

— Chaire de clinique propédeutique. — M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré à compter du 1er octobre dans la chaire de clinique médicale propédeutique (Broussais, dernier titulaire, M. Emile Sergent, retraité).

Quatorze leçons sur les tuberculoses ostéo articulaires et ganglionnaires et quelques sujets d'orthopédie, par M. André Richard, avec la collaboration de MM. E.

SORREL, M. LANCE, G. HUC, BOUQUIER, DELAHAYE et ALLARD, M. MOZER et M. PARIN.

PROGRAMME DES COURS DU 12 AU 27 JUILLET 1937. — Lundi 12 juillet : L'évolution et le traitement général des tuberculoses chirurgicales chez l'adulte et chez l'enfant (M. RICHARD). — Mardi 13 juillet : Le laboratoire dans le diagnostic et le traitement des tuberculoses chirurgicales (M. MOZER). — Mercredi 14 juillet : Le mal de Pott (M. DELAHAYE). — Jeudi 15 juillet : La coxalgie (M. RICHARD). — Vendredi 16 juillet : La scoliose de l'adolescence et les états préscoliotiques (M. LANCE). — Samedi 17 juillet : Les dystrophies de croissance et leur diagnostic avec les arthrites tuberculeuses (M. SORREL). — Lundi 19 juillet : La sacrocoxalgie et les ostéites tuberculeuses du bassin (M. ALLARD). — Mardi 20 juillet : Syndromes douloureux des membres inférieurs par défaut d'équilibre statique (M. HUC). — Mercredi 21 juillet : Tuberculose des petits os de la main et du pied (M. BOUQUIER). — Jeudi 22 juillet : La tumeur blanche du genou (M. DELAHAYE). — Vendredi 23 juillet : La tumeur blanche tibiotarsienne et les ostéoarthrites du tarse (M. RICHARD). — Samedi 24 juillet : La tumeur blanche de l'épaule et tuberculose de la ceinture scapulaire (M. ALLARD). — Lundi 26 juillet : Les tumeurs blanches du coude et du poignet (M. BOUQUIER). — Mardi 27 juillet : Les abcès froids thoraciques et adénites tuberculeuses (M. RICHARD).

Les cours auront lieu chaque jour à 14 h. 30 ; les matinées seront consacrées aux opérations ou à la confection d'appareils plâtrés, les après-midi seront consacrés aux visites de malades, aux démonstrations de laboratoire (Mlle Poidevin, chef-adjoint), à la gymnastique orthopédique, à la mécanothérapie (M. de Cagny, moniteur).

La première réunion aura lieu le 12 juillet à 9 h. 30 à l'hôpital maritime et sera suivie d'une visite des différents services de l'hôpital maritime.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Delahaye, à l'hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Concours de médecin de l'assistance médicale à domicile. — Total des points obtenus par les candidats à l'ensemble des épreuves. — MM. les Docteurs Willot, 60 ; Lemant, 59 ; Deparis, 58 ; Lœwe-Lyon (Mme), 57 ; Klotz, 55 ; Debray (Charles), 55 ; Dormay, 52 ; Arager-Oguse (Mme), 51 ; Fabre, 51 ; Royer de Véricourt, 50 ; Lévy (Mlle), 49 ; L'Hoir (Mlle), 49 ; Eliet, 47 ; Bréhier, 47 ; Moline, 47 ; Helman (Mlle), 47 ; Martel, 46 ; Doukan, 46 ; Duhamel (Mme), 45 ; Lavit (Mlle), 44 ; Bachman, 43 ; Dacheux, 42 ; Caffort, 42 ; Cabaille, 42 ; Nel, 42 ; Deséglise, 41 ; Tisserand (Mlle), 37 ; Laforge, 35 ; Boyer, 34 ; Martini, 31 ; Fouquier, 30 ; Debray (J.), 30 ; Degrais (J.), 29 ; Gachon, 24 ; Degrais (P.), 23.

Liste des candidats admis (par ordre de mérite). — MM. les Docteurs : 1. Villot ; 2. Lemant ; 3. Deparis ; 4. Lœwe-Lyon (Mme) ; 5. Klotz ; 6. Debray (Ch.) ; 7. Dormay ; 8. Arager Oguse (Mme) ; 9. Fabre ; 10. Royer de Véricourt ; 11. Lévy (Mlle) ; 12. L'Hoir (Mlle) ; 13. Eliet ; 14. Bréhier ; 15. Moline ; 16. Helman (Mlle) ; 17. Martel ; 18. Doukan.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Jury : MM. les Docteurs Grivot, Hautant, Halphen, Ramadier, Leroux, Okinczyc et Turpin.

Epreuve écrite : Questions données : Signes, diagnostic et traitement de la thrombo-phlébite sinuso-jugulaire. Rapports du corps thyroïde.

Questions restées dans l'urne : Anatomie des muscles intrinsèques du larynx (sans la physiologie) ; anatomie de la trompe d'Eustache ; causes, signes et diagnostic des paralysies récurrentielles d'origine périphérique. Cancer du sinus maxillaire.

Légion d'honneur.— *Ministère de la marine.* — Est promu *Commandeur* : M. le médecin général de 2e classe Lancelin.

Ministère de l'Education nationale. — M. Chadefous, médecin à Fontclair (Bouches-du-Rhône).

Echanges universitaires. — L'Association pour le développement des relations médicales organise cette année, pendant les vacances, des échanges entre étudiants en médecine français et étudiants de Tchécoslovaquie, de Yougoslavie et de Hongrie.

Les étudiants désireux de passer un mois dans un de ces pays ne seront admis à bénéficier des avantages qu'on leur offre que s'ils sont déjà assez avancés dans leurs études et s'ils sont munis de recommandations de leurs chefs de service.

Pour tous renseignements, s'adresser au Bureau de l'A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Leçons sur le cycle de la puberté (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris (XXe). — Lundi 5 juillet 1937, 10 heures, M. GUY LAROCHE : Généralités sur la puberté ; Pubertés avancées et retardées ; Pubertés anormales. — M. SIMONNET : Les hormones sexuelles durant la période pubérale.

Mardi 6 juillet 1937, 10 heures, M. MARANON : Les états intersexuels à la puberté. — M. DUCROQUET : Le système ostéo-ligamentaire à la puberté. — M. DESAUX : Les réactions cutanées de la puberté.

Mercredi 7 juillet 1937, 10 heures , M. LIAN : Le cœur et les troubles neuro-végétatifs de la puberté. — Mlle HIRSCH : Les troubles de la menstruation à la période pubertaire. — M. HAMMEL : Les psychoses de la puberté.

Jeudi 8 juillet 1937, 10 heures, M. E. MAY : Les troubles vasomoteurs de la puberté : Acrocyanoses. — M. LAYANI : Les insuffisances génitales mâles à la puberté : Cryptorchidies. — Mme MEURS-BLATTER : Cellulite et puberté.

Vendredi 9 juillet 1937, 10 heures, M. DE GENNES : Tuberculose et puberté. — M. BOMPARD : Obésité et maigreur, à la puberté. — M. BOIGEY : Culture physique et puberté.

Samedi 10 juillet 1937, 10 heures, M. GUY LAROCHE : Le goitre de la puberté. — M. WELTI : Le traitement chirurgical des syndromes thyroïdiens de la puberté. — M. J.-A. HUET : La physiothérapie des troubles de la puberté.

L'audition de ces cours est gratuite.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er juillet, chez le secrétaire général, Docteur J.-A. Huet, 15, rue Legendre, à Paris (XVIIe).

Prochaine conférences des Voix latines. — A l'occasion des Journées internationales de la Santé publique, le Professeur Ch. Achard donnera le mercredi 7 juillet, à 17 heures précises, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, rue du Docteur Roux, Paris, une conférence sur : « De la méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine ».

On peut trouver des cartes d'invitation chez le Docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris.

Académie Duchenne de Boulogne.— Le prix annuel de dix mille francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1937.

Les mémoires inédits non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (VIIIe), avant le 1er octobre 1937.

Hospices d'Autun. — Un concours pour l'emploi de chirurgien-adjoint à l'hôpital, la Maternité et la Clinique de l'hôpital

d'Autun, aura lieu le samedi 10 juillet 1937, à 9 heures à la Faculté de médecine de Paris.

Les fonctions de chirurgien-adjoint sont gratuites ; mais des avantages matériels importants équivalent à une large rémunération.

Les épreuves consisteront en :

1° Une composition écrite sans documents sur un sujet de pathologie chirurgicale (durée trois heures) ;

2° Une consultation écrite sur un malade choisi par le jury (une demi heure pour l'examen et une heure pour la rédaction) ;

3° Une épreuve de clinique orale sur un malade (une demi heure pour l'examen et dix minutes pour l'exposition).

La liste d'inscription sera close le samedi 3 juillet 1937.

Société de météréologie. — La Société de météorologie médicale et de biométéorologie tiendra dimanche 4 juillet à Paris, à l'Isntitut Pasteur et à l'Observatoire, une Journée consacrée à l'objet de ses travaux, sous la présiednce de M. le Professeur Maurain. Tous les médecins et biologistes y sont conviés.

Les médecins contre l'orientation professionnelle scolaire. — La Commission de l'enseignement de la Chambre des députés a reçu en audience les représentants du Corps médical venus exposer leur point de vue contre l'orientation professionnelle scolaire.

Le Docteur Godlewski, secrétaire général de l'Assemblée française de médecine générale, fit un exposé du problème soumis au Parlement.

Précisant qu'il parlait au nom d'une assemblée qui groupait les délégués de cinquante-quatre sections départementales, il montra qu'il était le porte-paroles des médecins d'une très grande partie de la France. Il fit alors le récit du débat récent de l'Hôtel-Dieu de Paris, sur l'orientation professionnelle des lycéens.

A cette séance, à laquelle professeurs et praticiens prirent part, on entendit les protagonistes de l'orientation, qui avaient été convoqués, s'opposer entre eux, quant aux conclusions.

Après cet exposé, le Docteur Godlewski déclara que l'orientation professionnelle scolaire, n'ayant pas une base rigoureusement scientifique, avait été repoussée par l'assemblée de médecine générale ; celle-ci conclut, en effet, que l'orientation d'un lycéen de 12 à 13 ans était une possibilité physiologique.

Ensuite, le Docteur d'Ayrenx, au nom du syndicat médical de Paris, commente l'ordre du jour de son Syndicat s'opposant à l'orientation professionnelle scolaire et termine ainsi :

« Tant qu'un collégien n'est pas arrivé à l'âge adulte, nul ne peut prévoir quelle carrière il sera capable d'embrasser à 20 ans.

La crémation en France. — Parmi les fours crématoires en fonctionnement, celui de Paris occupe la première place, avec 940 incinérations pour l'année écoulée. Viennent ensuite : Strasbourg, 200 ; Marseille, 61 ; Lyon, 33 ; Rouen, 12 ; Reims, 1. Depuis leur ouverture, les divers crématoires français ont effectué, jusqu'à la fin de 1936 : 27.898 incinérations.

Sanatoriums publics. — Mme le Docteur Bouchard a été nommée médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

— M. le Docteur Vigier, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été nommé, sur sa demande, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord).

Deuxième Congrès de l'insuffisance rénale — Ce Congrès organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour président le Professeur Rathery, pour vice-président le Professeur Chevassu, secrétaires généraux le Docteur F.-P. Merklen et le Docteur Derot. Il se tiendra à Evian, en septembre 1938.

Le programme détaillé du Congrès sera publié ultérieurement.

La transformation de l'Etablissement thermal de Pougues. — Déjà, en 1936, on avait construit un pavillon abritant un certain nombre de nouvelles salles d'hydrothérapie, munies d'un appareillage ultra-moderne.

Cette année, le rajeunissement s'est poursuivi. De nombreux locaux ont fait peau neuve où miroitent, parmi les revêtements aux tendres coloris, les nickels des dernières conceptions hydrothérapiques :

Salles de douches avec piscines, salles de massages et de bains de siège, déshabilloirs bien compris, salons de repos avec divans, nouvelle installation du bain intestinal « enterocleaner », etc...

Ensemble ingénieusement conçu et réalisé, qui offre dès maintenant un harmonieux confort.

Fédération nationale des médecins du front. — M. le Professeur Gaillard (Laboratoire d'essences végétales antiseptiques) met cette année à la disposition de la Fédération nationale des médecins du front, quatre bourses de voyage de quatre mille francs chacune.

Dans sa dernière réunion, le Comité de la Fédération a nommé une Commission qui examinera les candidatures et désignera les quatre médecins bénéficiaires. Les membres des Sociétés fédérées désirant se faire attribuer une de ces bourses sont priés d'adresser toute demande de renseignements au Docteur Sureau, 11, rue Portalis, Paris (VIIIe).

Soirée de bridge de la médecine. — Grâce à la bienveillante courtoisie du Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, qui a mis à sa disposition les salons de l'Hôtel de la Confédération, la Société F. E. M. a pu réaliser la soirée de bridge qui n'avait pas eu lieu au cours du XIe Bal de la médecine française.

Cette réunion de bienfaisance où régnait l'atmosphère la plus simple et la plus cordiale a laissé un bénéfice de 2.000 francs à la Caisse de secours des veuves et orphelins de médecins.

La coupe a été gagnée après un combat sérieux, mais aimable par l'équipe : Docteur Bayard — Docteur Bloch-Wurmser qui battit en finale l'équipe Mme Paul — M. Chevrier. A la demande de plusieurs joueurs, des modifications seront apportées dans l'avenir au règlement du tournoi.

Espérons que l'an prochain, les joueurs viendront plus nombreux encore pour le plus grand bénéfice de notre Caisse de secours toujours insuffisante pour faire face aux demandes si nombreuses et si urgentes des veuves et orphelins du Monde médical. (*Communiqué.*)

Medical Yacht Club de France. — La prochaine réunion aura lieu au Club House du Yacht Motor Cub de France, à Herblay (Seine-et-Oise), le dimanche 27 juillet 1937, à midi et demi. Un déjeuner amical y réunira ensuite les membres.

Prière d'adresser le plus tôt possible l'inscription au président, le Docteur Georges Luys, 20, rue de Grenelle, à Paris (VIIe). Prix du déjeuner, 55 francs, tout compris.

Par ailleurs les confrères, internes et étudiants français, que le Medical Yacht Club de France intéresse, sont priés de bien vouloir s'adresser au secrétaire adjoint, le Docteur André Soubiran, 177, rue de Courcelles, à Paris (XVIIe), qui tient les statuts à leur disposition et répondra à toute demande de renseignements.

Il y a cent ans...
ou Académie 1837

(Suite)

Le 25 avril 1837, *se produit l'intervention de Rizueno d'Amador. Elle était attendue avec curiosité. On le savait hostile au numérisme et aux numéristes, et, bien plus, on n'ignorait pas que les numéristes avaient a cueilli très fraîchement sa nomination à la chaire de pathologie générale de la Faculté de Montpellier. Le journal d'Amédée Latour,* la Presse Médicale, *par la plume de son rédacteur en chef avait mené contre lui une vive campagne, quelques mois auparavant ; la compétence et les titres du jeune professeur avaient été passés au crible terriblement serré de la critique de Latour ; dans les colonnes de la* Presse *la polémique s'était étalée au grand jour. Le discours de Rizueno a été préparé sous l'influence de son ressentiment ; aussi l'orateur se montre assez peu disposé à tenir compte des arguments des sectateurs de la médecine d'observation, et à réfuter, avec sérénité, l'exposé présenté par Louis dans la séance du 28 mars. On pourrait lui appliquer sans injustice la boutade de Rochoux (séance du 4 avril), qui ne lui était pas destinée. L'usage des discours écrits, disait Rochoux, favorise l'exposé « d'opinions qui ont été émises dans une séance, et qui ont été déjà approuvées ou combattues », et qui « se représentent dans la séance suivante pour être de nouveau approuvées ou combattues. » Le long factum que lit Rizueno d'Amador appartient à cette catégorie de productions intellectuelles. A l'en croire, l'école de Louis réduit la science médicale et la thérapeutique à des additions et à des soustractions bien faites ; en introduisant la probabilité dans la médecine, elle y fait entrer cet ennemi juré de la science qu'est l'incertitude, et, si son emploi était généralisé, la médecine ne serait plus qu'une loterie. Quant à la thérapeutique, elle obéirait à des ordres si impérieux que des cataclysmes seuls pourraient modifier une conduite déterminée. En effet, si sur cent mille cas on a dégagé un traitement efficace, continuera-t-on à l'appliquer s'il se montre inactif ou néfaste dans une seconde série ? Le calcul des probabilités est, lui aussi, passible d'erreurs fondamentales. Le professeur de Montpellier ne ménage pas plus Laplace que Louis. La probabilité du lever du soleil, selon Rizueno, n'est pas plus forte aux yeux de celui qui connaît la mécanique céleste qu'au regard de l'empirique qui attend la répétition de ce phénomène mille fois constaté. D'autre part, la notion de quantité, objet des recherches de Louis, n'est pas la seule intéressante ; la qualité et la nature des faits importent autant que leur nombre. Un artiste peut avoir appris la manière de peindre un nez, des yeux, une bouche ; mais c'est par une étude spéciale du modèle, et grâce à son talent propre, qu'il fixera les traits qui distingueront son visage de tous les visages humains. De même, ce n'est pas en faisant calculer La Bruyère, d'après un homme, puis un groupe d'hommes, qu'on lui aurait fourni le moyen de dépeindre les caractères de ses contemporains. Les numéristes sacrifient la minorité à la majorité, et font de la statistique à la manière de Guy Patin qui, voulant prouver la toxicité de l'antimoine, réunissait les cas où son emploi était suivi de mort.*

Après cette lecture, Louis demande l'impression de l'œuvre de son adversaire, et l'obtient, non sans quelque résistance de la part des antinuméristes mécontents et déçus ; Double lui-même proteste, et reconnaît que Louis et ses adeptes n'ont jamais prétendu pouvoir tout négliger sauf les chiffres.

Dans son numéro du 29 avril, la Presse Médicale *publie ses commentaires. Elle éprouve un plaisir visible à retrouver en Rizueno un adversaire de marque, et à ne pas le ménager. Il y a, ironise-t-elle, dans le mémoire de M. Rizueno, des raisonnements et des faits : malheureusement les raisonnements sont captieux, et les faits sont mal interprétés ; de l'ensemble on pourrait tirer le meilleur plaidoyer possible en faveur de la statistique médicale. La statistique ne consiste pas à parier pour telle ou telle probabilité, mais à conclure sur des faits parfaitement connus. Qu'on veuille bien l'apprécier d'après les meilleurs travaux qu'elle a inspirés et non sur les plus contestables. La méthode inductive que prône Rizueno tire ses conclusions de quelques faits peu démonstratifs. L'orateur est bien mal inspiré en prenant La Bruyère pour exemple. Ignore-t-il que l'auteur des* caractères *a observé avant d'écrire un grand nombre de sujets et les a savamment comparés les uns aux autres ? Et comment a-t-il l'audace d'affirmer que Guy Patin en jetant l'anathème contre l'antimoine, établissait une statistique ? Ne voit-il pas qu'il fait le procès de l'induction et non de la méthode de Louis ?*

Le 2 mai 1837, *l'Académie reprend la discussion, et entend Dubois (d'Amiens) et Piorry. Le premier défend le calcul des probabilités qui n'est que « le bon sens appuyé sur le calcul » et ne recommande la numérisme ni en anatomie, ni en pathologie, ni en thérapeutique. Piorry expose gravement qu'il a renoncé à la statistique parce que de nouveaux cas ont profondément mdoifié des chiffres qu'il avait publiés.*

Deux autres orateurs se succèdent à la tribune le 9 mai. *Le but que s'est assigné Bouillaud a deux faces : défendre, coûte que coûte, son procédé des émissions sanguines, cependant si malmené ; établir des principes de philosophie médicale, dont le numérisme sort grandi. Pourquoi ne reconnaît-on pas qu'il y a « en médecine des choses qui ne sont que probables, des événements qui ne sont pas constants ». Si la méthode numérique n'opère jamais sur des faits tout à fait identiques, est-ce que celle qui ne s'appuie pas sur des chiffres n'en fait pas autant » · L'orateur qui suit Bouillaud se place à un point de vue opposé. Double, l'auteur de cette séméiologie, si riche d'enseignements, refuse au procédé « à la mode » toute valeur, et se désespère à l'idée que cette statistique s'introduit « dans la pauvre médecine qui n'est que trop disposée à donner entrée à toutes les idées excentriques qui se présentent à elle ».*

Le discours de Double entraîne celui de Chomel. Le président d'honneur de la Société de Médecine d'observation prend la parole le 16 mai. *Il s'en prend aux arguments exposés par Double plus qu'à ceux de Rizueno, ému de constater que les assaillants se sont levés de tous les bancs pour attaquer le numérisme, et que les défenseurs ont été peu nombreux. C'est auprès de Louis, injustement attaqué, que Chomel se range. Il découvre qu'il n'est pas un adversaire du numérisme qui ne compte en gros ce que les numéristes comptent en détail. La comparaison et l'analyse des faits ont été utilisées par tous. Pourquoi conteste-t-on le droit d'aller plus loin, et d'élucider les conséquences chiffrées de ces constatations ? L'analyse numérique il est vrai exige des qualités spéciales, mais elle est moins difficile à établir que l'observation elle-même. On ne saurait renoncer à ce procédé ni en pathologie ni en thérapeutique « sans se priver d'un des moyens les plus sûrs d'arriver à la connaissance de la vérité ».*

(A suivre)

« Les syndicats, dit quelque part E. Perrier, ne sont pas d'invention humaine. Ils tempèrent dans les règnes vivants les effets de la lutte pour la vie », et le célèbre naturaliste d'ajouter : « Comme chez nous, il arrive à ces syndicats de ne profiter qu'à des aigrefins. »

(Docteur Liautaud. — Parasitisme et brigandage en biologie. *Journal des Praticiens*, 15 mai 1937.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Primo-infection et primo-rechute tuberculeuses

Par MM. Emile SERGENT, Maurice RACINE et Mlle ŒMICHEN

Si de nombreuses opinions ont été émises au sujet des primo-infections tuberculeuses, la manière de les envisager dans leur ensemble ne peut susciter de divergences fondamentales.

La primo-infection tuberculeuse est la manifestation primitive de l'inoculation d'un organisme par le bacille de la tuberculose. Cette inoculation peut se manifester de façon plus ou moins apparente ; elle peut même parfois passer complètement inaperçue. Depuis les réactions cliniques nettes et intenses jusqu'aux réactions masquées et inapparentes, il y a place pour la gamme complète des manifestations les plus nuancées.

Ce serait une erreur de vouloir réduire la primo-infection tuberculeuse au concept du complexe primaire, c'est-à-dire à un foyer pulmonaire plus ou moins apparent s'accompagnant d'une réaction ganglionnaire de voisinage, complexe analogue dans son ensemble aux déterminations de la syphilis primaire : chancre d'inoculation et adénite.

Si cette variété clinique de primo-infection est la plus caractéristique, ce n'est pas toujours sous cette forme simple que se traduit la primo-infection tuberculeuse, dont on connaît bien aujourd'hui le polymorphisme anatomo-clinique.

Précisons donc, tout d'abord, comment nous devons comprendre, du point de vue clinique, la primo-infection tuberculeuse.

La primo-infection tuberculeuse est l'inoculation première de l'organisme par le bacille de Koch ; elle consiste essentiellement dans la pénétration du germe de la tuberculose sur un terrain jusque-là indemne de tout contact avec le germe.

Dans quelles conditions, à quel âge, se produit la primo-infection ? Est-ce toujours, comme on a tendance à le croire — du moins dans les pays dits *civilisés* — après la naissance, dans la première enfance, qu'on l'observe ? Cette question est actuellement l'objet de nombreuses discussions.

Dans ces dernières années encore, on pensait que, dans les pays civilisés, presque tous les adultes atteignant l'âge de 25 ans avaient une cuti-réaction positive, traduisant leur infection bacillaire, leur tuberculisation.

La fréquence de cette réaction positive s'élevait au fur et à mesure que l'on s'éloignait de la naissance.

Néanmoins, il existe des adultes qui paraissent indemnes de tuberculose.

La tuberculose n'est pas fatalement ou nécessairement une maladie de la première enfance. Il y a des sujets qui atteignent la deuxième enfance ou même l'âge adulte sans avoir été inoculés par le bacille de Koch. Par des cuti-réactions en série pratiquées chez l'adulte, on peut vérifier l'existence incontestable de terrains vierges en ce qui concerne la tuberculose.

Or, le jeune enfant n'a pas seulement un terrain vierge pour la tuberculose, mais aussi pour les autres maladies, abstraction faite des maladies héréditaires. Plus le sujet avance en âge, moins souvent le terrain sera vierge vis-à-vis des nombreuses affections qui sont susceptibles de l'atteindre.

Les conditions de terrain seront donc fort différentes selon les cas et plus ou moins favorables à la germination microbienne, ce qui explique que les manifestations de la tuberculose de primo-infection ne sont pas toujours les mêmes, non seulement du fait de la différence d'âge, mais aussi du fait des propriétés particulières du terrain.

L'importance de ces notions est considérable, quand on considère l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques de la tuberculose.

Ainsi que l'un de nous s'attache à le soutenir, depuis bien des années déjà (1), il existe trois facteurs absolument inséparables dans le déterminisme du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose :

— Le germe ;
— Le terrain sur lequel il se développe ;
— La voie d'apport par laquelle il pénètre dans l'organisme et se propage.

Il est impossible de concevoir de façon rationnelle la multiplicité des formes cliniques de la tuberculose sans tenir compte de ces trois éléments.

Selon que les germes seront plus ou moins nombreux, plus ou moins virulents, qu'ils pénétreront par la voie sanguine ou lymphatique, sur un organisme réfractaire ou sur un terrain favorable, on assistera à des réactions cliniques extrêmement différentes.

C'est ainsi qu'une primo-infection massive par voie sanguine donnera une tuberculisation générale de l'organisme contaminé, un processus de granulie dont la manifestation la plus apparente peut être la méningite tuberculeuse, aboutissant à la mort en quelques jours ou quelques semaines, au cours d'une septicémie à bacilles de Koch.

Voici, au contraire, un sujet chez lequel le germe pénètre par la voie lymphatique, dans laquelle la circulation est ralentie de place en place par les relais ganglionnaires. Le germe peut coloniser dans ces derniers, y rester localisé et déclencher des accidents dont l'observation suivante, déjà publiée par l'un de nous, est particulièrement démonstrative d'une primo-infection tuberculeuse par voie lymphatique.

Une jeune femme, à la suite d'une fausse-couche de quatre mois, donne des signes de défaillance générale aggravée par un régime de carence alimentaire. Elle fait une angine traînante, avec des réactions ganglionnaires cervicales, en chaînes descendant dans le thorax. Puis, survient une tuberculose pulmonaire bilatérale avec épanchement pleural.

Dans un tel cas, on peut admettre que le bacille, ayant traversé les amygdales, a gagné les chaînes lymphatiques cervicales et, de proche en proche, les chaînes médiastinales et intrapulmonaires.

Dans d'autres cas, le bacille pénètre dans les voies digestives à la suite d'ingestion de lait par exemple ; il franchit la barrière intestinale, il gagne les lymphatiques du mésentère, le canal thoracique, arrive aux poumons, s'y arrête parce que la circulation se fait ici aussi plus lentement. Il existe alors un territoire où le bacille de Koch peut coloniser sur place, en réalisant l'accident primitif, le chancre d'inoculation, selon la conception de Ghon, de Kuss, de Calmette.

Jousset admet qu'au lieu de concevoir les faits ainsi : chancre d'inoculation pulmonaire déterminant une adénopathie hilaire secondaire, il convient d'admettre que la localisation primitive siège, au contraire, dans le gan-

(1) Voir Emile Sergent. Les réveils de la tuberculose chez l'adulte. Masson, édit. — Assises nationales de la médecine française, 10 janvier 1937.

glion et gagne secondairement le parenchyme pulmonaire. Tel fut d'ailleurs le cas dans l'observation que nous venons de rappeler.

D'autres voies d'accès et de pénétration ou, plutôt, d'autres sièges d'inoculation sont possibles, telles *la voie cutanée.* L'un de nous a eu l'occasion d'observer, il y a plus de trente ans, à l'hôpital Saint-Louis, une fillette de 6 ans, contaminée par un baiser de son père, tuberculeux, sur la joue ; un véritable chancre d'inoculation bientôt suivi d'une adénite sous-maxillaire survint ; on songea d'abord à la syphilis ; mais on trouva des bacilles de Koch dans l'ulcération et, peu après, un érythème noueux survint ; cette observation est calquée sur le chancre du cobaye par inoculation cutanée.

Ces notions générales sur le déterminisme de la primo-inoculation permettent de mieux comprendre que les manifestations cliniques qui la traduisent soient si polymorphes. Cette variabilité dépend de l'importance de l'infection, du nombre et de la virulence des germes, de la voie d'apport qu'ils empruntent et, également, de la résistance du terrain sur lequel ils sont ensemencés.

Dès lors, on conçoit la complexité du diagnostic de primo-infection, qui se basera essentiellement sur deux éléments :

— Les foyers locaux d'inoculation ;
— L'état humoral.

dont l'importance respective peut varier à l'infini.

Pour faire la recherche systématique de la tuberculose chez un sujet chez lequel elle a été méconnue ou inapparente, on peut recourir soit à la cuti-réaction, soit à l'examen radiographique de l'appareil respiratoire, qui donnera l'image actuelle, cicatricielle, d'un passé pathologique.

Chez les jeunes étudiants ou soldats, examinés systématiquement, par exemple, qui ont, dans leur enfance, subi une tuberculisation, on trouvera la cuti-réaction à la tuberculine positive ; bien souvent l'examen radiologique donnera des images banales : taches nodulaires plus ou moins discrètes près des hiles, qui ne sont que des stigmates cicatriciels. En fouillant minutieusement les antécédents de ces sujets, le plus souvent on ne note rien de spécial ; poussant très complètement l'examen clinique, on ne trouve aucun signe ni symptôme pathologique.

L'inoculation tuberculeuse a passé inaperçue ; elle n'en existe pas moins et pourra devenir apparente avec plus ou moins de virulence dès sa première manifestation, quel que soit l'âge auquel celle-ci surviendra.

Dans d'autres cas, les signes cliniques observés évoquent peu l'idée d'une manifestation tuberculeuse. Un enfant de 8 à 10 ans, de santé jusque-là floride, fait une « poussée de croissance » ; il grandit, il maigrit un peu, il pâlit, il se plaint de fatigue, il a moins d'ardeur au travail ; il n'est pas un vrai malade ; cependant, la cuti-réaction sera positive et l'examen radiologique révèlera quelques minimes lésions, un peu d'empâtement hilaire, qui va disparaître dans les semaines suivantes.

Chez un autre enfant, ce ne sera pas la même évolution ; la maladie deviendra apparente ; après un début semblable, l'état général s'altère : il n'y a pas de nettoyage radiologique des images anormales, qui, au contraire, s'accentuent et s'étendent ; la température s'élève, l'amaigrissement augmente. La cuti-réaction, qui était positive, devient négative ; et, peu à peu, les lésions prennent une extension progressive.

Telles peuvent être les formes discrètes, inapparentes, masquées, larvées, de la primo-infection tuberculeuse.

Chez d'autres sujets, à la déficience de l'état général se surajoutent de l'anémie, de l'asthénie, des adénites cervicales. C'est le tableau de la scrofule ou, plutôt, de la scrofulo-tuberculose. Tout peut se borner à une adénopathie cervicale uni ou bilatérale, parfois suppurée, parfois régressive. Ces manifestations constituent une étape secondaire lorsqu'elles surviennent chez un sujet déjà tuberculisé ; elles rentrent plutôt alors dans le cadre des *primo-rechutes*, que nous étudierons plus loin. Mais, assez souvent, elles sont la manifestation d'une infection primitive, ayant, comme chez la jeune femme dont nous avons rappelé plus haut l'observation, une porte d'entrée amygdalienne.

Parfois, l'allure clinique de la primo-infection est beaucoup plus impressionnante. Un adolescent fatigué, asthénié, fait une hyperthermie progressive, du type dothiénentérique. Cependant, l'hémoculture, le séro-diagnostic sont négatifs, et, quand on recherche de plus près les signes cliniques, on s'aperçoit que la température est un peu irrégulière, que le malade est un tousseur. L'examen radiologique montre une image de complexe primaire, empâtement hilaire flou, nuageux, et, en plusieurs endroits du parenchyme, de petites taches irrégulières, à bords vagues, estompés. Tantôt ces images vont se nettoyer, les contours vont devenir plus nets et il persistera à leur place des nodules calcifiés ; tantôt, au contraire, on assiste à l'extension des lésions parenchymateuses ; des signes de toxi-infection surviennent et le malade meurt de méningite tuberculeuse.

Ce sont là les faits les moins contestables et les moins contestés. On sait aujourd'hui que, chez le jeune adulte, les premières manifestations de l'infection tuberculeuse peuvent donner des signes très différents, indiquant une localisation pulmonaire ou pleurale. Courcoux et Alibert ont rappelé les faits que Landouzy avait rapportés de manifestations pleurales aiguës réalisant des primo-infections.

Péron avait montré que la pleurésie tuberculeuse est toujours associée à une lésion pulmonaire corticale tellement minime qu'elle passe inaperçue devant l'épanchement pleural qui en est l'extériorisation. Ces faits ont, d'ailleurs, pu être réalisés expérimentalement. La pleurésie tuberculeuse, ainsi comprise et déterminée, peut être la manifestation apparente primitive de la tuberculisation.

Parfois la primo infection prendra le type de pneumopathie lobaire tuberculeuse. Mais, dans ce cas, il y a toujours le syndrome de la primo-infection, dont le diagnostic sera soupçonné par l'examen radiologique, qui montre, dans la région hilaire correspondante, une adénopathie importante. Cette adénopathie manque, s'il s'agit d'une réactivation ou d'une rechute.

Ces quelques exemples, pris parmi nombres d'autres, obligent à réviser certaines conceptions considérées comme classiques.

En outre, des faits d'importance plus secondaire doivent être également envisagés.

Il n'est pas rare de constater, chez un sujet en état de primo-infection tuberculeuse, un érythème noueux disséminé aux membres supérieurs et inférieurs, impliquant l'idée d'une généralisation tuberculeuse, d'une bacillémie tuberculeuse.

Nous rappellerons, enfin, des notions un peu tombées dans l'oubli aujourd'hui et sur lesquelles l'un de nous a insisté, avec Durand et Cottenot (1), à propos des formes de *tuberculose ganglionnaire du jeune adulte*.

Un sujet de 22 ans a eu une enfance tout à fait normale, aucun antécédent particulier méritant d'être noté, sauf une légère atteinte de paralysie infantile. Il a toujours vécu à la campagne ; depuis un an, il est à Paris. Quelques mois après son arrivée, sa santé fléchit, il se sent fatigué ; il maigrit ; il tousse ; il est hospitalisé à la Charité ; l'état général est mauvais ; la fièvre est assez accen-

(1) SERGENT, DURAND et COTTENOT. — Tuberculose ganglio-pulmonaire avec volumineuse adénopathie trachéo-bronchique chez l'adulte jeune. (Société d'études scientifiques sur la tuberculose, 1er mars 1924 et Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Québec, septembre 1924),


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XV°)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

tuée ; il existe de la matité dans la région scapulo-vertébrale gauche avec un gros souffle en éventail.

La radiographie permet de remarquer une ombre parahilaire gauche s'enfonçant en coin dans le champ pulmonaire. L'état général s'aggrave ; la mort survient quelque temps plus tard. A l'autopsie, on trouve une grosse adénopathie caséeuse du hile gauche.

Cette observation montre bien que l'on peut voir chez l'adulte des formes de primo-infection tuberculeuse obsolument semblables à celles de l'enfant.

L'évolution de tels cas n'est d'ailleurs pas toujours défavorable et on peut assister à une amélioration locale et générale. On trouve, chez tous ces malades, des bacilles de Koch, soit dans l'expectoration, soit dans les selles ; la nature tuberculeuse est donc indiscutable.

En résumé, les manifestations cliniques et biologiques de la primo-infection tuberculeuse peuvent varier à l'infini : depuis la maladie presque inapparente, que constitue parfois une « fièvre de croissance », une anémie discrète, un état lymphatique, jusqu'aux syndromes révélateurs, à type de toxi-infections ou à type de lésions locales pulmonaires, pleurales, ganglionnaires, voire même cutanées.

C'est dire l'importance, pour la dépister et la reconnaître :

1° De l'examen radiologique systématique, dont l'interprétation rationnelle vient confirmer le diagnostic ;

2° De la cuti-réaction, dont la sage interprétation permet de reconnaître l'étiologie d'un processus souvent atypique, masqué, larvé.

Que doit-on conclure lorsque la cuti-réaction est négative ? Le sujet n'est-il pas tuberculeux ou est-il, dans le moment présent, en état d'*anergie* ? L'*allergie* est un état d'équilibre instable réalisé par la tuberculisation de l'organisme. Si le sujet a résisté à la primo-infection, il garde une imprégnation qui se traduit par l'existence d'une cuti-réaction positive traduisant une réaction générale, qui est, en somme, un état fait, à la fois, d'immunisation relative et de sensibilisation plus grande vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

Or, la cuti-réaction pourra devenir négative lors du réveil d'une lésion ancienne, car l'*anergie* remplace alors l'*allergie*.

La cuti-réaction positive signifie simplement que le sujet est tuberculisé ; elle ne permet pas de conclure à la nature tuberculeuse de toutes les affections dont il peut être atteint dans le moment présent. Négative, elle ne signifie pas que le sujet n'est sûrement pas tuberculisé, mais qu'il peut être, dans le moment présent, en état d'anergie, pour une cause qu'il convient de déterminer.

Ainsi se dégage cette idée générale qu'un sujet tuberculisé est toujours retuberculisable, soit qu'il se produise, à la faveur d'une circonstance occasionnelle anergisante, une réactivation des anciens foyers et une réinfection autogène, soit qu'il survienne une réinfection hétérogène par une nouvelle contamination.

C'est dans le cadre de cette définition que se place la *primo rechute*, dont les signes sont souvent très proches de ceux de la primo-infection et dont la différenciation avec cette dernière ne peut être faite que par la recherche minutieuse de tous les antécédents pathologiques, ainsi que par l'interprétation attentive des clichés radiographiques révélant quelques stigmates anciens d'une première atteinte qui a pu être absolument inapparente ou masquée, alors que la primo-rechute sera plus manifeste.

L'observation suivante en est un exemple typique.

La malade, jeune femme de 29 ans, entre le 7 novembre 1936, dans notre service de l'hôpital Broussais, pour une affection fébrile dont le début apparent remonte à un mois.

A ce moment, elle accuse une fatigue générale qui va en s'accentuant, en même temps qu'apparaissent un point de côté thoracique droit, de la toux légère sans expectoration.

Le médecin, appelé au début de novembre, constate un épanchement pleural de la base droite et conseille l'hospitalisation.

Lors de l'arrivée dans le service, les signes de pleurésie sont nets et la ponction exploratrice les confirme, en ramenant un liquide séro fibrineux ne contenant ni bacilles de Koch, ni aucun autre germe, à formule lymphocytaire, avec quelques rares polynucléaires.

L'état général, malgré un certain degré d'amaigrissement, est assez satisfaisant. La température, élevée à l'entrée (39°), s'abaisse progressivement, sans cependant revenir à la normale.

La radiographie montre l'image d'un épanchement pleural droit, d'abondance moyenne, avec un gros empâtement hilaire bilatéral ; du hile droit partent des traînées qui vont jusqu'à l'apex, réalisant le foyer décrit sous le nom « d'infiltrat précoce » par les auteurs allemands, de « foyer inter-cléido-hilaire » par Léon Bernard, et que nous préférons dénommer simplement « foyer de propagation à point de départ hilaire ».

La scissure interlobaire supérieure droite est épaissie.

On trouve, enfin, dans l'empâtement hilaire gauche, quelques nodules noirs correspondant à d'anciens ganglions calcifiés.

L'évolution de cette pleurésie a pu être suivie cliniquement et radiologiquement.

Le 23 novembre, le foyer à point de départ hilaire droit commence à se nettoyer, alors que l'épanchement pleural augmente.

Le 11 décembre, le nettoyage est de plus en plus marqué, l'épanchement diminue d'importance ; cependant persiste la réaction para-hilaire gauche : accentuation nette de la trame, avec quelques nodules noirs disséminés le long des travées tramitiques.

La malade rentre chez elle le 24 décembre, mais doit de nouveau être hospitalisée le 16 janvier ; elle s'est fatiguée, a maigri, sa température est un peu dénivelée. Elle est envoyée en sanatorium.

La nature tuberculeuse de cet épisode pleurétique n'est pas niable, bien que toutes les recherches de bacilles de Koch dans les crachats, dans les selles, dans le liquide de tubage gastrique, aient été négatives.

Mais pouvait-on préciser où en était, du point de vue chronologique, l'histoire de la tuberculose ?

Il y a actuellement une tendance qui consiste à généraliser la notion de primo-infection tuberculeuse de l'adulte et de l'adolescent. En réalité, les idées nouvelles ne suppriment pas les constatations anciennes : si la tuberculose peut frapper effectivement, pour la première fois, un adolescent, un adulte, cette éventualité n'est pas la règle et, avant d'admettre la primo-inoculation, il faut être sûr qu'il n'y a pas eu d'étape tuberculeuse antérieure.

Il s'agirait alors, non plus d'une primo-infection, mais d'une primo-réinfection, d'une *primo-rechute* ou d'une nouvelle rechute.

Cherchons donc, par un interrogatoire poussé à fond, à préciser l'histoire de notre malade :

Elle a 29 ans. Ses parents sont bien portants ; sa sœur aînée est morte, à 16 ans, d'une affection pulmonaire ; il s'agissait vraisemblablement de tuberculose pulmonaire. Ses autres frères et sœurs sont bien portants.

Elle-même a eu la coqueluche et la rougeole à 6 et 8 mois ; entre 8 et 11 ans, se place *un épisode de fatigue et d'anémie, attribué à la croissance* ;

à 11 ans (1918) : grippe ;

à 16 ans (1923) : pleurésie sèche du côté droit, aussitôt après la mort de sa sœur, qu'elle avait soignée ;

à 18 ans (1925) : deuxième pleurésie sèche du même côté, plus sérieuse que la première, survenue aussitôt après son mariage ; petite poussée pleuro-pulmonaire réveillée sans doute par les fatigues de sa nouvelle vie ;

à 20 ans : premier accouchement ;

à 22 ans : naissance d'un second enfant, qui mourra à 10 mois de broncho-pneumonie : cet accouchement est suivi immédiatement d'un épisode pulmonaire intitulé congestion pulmonaire droite :

à 24 ans : troisième enfant, qui mourra à 14 mois de rougeole ;

à 26 ans (1933), à 27 ans (1934), à 29 ans (1936), trois autres accouchements.

De 1931 à juillet 1936, l'état général est bon, sauf des crises de coliques hépatiques, depuis août 1934, après le cinquième accouchement, les deux dernières crises ayant eu lieu :

— l'une le 7 octobre 1936, un mois avant son entrée à l'hôpital Broussais,

— l'autre, le 11 novembre 1936, quatre jours après son entrée à Broussais.

Enfin, si la maladie actuelle a eu son début apparent en octobre 1936, on apprend que l'état général avait fléchi depuis juillet 1936 : dépression, asthénie, obligation d'interrompre, au cinquième mois, l'allaitement de son dernier-né.

Telle est l'observation de cette malade qui, pour certains phtisiologues, très modernes, pourrait représenter un cas de primo-infection de l'adulte. Mais, lorsqu'on se donne la peine de scruter, de fouiller les antécédents de cette jeune femme, on voit qu'il s'agit, en réalité, d'une réinfection à rechutes, car on relève une succession d'épisodes aigus, discrets et masqués, « poussée de croissance » entre 8 et 11 ans, pleurésies sèches, congestion pulmonaire.

La rechute actuelle a été déclenchée par la dernière grossesse ; cette jeune femme a eu six grossesses en neuf ans, et l'on sait le rôle que nous donnons à la grossesse dans les réveils de la tuberculose pulmonaire.

De plus, depuis deux ans, cette jeune femme souffrait de troubles hépatiques ; or, l'importance du fléchissement fonctionnel du foie est incontestable comme cause occasionnelle des réveils de tuberculose : le rôle de l'anergie hépatique n'est pas discutable.

On peut donc conclure, chez cette jeune femme, à une rechute d'une tuberculose antérieure, dont les étapes ont été marquées par différents épisodes :

1° Poussée de croissance avec anémie dans l'enfance ; état de moindre résistance à l'occasion de laquelle elle a pu être contaminée par sa sœur aînée malade, morte peu de temps après, contamination par une faible dose de bacilles de Koch, sans doute, mais qui a suffi à la laisser définitivement imprégnée.

2° Première pleurésie sèche aussitôt après la mort de sa sœur, qu'elle avait soignée.

3° Deuxième pleurésie sèche, aussitôt après le mariage.

4° Congestion pulmonaire aussitôt après le deuxième accouchement.

5° Enfin, la pleurésie séro-fibrineuse actuelle, précédée d'un fléchissement de l'état général depuis le sixième accouchement, il y a quatre mois.

En résumé, nous pouvons dire qu'il s'agit, chez cette malade, d'une poussée évolutive tuberculeuse à forme pleuro-pulmonaire, par réactivation subaiguë d'anciens foyers hilaires, réactivation provoquée par une déficience générale de l'organisme à l'occasion de grossesses successives et d'atteinte hépatique.

Le pronostic de cette nouvelle poussée est relativement bon ; la malade est déjà en convalescence.

Cette observation est, en apparence, d'une grande banalité ; mais, par cela même, elle confirme des données anciennes, classiques, bien établies, et apporte un argument contre une tendance qui tend à se répandre exagérément et qui consiste à ranger dans le cadre de la primo-infection tuberculeuse chez l'adulte des faits qui sont, en réalité, des réinfections, dont la première manifestation mérite plutôt la dénomination de primo-rechute.

Nous conclurons en disant qu'avant de faire le diagnostic de primo-infection tuberculeuse, il est nécessaire de s'assurer par une enquête étiologique minutieuse, un examen clinique et radiologique systématique, que les manifestations devant lesquelles on se trouve correspondent bien à une primo-inoculation et non à une primo-rechute dont le tableau clinique peut être absolument identique à celui de certaines manifestations de la primo-infection.

C'est sur cette différenciation essentielle que nous tenons à insister car, si elle restreint incontestablement le cadre, à notre avis trop élargi, de la primo-infection tardive, elle est plus conforme à la vérité clinique, dont la recherche est, en définitive, le but de la médecine.

Nouvelles orientations pour la chirurgie [1]

Par René LERICHE

C'est pour un chirurgien un honneur singulier, que d'avoir à parler pour une glorieuse commémoration, dans cette ville de Vienne qui est, depuis si longtemps, un des centres dominateurs de la chirurgie du monde, qui est le siège d'une des plus grandes écoles qu'un chirurgien ait jamais fondée, et qui fut le berceau accueillant de tant d'hommes illustres, de tant d'idées fécondes, de tant de méthodes adoptées par tous.

Croyez, messieurs, que j'en sens le prix. Et ce qui, pour moi, fait cet honneur plus grand encore, c'est d'avoir la joie de saluer ici un maître que, dès mon enfance chirurgicale, j'ai appris à admirer, et à respecter, Anton von Eiselsberg, qui a, si magnifiquement, fait fructifier le grand héritage qu'il reçut un jour.

* * *

Pour répondre à son appel, je voudrais vous exposer quelques idées et vous rapporter quelques faits, au sujet des orientations nouvelles que, hardiment, doit prendre la chirurgie de notre temps.

Malgré les faits, ces idées rencontrent des résistances, comme tout ce qui tend à élargir un horizon. Mais, les résultats déjà obtenus sont un gage d'avenir.

La physiologie pathologique et la chirurgie physiologie

Jusqu'ici, *la chirurgie a toujours été guidée par une pensée anatomo-pathologique. Son objectif était la lésion.* C'était une défaite que d'avoir parfois à laisser celle-ci de côté. La grandeur de l'œuvre accomplie montre bien la valeur éternelle de cette domination morgagnienne.

Mais, il ne semble plus qu'elle doive rester exclusive.

On peut concevoir, à côté de la chirurgie classique, *une discipline parallèle, visant d'autres faits et employant d'autres moyens.*

Il existe en effet, un grand nombre de maladies, dont jusqu'à présent la chirurgie s'est détournée, dans lesquelles toute lésion paraît secondaire au trouble primitif d'une fonction, qui engendre, semble-t-il, par le dérèglement qu'il cause, des troubles anatomiques secondaires.

On oppose quelquefois encore à cette conception, une fin de non recevoir, parce que, dit-on, il est impossible de concevoir une maladie sans lésion primitive. Mais, ce n'est là qu'un mauvais argument. Nous devons suivre les faits, et non pas les idées traditionnelles. Rien ne nous dit qu'il n'y a pas dans l'ordonnance des fonctions, et des sécrétions en particulier, des variations qualitatives ou quantitatives, qui exercent sur les tissus une fâcheuse influence, capable de les déséquilibrer à la longue.

(1) Discours prononcé au centenaire de la Société des médecins de Vienne le 21 mai 1937.

Nos tissus en eux-mêmes, ne sont pas, chez nous tous, de valeur identique. Et sur certains terrains, la moindre variation circulatoire ou endocrinienne peut devenir cause de maladie.

Car l'homme n'est pas un mannequin de série. Tout en chacun de nous est individuel. Et, reprenant une vieille tradition, le médecin de nos jours doit songer autant à l'individu qu'à la maladie.

Donc, si l'on entre, franchement, dans l'étude des maladies de cette sorte, on se rend compte que *beaucoup d'états pathologiques se réalisent par l'intermédiaire de troubles vaso-moteurs ou sécrétoires*, que ce sont ces troubles qui font d'habitude la maladie clinique, et il est permis de penser qu'en s'adressant à ces mécanismes essentiels, on pourra probablement d'abord réussir à arrêter l'évolution, ensuite voir rétrocéder les lésions.

Le problème est donc de chercher si, par des sections nerveuses appropriées, on peut provoquer des actions physiologiques de sens inverse de celles que la maladie réalise, et par lesquelles elle se réalise.

Or, l'analyse montre que la plupart du temps, les phénomènes vaso-moteurs qui interviennent ainsi dans la genèse d'une maladie, sont liés à une hypertonie, sont des faits de vaso-constriction, c'est-à-dire d'excitation sympathique.

Et l'expérience chirurgicale nous apprend que toute section sympathique, qu'elle soit faite par un toxique comme la novocaïne, ou par le bistouri, est suivie d'une vaso-dilatation active.

On peut donc concevoir, en partant de là, une méthode générale d'hyperhémie provoquée, capable de lutter contre les maladies de la vaso-constriction. C'est à elle, et à l'ensemble des techniques qui en résultent, que j'ai donné, il y a une douzaine d'années, le nom de *chirurgie physiologique*.

Les recherches faites avec cet objectif ont été fécondes. Elles ont conduit à élargir considérablement la conception primitive, et permettent aujourd'hui, d'entrevoir vraiment des orientations nouvelles pour la chirurgie.

Pour être clair et éviter toute erreur, je voudrais tout d'abord vous donner quelques exemples avant d'aller plus loin.

J'en choisirai trois :

Premièrement, la maladie de Raynaud.

Il y a bien longtemps que l'on discute à son sujet afin de savoir si elle est la conséquence d'une névrose vaso-motrice, ou si elle s'accompagne toujours de lésions artérielles.

En étudiant nos nombreuses observations, nous sommes arrivés, Fontaine et moi, à la conclusion qu'il s'agit d'une hypersensibilité sympathique au froid et à l'émotion, d'une hypertonie sympathique sans lésion artérielle. Et l'argument fondamental qu'on peut donner à ce sujet, est le suivant : des malades, étudiés pendant plusieurs années, alors que leur maladie était déjà de vieille date, n'avaient aucune lésion artérielle décelable, ni au niveau du bras, ni au niveau des artères digitales et des malades opérés par section sympathique demeurent guéris après plus de dix ans.

Je viens d'examiner, ces jours derniers, une jeune fille que j'ai opérée le 5 avril 1924, pour une maladie de Raynaud généralisée, avec des troubles trophiques non mutilants. J'avais fait une sympathectomie péri-humérale et une périfémorale, une seule à chaque membre, bien que la maladie fût des quatre membres. Le 29 avril 1937, donc au bout de treize années, elle demeure complètement guérie : elle n'a plus eu de crise, et l'exploration de son sytème artériel le montre normal.

Peut-on donner un plus bel exemple du caractère fonctionnel de la maladie et de l'utilité de la chirurgie physiologique, telle que je la conçois ?

Deuxième exemple : L'hypertension artérielle permanente.

Ce n'est pas le lieu de discuter de l'origine première d'une maladie aussi complexe. Mais si, laissant de côté toutes les théories, on s'adresse chirurgicalement soit à la surrénale, soit au splanchnique, dans l'idée que les phénomènes vaso-constricteurs sont un des éléments essentiels de la maladie, on peut obtenir des résultats thérapeutiques inespérés. Je ne rappellerai pas les statistiques déjà considérables de certains chirurgiens américains, de Peet, de Adson, de Heuer. A une échelle plus modeste, j'ai opéré onze hypertendus permanents.

Voici un résultat de trois ans :

Une femme de 45 ans, hypertendue depuis neuf ans au moins ayant, malgré tous les traitements, malgré le repos complet, des crises tensionnelles de plus en plus fréquentes où sa tension systolique atteint 270 et la diastolique 150, ayant eu deux ictus, avec hémiplégie gauche incomplète, éprouvent de fréquentes crises angineuses, ne quittant plus son lit, dans la terreur de l'hémiplégie, est surrénalectomisée le 20 mars 1934 Histologiquement, la surrénale est normale. Le 20 mars 1937, la tension habituelle est de 185/120. Rarement elle monte à 230 pendant un jour ou deux. Il y a encore quelques crises thoraciques douloureuses, que calment des novocaïnisations stellaires. La malade a repris une certaine activité ,circule, et n'a plus eu d'ictus, ni de crises vaso-constrictives de la face.

Evidemment, ce n'est pas une guérison. Mais, la malade, le mari, leurs enfants disent que c'est une résurrection. J'insiste sur le fait : surrénale histologiquement normale — donc chirurgie physiologique.

Avec la section du splanchnique uni ou bilatérale, j'ai eu aussi des résultats excellents :

Un adolescent de 15 ans a, depuis deux ans, une tension élevée, avec des paroxysmes à 260/130, des crises douloureuses, et de l'exaltation cérébrale, qui a fait parler de démence précoce. Le 5 novembre 1935, je coupe les splanchniques gauches. J'explore la surrénale, qui paraît normale. J'en prélève un fragment, qui est histologiquement normal. Après une phase pénible de deux à trois mois, tout rentre dans l'ordre. La tension est de 145/95. Depuis dix-neuf mois, le malade travaille sans troubles.

Troisième exemple : Un addisonien ayant une tension habituelle de 90/70, et une tuberculose grave du genou, paraissant exiger une amputation de cuisse, est soigné par des extraits surrénaliens et l'immobilisation, sans résultat. Le 26 novembre 1935, me basant sur des recherches de Goormaghtigh et Elaut, qui ont noté des signes histologiques d'hyperactivité surrénalienne chez les animaux mis en expérimentation par Heymans, je fais une neurectomie sinu-carotidienne bilatérale et je donne du sel.

Un an après, le genou est ankylosé, l'état général transformé. La tension est de 110/90.

Le 30 avril 1937, donc dix-sept mois plus tard, l'état est excellent. Le malade demeure pigmenté. Il n'est plus asthénique. Sa tension est de 150/90. Il a diminué sa ration de sel. Il ne peut évidemment pas le supprimer complètement, mais sa vie est transformée.

Chirurgie physiologique, qui s'adresse au trouble de la fonction et non pas à la lésion.

***

Ces exemples suffisent, je crois, à montrer l'orientation réelle de la chirurgie physiologique, et ce que sont ses méthodes.

Il est évident qu'elle ouvre des horizons thérapeutiques nouveaux. Elle n'en est qu'à ses premiers balbutiements. Elle a besoin, pour s'édifier, du même travail soutenu que la chirurgie anatomo-pathologique. Mais, son mode de travail doit être un peu différent. Etant donné son but, elle ne doit pas seulement chercher à connaître l'état anatomique. Elle doit, en outre, *s'efforcer de déterminer les mécanismes de la maladie, en analyser les éléments fonctionnels, en déterminer la physiologie pathologique et arriver à la connaissance par la thérapeutique.*

Ne croyez pas que je m'abuse : la physiologie pathologique n'est pas, je le sais, une science neuve.

Je n'ignore pas ce que Karl Rokitansky disait ici-même, il y a déjà longtemps, au moment où il abandonnait son enseignement : « J'ai présenté l'anatomie pathologique comme la base essentielle de la physiologie pathologique. La connaissance clinique se fonde, se développe, se complète dans l'anatomie physiologique ».

Mon idée rejoint la sienne.

Mais, il est bien certain que la médecine de notre temps, ou tout au moins que la chirurgie a été beaucoup plus anatomo-pathologique que physiologique, bien plus anatomique que fonctionnelle.

Je dirais même, *il fallait qu'il en soit ainsi*, car l'anatomie pathologique est la discipline essentielle de la formation de l'esprit médical. Elle nous est constamment nécessaire, si nous ne voulons pas nous égarer. Elle est un élément nécessaire à la nouvelle recherche.

Celle-ci doit s'inspirer surtout d'un esprit expérimental et d'une idée physiologique.

Mais, à ce propos, il est une erreur souvent commise. Aujourd'hui, toutes les écoles chirurgicales du monde s'efforcent à l'expérimentation. On croit souvent que l'on devient physiologiste, que l'on est au goût du jour, parce que l'on a opéré quelques chiens. Je pense qu'il faut réagir contre cette fausse compréhension des choses qui prend la forme pour l'esprit.

Comme l'avait déjà indiqué Claude Bernard, *c'est surtout en face de l'homme malade que l'esprit physiologique doit se donner carrière. C'est en observant chez l'homme, l'état fonctionnel avant et après les opérations, que l'on fait la meilleure expérimentation.*

Nous oublions trop que, sous un certain angle, la chirurgie est une constante expérimentation. Il n'est physiologiste au

◆◆

monde qui expérimente *autant que nous.* Mais, exécutants, sans curiosité, nous ne cherchons pas assez à observer les conséquences de nos actes. C'est à peine si nous leur accordons un coup d'œil distrait.

Sans que rien soit enlevé de sa haute valeur humaine, la chirurgie doit devenir une discipline d'immense portée intellectuelle. *Un chirurgien peut être un grand expérimentateur sans avoir jamais opéré un chien.*

Il lui suffit d'avoir l'esprit expérimental, c'est-à-dire, *la rigueur dans l'observation, la précision dans la confrontation des faits, la hardiesse dans la recherche du déterminisme, l'inquiétude de la vérification.*

Tout ceci s'exprime d'un mot : *il doit suivre les lois du raisonnement expérimental.*

***

Quelques aspects nouveaux de vieux problèmes chirurgicaux : l'acte opératoire et les traumatismes

Si nous abordons, dans cet esprit, les problèmes que nous pose notre vie professionnelle de chaque jour, nous voyons se transformer les conditions mêmes de notre métier.

L'acte opératoire ne nous apparaît plus seulement comme la religieuse application d'une technique précise et sûre.

Nous pensons aussitôt que la *chirurgie n'est pas sur le plan de la vie.* Elle nous apparaît comme un acte contre nature qui ne peut pas ne pas nuire même quand il sauve la vie. Envisagés du point de vue de la cellule, les gestes chirurgicaux les plus doux sont d'une brutalité disproportionnée à la fragilité de nos tissus. Ceux-ci, sur lesquels s'exercent nos incisions, nos écartements, nos excisions, sont très richement innervés. Le moindre heurt, le plus léger tiraillement, y provoquent des réflexes variés, dont la somme peut créer à distance de grands déséquilibres. Elle s'accompagne toujours, et fatalement, d'une perte de sang, qui rend le système vaso-moteur plus sensible, insuffisant à sa tâche de maintenir le tonus circulatoire normal.

D'autre part, nos découvertes d'organes ne peuvent pas ne pas détruire, et nécroser les architectures vivantes et délicates des tissus qu'elles traversent. Les résultats des morts cellulaires ainsi provoqué s. sont des désintégrations chimiques étagées, indifférentes à nos objectifs humains.

Et la nécessité apparaît pour les chirurgiens d'étudier le syndrome vaso-moteur et humoral de la maladie postopératoire, vraie maladie traumatique qui nous rappelle à la vérité biologique. De même, on voit s'éclairer soudain d'un jour nouveau le vieux problème des traumatismes, surtout de ceux du squelette.

En face des traumatismes osseux et articulaires, l'attitude générale de la chirurgie a été généralement terriblement mécanicienne.

Nous avons regardé les os comme des bras de levier, les articulations comme des engrenages. Nous n'avons vu que des déchirures de ligaments, des ruptures d'os, des déplacements diaphysaires dans l'espace, des problèmes de réduction et de maintien.

Et nous avons peu songé que os, articulations, et ligaments, étaient des tissus vivants, des tissus conjonctifs en état métamorphique, dont la vie suivait ses lois, avaient leur nutrition, sous la dépendance des vaisseaux et dont la structure se modifiait au gré des déséquilibres circulatoires.

Nous n'avons pas songé que les ligaments articulaires et le périoste étaient, comme la peau, comme les muscles, doublés de nombreux dispositifs d'innervation, chargés dans la vie normale d'adapter, sans cesse, le dynamisme des actions musculaires, aux déplacements squelettiques voulus par les mouvements volontaires. Et nous avons agi comme si ces appareils nerveux, qu'excitent physiologiquement la moindre tension ligamentaire, le moindre déplacement des os dans l'espace, restaient inertes sous les chocs et les traumatismes.

Bien que l'observation nous fit voir, après une simple entorse, de l'hyperhémie, de la chaleur locale, de l'œdème, de la contracture, de l'impotence fonctionnelle, de la douleur, nous ne songions pas à nous demander : Pourquoi ? Comment ? Ces symptômes étaient admis comme des choses naturelles, n'existant que pour nous révéler l'entorse.

Il a suffi de penser que les ligaments articulaires étaient doublés d'un grand nombre de corpuscules sensitifs, pour que l'idée vienne que *l'entorse était peut-être plus une maladie nerveuse qu'une maladie articulaire,* le résultat physiologique d'un réflexe vaso-moteur à point de départ dans l'appareil sensitif ligamentaire. Après divers tâtonnements, la novocaïnisation précoce des ligaments a montré qu'il en était bien ainsi, qu'en suspendant l'excitation nerveuse ligamentaire, on coupait court au développement des signes cliniques de l'entorse habituelle, et que, hors le cas de lésion osseuse associée, la marche immédiate pouvait être reprise, parfois après une seule injection. Depuis sept ans le nombre est considérable des malades ainsi traités qui ont été rapidement guéris. Dans certaines stations de sport d'hiver, ou sur certains champs de rugby, l'infiltration immédiate des ligaments a pratiquement supprimé la maladie dite entorse.

Et c'est la plus brillante démonstration que l'on puisse donner de la fécondité de la pensée physiologique en clinique.

La même idée a été récemment transportée dans le traitement des fractures articulaires et même diaphysaires à petit déplacement, n'exigeant pas une réduction et le maintien rigoureux des fragments au contact.

Un certain nombre de fractures de l'olécrâne, de la tête radiale, de la rotule, de l'épicondyle huméral, même de la trochlée, ont été ainsi traitées par l'infiltration novocaïnique suivie de mobilisation active immédiate, sans immobilisation. Les résultats ont été étonnants : dès la première injection ou après la seconde, les mouvements ont pu être repris sans douleur, sans gêne : les récupérations fonctionnelles ont été rapides, complètes et, chose plus étonnante, certaines consolidations ont paru accélérées.

On sait que, expérimentalement, chez les animaux, et chirurgicalement chez l'homme, la sympathectomie péri-artérielle accélère la formation du cal. Fontaine, Palma, Mariano, Gaudier, l'ont montré. La novocaïne suspendant l'action tonique du sympathique, et provoquant de la vaso-dilatation active, il est permis de penser que l'on modifie ainsi les conditions favorisantes de l'ostéogenèse.

Et la vérification de ce point est à l'étude actuellement à la clinique de Strasbourg.

De même façon ont été traitées des fractures de la clavicule, de la tête humérale, de l'omoplate, des luxations acromio-claviculaires, une vieille luxation de l'épaule avec gêne considérable, des fractures anciennes du calcanéum avec grande impotence. Très habituellement, la méthode physiologique de suppression par la novocaïne des réflexes vaso-moteurs partant de la région traumatisée s'est montrée efficace, même dans les lésions anciennes, et parfois par une seule injection.

Elle transforme vraiment un département de la thérapeutique courante.

La même conception du rôle des réflexes vaso-moteurs dans la genèse des symptômes posttraumatiques a conduit à appliquer la même méthode de la novocaïnisation, pour bloquer les réflexes pathologiques, dans des cas variés : œdème douloureux post-traumatique, ostéoporose douloureuse, dans la phlébite spontanée ou traumatique.

***

Mais, voici plus intéressant, ou du moins plus curieux, dans l'ordre de la compréhension des faits médicaux.

Un homme est vu avec une *paralysie radiale typique.* Dix jours avant, il est resté couché pendant deux heures sur un banc, et s'est réveillé la main tombante. Les réactions électriques sont très lentes. On dit : réaction de dégénérescence en voie d'installation. Les réflexes ont disparu. On fait une infiltration novocaïnique du stellaire. Aussitôt, le malade dit ressentir une sensation de chaleur dans tout le membre supérieur. Le syndrome de Claude Bernard-Horner apparaît. Et voici que la main se relève, se met en hyperextension.

Cette amélioration surprenante dure 7 à 8 heures, puis la paralysie se réinstalle. Le lendemain, nouvelle infiltration. Aussitôt la main se relève, le gain acquis persiste. Avec cinq infiltrations et en huit jours, la guérison est définitive.

Pesez bien les termes de cette observation : paralysie radiale par compression passagère — novocaïnisation stellaire — disparition immédiate de la paralysie.

Et, tout récemment, à ma clinique, dans un cas presque identique, on a eu le même succès.

Evidemment, on sait que ces paralysies guérissent toutes seules à la longue. Mais n'est-ce rien de savoir pourquoi et de pouvoir accélérer la récupération ?

Ne pensez-vous pas que la chirurgie physiologique change vraiment quelque chose à nos conceptions de la maladie et de la thérapeutique ?

Les maladies artérielles

L'étude physiologique des maladies artérielles, des embolies et des thromboses, conduit à des vues de même nature et à des conclusions thérapeutiques semblables.
Elle montre que c'est la vaso-constriction dans le réseau collatéral de l'artère bouchée, et non l'oblitération elle-même qui fait la maladie cliniquement.

Une artère peut être oblitérée, sans qu'il y ait le moindre signe périphérique d'ischémie. Mais, dès que le spasme apparaît dans le réseau collatéral, les troubles trophiques, la douleur surviennent. Et quand ces symptômes sont installés, si l'on supprime les possibilités de vaso-constriction, ils rétrocèdent.

Le spasme a des origines variés : il peut tenir à une hyperépinéphrie, qui excite les terminaisons sympathiques. Il tient surtout à ce que dans la paroi d'une artère oblitérée, quand les changements inflammatoires ont atteint l'adventice, des réflexes vaso-constrictifs se produisent, qui ferment le réseau collatéral.

Plusieurs faits le prouvent avec une rigueur expérimentale :

1° Si l'on résèque le segment artériel thrombosé, aussitôt la circulation s'améliore, et les signes cliniques rétrocèdent.

Depuis 1915, j'ai fait un grand nombre d'artériectomies, plus de 200. Des malades ont été suivis pendant des années. Vingt ans d'expérience, cela permet un jugement.

2° Pendant l'opération même, on voit souvent, aussitôt que l'artère oblitérée est enlevée, la circulation se modifier dans la plaie : des artérioles se mettent à battre violemment.

3° L'artériographie enfin permet d'objectiver cette vaso-dilatation.

Ces constatations m'ont conduit à rechercher si normalement, la paroi d'une artère importante exerce une action tonique sur les artérioles voisines.

Dans ce but, deux de mes aides, Stricker et Orban, ont, chez le chien, d'un côté réséqué toutes les grosses artères des membres ; de l'autre côté ils ont fait des ligatures. Les animaux ont été conservés pendant des mois. Puis, leur système vasculaire a été injecté par le cœur. Quand on compare les deux côtés, manifestement, le côté où les artères ont été réséquées a une vascularisation plus riche que l'autre côté.

Stricker et Orban ont montré d'une autre façon encore le rôle de la vaso-constriction collatérale dans le rétablissement circulatoire.

Ils ont réséqué le carrefour aortique avec la bifurcation iliaque chez des chiens. Les animaux sont morts rapidement, avec de la paralysie du train postérieur, de l'œdème, du refroidissement, et des troubles trophiques. En injectant le système artériel, ils n'ont obtenu qu'un dessin très pauvre pour les artères des membres inférieurs. Donc le sang, après aortectomie, ne peut pas revenir dans le système iliaque et fémoral par les collatérales.

Dans une seconde série d'expériences, ils ont fait précéder l'ablation de la bifurcation aortique d'une section bilatérale du sympathique lombaire. Les animaux ne sont pas morts. Leurs pattes se sont réchauffées, ont repris le mouvement. Bientôt les animaux ont pu se mettre debout et marcher. Un ou deux mois plus tard, le système artériel a été injecté par le cœur : les grosses artères des membres inférieurs se sont normalement remplies. Bref, la circulation était très satisfaisante.

On peut conclure de ces expériences que :

1° La paroi artérielle renferme des éléments nerveux qui ont une action constrictive sur le réseau artériel voisin.

2° Cette vaso-constriction, qui s'exagère dans l'état pathologique, a une action fâcheuse sur les voies collatérales et gêne l'établissement d'une circulation dérivée.

3° L'ablation de la paroi d'une grosse artère provoque de la vaso-dilatation sur le réseau voisin.

4° La sympathectomie met les voies collatérales en état de vaso-dilatation.

Dès lors, la thérapeutique physiologique des artérites repose sur une base solide.

Et, de fait, soit par sympathectomie péri-artérielle, soit par artériectomie, soit par sympathectomie lombaire ou stellaire, on obtient couramment des guérisons de longue durée sinon définitive.

Or, qu'est-ce que cela, sinon une thérapeutique physiologique, visant non pas la lésion, mais le seul trouble fonctionnel, cherchant à produire des effets vaso-moteurs inverses de ceux que la maladie réalise ?

Mais, en pareille matière, on peut aller encore plus loin.

Nous ne savons pas encore avec certitude quelle est l'origine des artérites. Beaucoup de médecins pensent qu'il s'agit là d'un type particulier d'infection larvée et beaucoup ne se demandent rien.

Avec Oppel, je pense que les artérites oblitérantes sont des maladies d'origine surrénalienne, qui commencent par des effets de vaso-constriction. Ceux-ci, en se répétant, finissent par conduire à la thrombose, par un mécanisme pariétal non encore élucidé. Pour essayer de voir si l'hypothèse d'Oppel était juste, j'ai, avec Froehlich, repris des expériences faites en Italie par Nicolo Maggi et Ernest Mazzochi : en mettant tous les quatre jours une greffe de surrénale sous la peau de lapins, on voit se produire à partir de la deuxième semaine, après quatre greffes, une contraction artérielle générale : les endothéliums se festonnent. Au bout d'une vingtaine de jours, ils sont épaissis, leurs cellules s'allongent : un fin réticulum élastique envahit le musculeuse ; les cellules musculaires se déforment. Un peu plus tard, il apparaît dans la lumière artérielle de larges plaques d'épaississement endothélial. Puis, à ce niveau, il se fait une coagulation pariétale, et finalement une thrombose.

Sur les veines, nous avons vu des altérations du même sens, quoique moins prononcées.

Il semble donc que l'hypersurrénalisme conduise à la thrombo-angéite.

De même façon Fontaine, à l'aide de la cholestérine, a obtenu des oblitérations artérielles et veineuses complètes.

Ainsi se trouvent légitimées expérimentalement les surrénalectomies dans la thrombo-angéite. En fait, je dois à la surrénalectomie des guérisons stables de maladies graves. J'ai apporté des observations, dans lesquelles les malades ont été suivis pendant neuf ou 10 ans, sans avoir subi la moindre mutilation autre que celle existant avant l'opération. Cependant les surrénales enlevées sont généralement histologiquement normales.

Aussi, dans ces dernières années, ai-je substitué à la surrénalectomie, la section des splanchniques, qui fait atrophier en partie la médullo-surrénale, et j'ai l'impression que l'on obtient ainsi, sans ablation d'organe, l'arrêt d'évolution d'une maladie redoutable.

Là encore, se marque une orientation nouvelle de la chirurgie.

Et, puisque j'en suis sur le chapitre du splanchnique, il me sera permis de dire en passant, qu'en les sectionnant, j'ai vu disparaître depuis quatorze mois tous les troubles causés par *un mégacôlon* chez deux enfants, dont la nutrition était troublée, dont les évacuations intestinales étaient très difficiles, et dont l'image radiologique était caractéristique.

***

La chirurgie de la douleur

Le fait indéniable de la suppression de la douleur chez les artéritiques par les opérations sympathiques, a conduit à rechercher *le rôle possible des mouvements de la vaso-motricité dans la genèse de la douleur, d'une façon générale.*

Il est peu à peu apparu considérable.

Souvent, la douleur paraît dépendre d'un régime excessif, en qualité ou en durée, de vaso-constriction ou de vaso-dilatation. La douleur est causée ou supprimée par de brusques changements vaso-moteurs, spontanés ou provoqués. Et ainsi est née toute une *chirurgie physiologique de la douleur.*

Alors que, le plus souvent, la thérapeutique chirurgicale de la douleur consiste à interrompre plus ou moins haut les voies de la sensibilité alors qu'en la voit comme un acte mécanique coupant, en un point choisi, le courant nerveux, de même qu'une ligature artérielle arrête le courant sanguin, j'ai cherché à modifier les conditions pathologiques de la douleur, en agissant sur la vaso-motricité, ou sur les conditions endocriniennes des tissus.

Il ne m'est pas possible de résumer ici toutes les tentatives faites dans cette voie. Je voudrais seulement vous en donner un aperçu, en citant quelques faits.

Voici tout d'abord un exemple de traitement de la douleur chez un amputé.

Il est de toute évidence que les douleurs des amputés ont pour origine une lésion des nerfs spinaux. Je les ai beaucoup étudiées et de différentes façons, je crois avoir établi qu'elles ont leur point de départ habituel au niveau du neuro-gliome qui se fait au niveau de la section nerveuse.

Il y a quelques années, j'ai fait dans ces cas des ramisections, et j'ai cité dans un travail récent, des guérisons complètes dix ans, neuf ans et demi, quatre ans et demi après ramisection lombaire, et onze ans après ramisection cervicale, c'est-à-dire sans action directe sur la voie sensitive.

Dans ces dernières années, je me suis contenté d'infiltrations

novocaïniques ganglionnaires, et j'ai eu quelques résultats étonnants. Au début de décembre 1936, un amputé de cuisse de 1915 vient me voir, parce qu'il souffre depuis cinq ans. Le moignon est correct, mais il gonfle rapidement dans l'appareil, ce qui provoque des crises douloureuses l'obligeant à s'arrêter. On fait trois infiltrations lombaires espacées de deux jours. Quatre mois plus tard, le malade m'écrit : « depuis que je vous ai quitté, je n'ai plus ressenti la moindre douleur. J'ai marché beaucoup, fait jusqu'à six kilomètres dans la journée avec mon appareil, ce qui m'était interdit depuis des années. Ma vie est transformée. »

J'ai eu les mêmes résultats chez des malades atteints de lésions nerveuses périphériques accompagnées de douleurs.

Un homme de 39 ans prend un jour une douleur dans le domaine du cubital à la main. En 1934, les douleurs sont devenues tellement violentes, qu'un chirurgien découvre le cubital et y injecte de l'alcool. Après six mois de sédation la douleur reparaît, plus insupportable que jamais. Les deux derniers doigts se mettent en griffe, des troubles trophiques y apparaissent. L'état est lamentable.

Une infiltration stellaire le soulage immédiatement. On en fait deux autres les jours suivants pour influencer la griffe qui cède, et les troubles trophiques qui régressent. Quatre mois après, le malade est revu, n'ayant plus de douleur, sinon à la commissure du quatrième et du cinquième doigts, et très supportable, dit-il. Il a repris son travail.

Il serait facile de multiplier les exemples. J'en ai recueilli un grand nombre qui montre la possibilité d'influencer par la vasomotricité, les douleurs qui se passent dans les nerfs spinaux.

Et, *de plus en plus, dans la chirurgie de la douleur, je délaisse les neurotomies sensitives, neurotomies périphériques, radicotomies postérieures, cordotomies, pour les opérations sympathiques et endocriniennes.*

La chirurgie de la douleur me paraît le triomphe de la chirurgie physiologique.

***

Conclusions

Les faits que je viens de rapporter, montrent une orientation nouvelle de la chirurgie. Ils établissent qu'en recherchant des effets physiologiques inverses à ceux que la maladie réalise, on peut avoir des effets thérapeutiques durables et dans des cas où il est impossible d'atteindre la lésion.

Je pense que cette tendance doit être accentuée.

La chirurgie de recherche doit désormais prendre pour objectif les maladies qui peuvent relever de semblables actions, soit par la voie sympathique, soit par la voie endocrinienne.

On peut lui assigner deux buts :

Les syndromes d'insuffisance endocrinienne, dans lesquels on peut certainement réactiver le tissu glandulaire déficient — par des sections sympathiques convenables — et les perturbations des grands cycles chimiques de l'organisme, cycle du calcium, cycle des graisses, des cholestérols, du sodium, des protides phosphorées, des hydrates de carbone.

Evidemment, pareille orientation exige un long effort. Ces sujets sont inhabituels pour les chirurgiens. Il nous faudra, pour les aborder, modifier notre vieil empirisme et notre constant scepticisme. Nous devons le faire, car qu'on le veuille ou non, la médecine s'en va vers un humanisme nouveau, devant lequel le déterminisme brutal de la chirurgie devra s'assouplir. La matière est ardue. Mais, qu'importe ?

Ce n'est pas dans le pays de Billroth que l'on doit craindre que la chirurgie se refuse à son destin.

« Tous les bons esprits se sont inquiétés de ce qu'on pouvait appeler, naguère encore, la décadence de la clinique. La clinique est, comme le mot l'indique, cette science artistique ou cet art scientifique dont le médecin doit faire preuve en abordant le lit du malade. C'est la connaissance de la difficulté quotidienne, l'expérience du malade encore plus que de la maladie... Le médecin de famille, celui qui connaissait depuis des années toute l'histoire, tous les secrets, toutes les aventures d'un petit groupe ; celui qui n'avait pas besoin d'improviser la confiance parce qu'il en jouissait depuis toujours, celui dont la seule présence apportait le calme et faisait présager la guérison, le médecin de famille est en train de disparaître et je ne peux pas dire que ce soit un bien ». (G. DUHAMEL. — L'Humaniste et l'automate.)

Le diagnostic des grandes entérorragies primitives

Par André CAIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A côté des faits où l'entérorragie, survenant au cours d'une affection avérée, est aussitôt rapportée à sa cause, il en est d'autres où l'émission de sang constitue l'accident primitif que rien n'annonçait et que souvent rien n'explique au premier abord. Ultérieurement, parce que la symptomatologie se complète peu à peu ou parce que des données nouvelles sont fournies par les recherches de laboratoire et les explorations radiologiques et endoscopiques, il est possible le plus souvent de préciser l'origine de l'hémorragie. Mais il reste un certain nombre de faits où ni l'évolution ultérieure, ni les divers examens ne permettent de rattacher à une affection déterminée l'entérorragie qui reste un accident isolé et mérite alors le nom de *solitaire*. Ce sont ces différentes éventualités que nous voulons passer rapidement en revue.

La délimitation de notre sujet implique que nous n'avons pas pour objet les entérorragies qui marquent l'évolution d'une maladie avérée : fièvres éruptives, infections (et en particulier la fièvre typhoïde), intoxications, purpura aigu, leucémie aiguë, etc. — et que nous écartons également l'entérorragie qui complique l'ulcère du duodénum dont la présence est déjà reconnue et dont l'interrogatoire permet de faire facilement le diagnostic. Sortent également du cadre de notre étude les hémorragies qui se rattachent à une cirrhose hépatique ou à un syndrome splénomégalique.

Ce sont les conditions tenant à la maladie causale et les signes qui la traduisent qui seuls font la différence entre l'entérorragie symptomatique et l'entérorragie cliniquement primitive. Les descriptions classiques s'appliquent en effet à cette dernière. Elle tire sa gravité de sa soudaineté, de son abondance, de sa répétition. Au contraire, elle n'alarme qu'à peine le malade si elle ne dépasse pas 500 grammes, si elle ne se renouvelle pas et ne s'accompagne pas de troubles concomitants.

Parmi les grandes entérorragies cliniquement primitives, les plus importantes sont celles qui traduisent un ulcus duodénal jusque-là latent et celles que nous décrivons sous le nom d'entérorragie solitaire d'origine colique. Elles possèdent chacune des caractères assez tranchés pour qu'on puisse les décrire séparément.

1º Certes, presque toujours l'*ulcus duodénal*, avant de donner lieu à une grande hémorragie, a eu une expression clinique marquée par les crises de douleurs tardives dont le caractère périodique et l'horaire post-prandial sont si démonstratifs. Même en tenant compte des formes atypiques où les poussées sont discrètes ou très espacées, où la douleur n'est pas aussi exactement rythmée, où les crises même se camouflent sous l'apparence de paroxysmes douloureux, de crises colitiques, etc., l'examen systématique et surtout les radiographies en série conduisent presque toujours au diagnostic exact.

Il faut toutefois savoir qu'il existe des formes hémorragiques pures, où tout signe antérieur fait défaut et où le saignement est vraiment le premier symptôme. L'importance de celui-ci est variable : si la perte de sang est minime, son rejet n'est pas immédiat, il est rendu sous la forme de selles noires plus ou moins liquides. Mais de tels faits ne rentrent pas dans notre sujet, à plus forte raison ceux où les selles sont mélæniques, tout en gardant leur apparence normale.

Nous n'avons en vue que les cas où le sang rouge est rejeté d'emblée en abondance, mêlé où non à des caillots, avec souvent des signes d'hémorragie interne. Ce qui leur confère un aspect particulier, c'est que les émissions sanglantes durent plusieurs jours dans le cas d'ulcère du duodénum et qu'au sang rutilant succèdent des selles mélæniques répétées, pen-


SÉRUM NORMAL DE PORC
SUISERYL
PRÉPARÉ PAR L'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE DU Dr ROUSSEL
Médication spécifique des
INFECTIONS COLIBACILLAIRES TYPHIQUES ET PARATYPHIQUES
2 Ampoules par jour par voie buccale
La boîte de 6 FLACONS-AMPOULES DE 10cc
Prix : 25 Frs
Echantillons :
LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard – PARIS (6e)

dant une période dont la durée est variable. Lorsque les selles ont repris leur coloration normale, les réactions chimiques montrent habituellement la persistance de l'hémorragie latente.

Ce n'est qu'ultérieurement, quand l'hémorragie est à coup sûr tarie et si les signes de poussée ulcéreuse font défaut, qu'on peut sans danger faire absorber un repas opaque. Il faut savoir que la niche ulcéreuse est parfois effacée après l'hémorragie. Cette disparition des images radiologiques va de pair avec la fréquente rétrocession des symptômes dans le cas de l'ulcère avéré.

L'étude du chimisme gastrique après injection d'histamine ne doit pas être omise. L'hyperchlorhydrie ne fait qu'exceptionnellement défaut dans l'ulcus duodénal.

2° Nous avons personnellement attiré l'attention dès 1929 sur l'*entérorragie solitaire d'origine colique*. Notre ancien interne Olivier vient de lui consacrer sa thèse inaugurale, fondée sur vingt-huit observations que nous avons suivies depuis dix ans. Elle a vraiment une physionomie clinique spéciale et mérite d'être isolée.

Elle se rencontre chez des adultes des deux sexes et survient brusquement, en bonne santé, sans cause appréciable, sans qu'on puisse relever un écart de régime.

Précédée ou non de douleurs le long du cadre colique, et surtout sur le trajet du côlon gauche, elle succède à un besoin impérieux d'exonération. Une selle liquide est brutalement rejetée et le sujet constate avec effroi qu'elle est constituée par du sang pur, rutilant, parfois mêlé de caillots. Cette notion peut échapper d'abord, surtout si l'accident a lieu la nuit, mais sa répétition, les signes lipothymiques, à plus forte raison la syncope qui est fréquente conduisent à une observation exacte. La syncope est précoce quand l'hémorragie est d'emblée considérable. Celle-ci est parfois unique, d'autres fois se répète durant un temps qui va de quelques heures à quarante-huit heures au plus. En pareil cas, chaque nouvelle émission est précédée de ténesme et d'un besoin pressant.

La totalité du sang perdu peut être évaluée approximativement entre 500 grammes et 1 litre 1/2 (peut-être davantage). Ce qui est caractéristique, c'est que la fin de l'émission de sang rouge marque la fin de l'accident. Tout au plus, quelques caillots retenus dans l'ampoule peuvent être rejetés ultérieurement, mais, en règle, la première selle qui suit l'hémorragie est une selle normale ; il n'y a jamais de melæna, même si quelques jours de constipation succèdent à l'hémorragie.

Enfin, le rétablissement de l'état général surprend par sa rapidité, même dans les cas où l'importance de la spoliation sanguine a nécessité une transfusion d'urgence. Les fonctions intestinales se rétablissent normalement. L'hémorragie n'a été le signe avant-coureur d'aucun processus morbide, elle mérite vraiment le nom de solitaire.

Ajoutons qu'elle n'est pas récidivante, si nous en jugeons par les cas que nous avons observés et suivis pendant des années.

Il serait inexact de dire que l'hémorragie est toujours le seul symptôme. Une douleur vive peut être perçue dans la fosse iliaque gauche ; le toucher rectal fait parfois sentir le sigmoïde contracté et douloureux. Enfin, la recto-simoïdoscopie montre, si elle est pratiquée peu de temps après le saignement, que le sigmoïde est spasmé, hyperémié et que la muqueuse saigne en nappe. Nous avons pu faire cette constatation dans deux cas ; nous sommes persuadés que c'est le véritable moyen de poser un diagnostic précoce et exact dont on appréciera l'importance puisqu'il permet, malgré la gravité de l'hémorragie, de porter un pronostic favorable. Il faut savoir, contrairement à une croyance trop répandue, que l'endoscopie correctement exécutée n'est ni brutale, ni dangereuse et peut être pratiquée même sur les malades fatigués.

L'examen radiologique effectué plus tard, est une source importante de renseignements ; il aide à assigner à l'hémorragie une origine colique et presque toujours sigmoïdienne. Dans un certain nombre de faits, on découvre l'existence de *diverticules* associés à des signes de sigmoïdite. Dans les autres cas existe un *dolichosigmoïde* plus ou moins développé, parfois tassé dans le petit bassin, sans que la pression du lavement opaque puisse dérouler ses multiples tours de spire.

Le mécanisme de l'hémorragie peut être interprété à la lumière de ces multiples données. Elle répond à un raptus hémorragique, à une hyperémie par vaso-dilatation aiguë, elle ne comporte pas de lésions anatomiques, elle n'est pas l'expression d'une affection organique. Elle traduit sans doute l'irritation locale du sympathique, du fait d'une infection, d'une inflammation banale, de la mise en tension brusque de l'anse sigmoïde tordue. Les hypothèses s'accordent avec ce que nous savons des grandes hémorragies digestives, secondaires à l'irritation du sympathique abdominal.

Les autres causes de grande entérorragie primitive nous retiendront moins longtemps.

Il est vraisemblable qu'à l'origine de certains cas *la rate* peut être incriminée, même s'il n'existe ni splénomégalie, ni stigmates hémogéniques. Il manque toutefois aux faits que nous avons suivis d'être récidivants pour pouvoir être assimilés aux grandes hémorragies digestives dans lesquelles l'efficacité de la splénectomie a montré le rôle fondamental de la rate : on doit en rapprocher le *purpura aigu hémorragique* dont l'entérorragie peut être la première manifestation.

Nous avons observé récemment une entérorragie très abondante qui marqua le début d'une *leucémie aiguë*. L'estomac et le duodénum présentaient des lésions purpuriques, une ulcération se creusait dans la muqueuse duodénale.

Il est facile de préciser l'origine de certaines hémorragies qui prennent naissance dans le segment ano-rectal. Elles sont le plus souvent répétées. Le ténesme et les besoins impérieux sont la règle et suffiraient à commander l'examen local (toucher et endoscopie). On sera ainsi conduit à découvrir l'existence, jusque là insoupçonnée, d'un *cancer du rectum*, d'une *tumeur villeuse* ou d'un *adénome* et, très exceptionnellement, d'un *angiome diffus du rectum*. Il ne faut pas méconnaître l'origine *hémorroïdaire* de certaines hémorragies où le sang s'accumule parfois dans l'ampoule rectale avant d'être rejeté au dehors.

Le diagnostic d'entérorragie d'origine colique ne doit pas toutefois être posé sans réserve, si l'examen endoscopique n'a pas été pratiqué précocement et si l'exploration radiologique n'apporte pas de données précises, sous l'aspect d'un dolichosigmoïde ou d'une sigmoïdite diverticulaire.

S'il s'agit d'un *cancer du côlon* ou d'un *polype dégénéré*, l'évolution, dans le cas où le lavement opaque avec insufflation consécutive aurait donné un résultat négatif, viendra vite préciser la nature de l'affection.

Restent les cas vraiment très rares où l'hémorragie prend sa source au niveau d'un *angiome* ou d'une *tumeur bénigne*. Nous ne pouvons compter qu'exceptionnellement sur des précisions radiologiques. La répétition du saignement est l'argument qui plaidera surtout contre l'entérorragie solitaire.

Nous avons réservé pour finir certaines entérorragies que l'on a rapportées à la *tuberculose intestinale* et qui marqueraient le début de celle-ci. Elles reproduisent en tous points le tableau clinique de l'entérorragie solitaire d'origine colique. Il est vraisemblable que certaines ulcérations discrètes du cæcum ou du côlon peuvent constituer l'épine irritative ou le facteur de réaction allergique qui déclenche la vaso-dilatation aiguë et l'hémorragie en nappe au niveau de la muqueuse colique. Parmi les cas que nous avons suivis, certains concernaient des tuberculeux avérés, sans lésion évolutive toutefois. L'existence chez plusieurs d'entre eux d'un dolichosigmoïde ou d'une sigmoïdite laisse à penser que chez les tuberculeux, le mécanisme qui préside à l'hémorragie peut être le même que chez les non-tuberculeux. Le problème du rôle de la tuberculose dans la production des grandes hémorragies coliques, sur lesquelles a récemment insisté Bonafé, est donc loin d'être résolu.

« Avant d'envoyer un malade faire une cure hydro-minérale, il faut songer à la fatigue du voyage d'abord et à la fatigue de la cure ensuite. » (Professeur Noël FIESSINGER. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie. 1 vol., Masson, édit.).

ACTUALITÉS

Tabac et cancer

Alerte aux fumeurs !

Par le Docteur J. COMBY

L'animal humain, qui domine de si haut par son intellect les autres animaux, leur est inférieur par les habitudes irrationnelles, pour ne pas dire absurdes, qu'il contracte trop souvent.

C'est ainsi qu'il s'est livré de temps immémorial à l'alcool (boissons fermentées ou distillées), ce fléau des temps modernes. Puis vint l'opium dont les *fumeries* font tant de victimes en Extrême-Orient. En Occident, nous avons à déplorer l'usage intempestif de la morphine, de l'éther, de la cocaïne et autres stupéfiants.

Faut-il y ajouter l'abus du *maté* si répandu en Amérique du Sud (*yerba mate*) dont l'usage peut être toléré ou même préconisé comme celui du thé et du café pour lutter contre l'alcoolisme ? L'habitude du *chewing gum* des Américains du Nord manque sans doute d'élégance, mais ne comporte pas de toxicité comme les précédentes. Elle est en tout cas infiniment moins nocive que celle du *tabac* dont nous avons à parler.

L'usage de cette drogue, relativement moderne, s'est diffusé dans le monde entier, exerçant surtout ses ravages parmi les peuples les plus avancés en civilisation.

En Afrique du Nord, le tabac est concurrencé, chez les indigènes, par le *Kif* tiré du chanvre indien (haschich) et dont la fabrication est particulièrement soignée à la manufacture des tabacs du Maroc que nous avons pu admirer à Tanger. Ce poison est beaucoup moins répandu que le tabac ; il nous a semblé limité à la classe inculte des islamites. Est-il cancérigène ? Nous posons la question aux confrères de l'Afrique du Nord.

L'habitude du tabac à fumer règne du haut en bas de l'échelle sociale, sans distinction de classe, de profession, sans respect du sexe et souvent de l'âge. Les fumeurs sont devenus innombrables, supplantant peu à peu priseurs et chiqueurs qui vont se raréfiant avant de disparaître.

Faut-il établir des distinctions, au point de vue de la nocuité, entre les diverses modalités de fumerie tabagique : pipe, cigares et cigarettes ? Ces dernières, plus répandues que les deux autres, ont été présentées avec esprit par des hommes de lettres comme favorisant l'inspiration et l'exécution de leurs œuvres.

En réalité, ne luttant plus contre une habitude mauvaise, mais invétérée, ils lui attribuent des avantages et plaident les circonstances atténuantes. On s'est habitué, par une longue pratique, à l'intoxication tabagique comme d'autres s'habituent à la morphine et l'on ne peut plus s'en passer, bien que le sevrage du tabac soit incomparablement plus facile et moins douloureux que celui de l'opium ; la volonté suffit.

L'innocuité du tabac n'est pas défendable ; nous allons passer en revue ses inconvénients et ses dangers. Ils sont multiples et admirablement décrits par le Dr J. POUCEL (de Marseille) dans un livre récent (*Le Tabac et l'Hygiène*, Paris, 1937) ; leur diversité et leur gravité dépendent de la fréquence et de l'intensité des actions tabagiques comme de la constitution, du tempérament de ceux qui s'y livrent, sans parler de leur âge et de leur état de santé. Nous allons essayer d'en mesurer l'importance avant d'arriver au plus funeste des accidents, le *cancer*, objet de notre étude.

L'usage modéré du tabac à fumer, chez des sujets jeunes et sains, ne cause pas habituellement de notables incommodités. Quand il est excessif, chez des adultes affaiblis ou des personnes âgées, il comporte des risques non négligeables. Tels sont divers troubles nerveux : la nuit sommeil agité, réveils en sursaut, angoisse respiratoire et cardiaque ; le jour vertiges et déséquilibre dans la marche, troubles de la vue, faiblesse motrice. Personnellement, bien que petit fumeur, nous avions éprouvé, dans la rue, un trouble de la progression, une sorte de démarche ébrieuse qui nous inquiéta. Soupçonnant le tabac, nous cessons de fumer dans notre cabinet avant de sortir et les troubles d'équilibre cessent immédiatement. Un de nos collègues, grand fumeur, très bon tireur, manque les perdreaux dans une proportion insolite.

Il supprime les cigarettes dont il abusait et retrouve aussitôt son ancienne adresse de chasseur. Un homme vigoureux de 50 ans se plaint de faiblesse dans les jambes ; jusqu'alors il avait pu faire, sans fatigue, un trajet de deux à trois kilomètres dans Paris. Puis, il éprouve une difficulté progressive à exécuter cette marche et s'en inquiète. Fumeur de cigarettes, il veut bien renoncer au tabac et récupère son dynamisme passé.

Un autre grand fumeur a des palpitations, des accès de tachycardie sous l'influence d'exercices même modérés ; il trouve dans l'abstention un remède efficace. Parmi les camarades de notre âge, abusant de la cigarette, nous n'en avons pas vu un seul qui, vers la soixantaine, ait pu continuer à fumer. Quelques-uns, quand ils marchaient un peu vite, quand ils montaient un escalier, quand ils allaient contre le vent, éprouvaient une angoisse comparable à celle de l'*angor pectoris* et nous admettrons volontiers l'existence de l'angine de poitrine tabagique.

A ces troubles de réelle gravité, nous sommes autorisé à ajouter les troubles digestifs : salivation, irritation de la gorge, langue saburrale, soit vive, anorexie ; la pharyngolaryngite tabagique, d'autre part, se traduit par une sensation désagréable, des picotements, la sensation de corps étrangers dans la gorge, une toux incessante et pénible, accompagnée d'enrouement et de dyspnée parfois.

Tous ces accidents, marquant un trouble fonctionnel des organes, en rapport avec leur irritation directe ou l'intoxication par la fumée de tabac, sont rémédiables ; ils ne comportent pas assurément le pronostic fâcheux de ceux sur lesquels insisté le grand cancérologue argentin A.-H. ROFFO, dont les travaux méritent toute notre attention.

Placé depuis longtemps (nous fêtâmes l'année dernière ses vingt-cinq années de recherches et d'enseignement) à la tête de ce magnifique Institut du Cancer dont Buenos-Aires peut s'enorgueillir, le Docteur A.-H. ROFFO s'est efforcé de mettre en relief scientifiquement et pratiquement l'influence du tabac sur le cancer des premières voies digestives et respiratoires, depuis les lèvres jusqu'au poumon, et nous dirons qu'il y a réussi.

Les nombreuses observations qu'il a pu recueillir dans son vaste champ d'études sont impressionnantes. Les conclusions qu'on peut tirer de ses statistiques confirment celles de nos constatations personnelles.

N'observant pas dans un milieu aussi riche de faits probants, nous avons pu néanmoins, au cours d'une longue vie professionnelle, rassembler des cas de cancer labial, lingual, laryngé, imputables à l'abus du tabac. Mais ces cas épars, isolés dans la masse des malades de toute catégorie, ne pouvaient fixer l'attention et, pour entraîner la conviction quant aux dangers du tabagisme, les travaux de A.-H. ROFFO étaient nécessaires. Ils ont, en effet, pour base un matériel clinique énorme et des recherches expérimentales d'un intérêt exceptionnel : cancers provoqués chez les lapins par l'action irritante locale des fumées de tabac. Les observations cliniques ont été recueillies à Buenos-Aires, cette grande ville cosmopolite où se rencontrent les représentants de toutes les races du globe, particularité renforçant la valeur des statistiques nosologiques.

L'irritation locale, provenant des agents les plus variés, est considérée comme cancérigène par la plupart des auteurs. L'irritation tissulaire causée par les fumées de tabac, due à la nicotine ou aux produits de combustion des feuilles desséchées, est particulièrement cancérigène et c'est pourquoi, chez les

fumeurs de cette plante, on observe, bien plus souvent que chez les *non fumeurs*, le cancer des lèvres, de la bouche, de la langue, du larynx et du poumon, c'est-à-dire des organes qui ont subi les contacts répétés de la fumée de tabac. Toutes les statistiques du célèbre cancérologue argentin, comme ses expérimentations sur les animaux, sont concluantes à cet égard et nous devons admettre désormais l'importance du tabac comme facteur étiologique de certains cancers «... *adquiere el tabaquismo una importancia considerable como factor etiológico para determinadas formas de carcinomas* ». (1).

D'une notion si bien établie, nous devons tenir compte dans la lutte sociale contre le cancer ; elle interviendra pour l'application des mesures hygiéniques et prophylactiques contre l'abus du tabac.

Renseignements cliniques. — Avant de résumer les faits inédits, nous rappellerons quelques opinions sur l'étiologie du cancer buccal. Broders pense que le tabac est un facteur de cancer labial ; de même Brewer qui parle de 95 % chez les fumeurs. En Colombie, le Docteur Petit a trouvé le cancer des lèvres quatre fois plus fréquent chez les femmes indigènes (fumeuses de pipe), que chez les européennes. Même appréciation de la part de Meltzer, Bloodgood, Wackers, Schminke. Quelques chiffres au Dispensaire de l'Institut du Cancer de Buenos-Aires. Dès 1928, A.-H. Roffo avait résumé ses observations dans une brochure montrant la prédominance des cancers bucco-laryngés chez les fumeurs. Sur 500 cancéreux de cette localisation, 92 % étaient fumeurs invétérés (plus de 24 cigarettes par jour), les non fumeurs n'excédant pas 8 %. Les rares cas rencontrés chez les femmes se rapportaient à de *grandes fumeuses* de tabac noir.

Le cancer du larynx, si fréquent chez l'homme, est très rare chez la femme (douze cas en dix ans sur 5.000 cancéreuses et tous ces cas chez de grandes fumeuses).

En se bornant aux cinq dernières années avec examen histopathologique, la proportion des fumeurs masculins est de 90 %. Chiffres dans les diverses localisations :

Cancer labial. En 1931 : pourcentage masculin 92,15 : féminin, 7,85 ; en 1932 : 94,44 et 5,56 ; en 1933 : 88,34 et 11,66 ; en 1934 : 93,31 et 6,69 ; en 1935 : 92,22 et 7,78.

Cancer de la langue. En 1931, chez les hommes, 95,59 % et chez les femmes 4,41 ; en 1932 : 90,27 et 9,73 ; en 1933 : 95,75 et 6,25 ; en 1934 : 93.75 et 6.25 ; en 1935 : 94,37 et 5.63.

Cancer du pharynx. En 1931, chez l'homme 96,68 et chez la femme, 3,32 % ; en 1932 ; 88.88 et 11,12 ; en 1933 : 90,47 et 9,53 ; en 1934 : 90,90 et 9,10 ; en 1935 : 96.12 et 3,88 %.

Cancer du larynx. En 1931, chez l'homme, 98,63 %, chez la femme 1,37 ; en 1932 : 100 et 0 ; en 1933 : 96.15 et 3,85 ; en 1934 : 98,88 et 1,12 ; en 1935 : 100 et 0 %.

Cancer du poumon. En 1933, chez l'homme 93,74 %, chez la femme 6,26 % ; en 1934 : 93.12 et 6,88 ; en 1935 : 100 et 0 %.

Cette statistique montre : rareté des carcinomes bucco-pharyngo-laryngés (surtout laryngés) chez la femme et relation étroite avec le tabagisme ; localisations observées chez 42 femmes seulement. Une autre femme présentée comme cancéreuse n'avait jamais usé de tabac. Or, la biopsie et la thérapeutique devaient l'attester, il ne s'agissait pas de cancer, mais de syphilis laryngée.

Les carcinomes féminins de la bouche et du larynx s'étaient localisés proportionnellement comme suit : lèvres 28,15 % ; langue 28,15 % ; larynx 18,17 % ; voile du palais 28,95 % ; pharynx 9,65 %. Toutes ces femmes fumaient le tabac noir *Kentucky* : cigarettes 44 %, cigares 44 %, pipe 12 %.

Quant aux hommes, atteints de cancer des mêmes organes, ils étaient en 1935 grands fumeurs dans la proportion de 90 % : *cancer du larynx* 98,30 % ; non fumeurs 1,7 % ; *cancer labial* 92,51 % de fumeurs, 7,49 % de non fumeurs ; *cancer lingual* 97,42 %, fumeurs, 2,58 % non fumeurs ; *cancer du poumon* 90,42 % fumeurs, 9,58 % non fumeurs. Proportion de fumeurs dans le cancer d'autres organes : *voies urinaires* 82 % ; *œsophage* 68 % ; *rectum et anus* 65 % ; *estomac* 57 % ; *peau* 45 % ; *intestin* 40 % ; *utérus* 6 % ; *mamelles* 5 %.

Parmi les 42 cancéreuses du dernier mémoire de A.-H. Roffo, on a compté : 26 Argentines, 6 Italiennes, 3 Turques, 2 Espagnoles, 2 Suisses, 1 Américaine du Nord, 1 Uruguayenne, 1 Arabe ; 19 fumaient le cigare, 17 la cigarette, 6 la pipe. Quantités avouées : par jour 10 à 12 cigares, 2 à 2 paquets et demi de 20 cigarettes, 6 à 8 pipes.

Remontant dans nos lointains souvenirs, nous citerons le cas d'un homme âgé, mort de cancer labial après avoir fumé la pipe avec excès depuis l'adolescence. Un autre, fumant la cigarette avec acharnement, a présenté un cancer du larynx opéré avec succès. Quelques années plus tard, un fumeur de même âge devait succomber à un cancer laryngé de même origine trop tardivement traité par laryngectomie. Un fumeur de cigarettes, syphilitique il est vrai, est mort à 65 ans de cancer lingual. Tout médecin un peu exercé pourrait rapporter des faits du même genre.

Expérimentation. — Dès 1930, A.-H. Roffo avait publié ses premières recherches expérimentales chez le lapin (1) : action cancérigène des produits de haute distillation du tabac à l'exclusion de la nicotine ; la substance nocive se rencontrerait dans les produits de combustion. Pour se rapprocher de ce qui se passe chez l'homme, on fait agir la fumée de tabac directement sur les tissus du lapin.

Pour se rendre compte de la nocivité de cette fumée, analysant le *tabac noir Kentucky* en usage à Buenos-Aires, on a pu en extraire : 1. produits hydrosolubles (faire bouillonner dans l'eau froide, la fumée de tabac), anhydride carbonique, oxyde de carbone, ammoniaque, carbonate, bicarbonate et nitrate de potasse, alcool méthylique, produits d'oxydation nicotinique, pyridine et dérivés, acide acétique, acétates et substances empyreumatiques, etc. ; 2. produits résultant de la solution de nicotine obtenue par extraction éthérochloroformique du 1 ; 3. produits obtenus par distillation de ce qui reste de la solution : anhydride carbonique, oxyde de carbone, ammoniaque, pyridine, résines, etc.

On place à la face interne de l'oreille du lapin une pincée de ces trois produits.

Dans le groupe de lapins traités par le 1, il s'est formé au bout de neuf mois une tumeur (carcinome pavimenteux). Une expérience postérieure se rapprochait davantage des conditions humaines ; elle consistait en insufflation de la fumée pendant deux à trois minutes chaque jour en dedans de l'oreille du lapin.

Sur dix lapins ainsi éprouvés, il se développa, au bout de trois ans, un *carcinome* avec réaction ganglio-cervicale. Appliquant la fumée de tabac sur la muqueuse labiale des lapins, on obtient des plaques leucoplasiques avec les produits de combustion du tabac et non avec la nicotine.

L'année suivante, A.-H. Roffo a opéré sur la vessie de deux cents rats (introduction de perles de résine incorporant le produit de combustion du tabac) ; rats témoins (introduction de perles de résine seule ou d'autres substances non tabagiques). Au bout de huit à dix mois, on relevait des lésions de type néoplasique chez les seuls rats exposés à la fumée de tabac, lésions rappelant celles que produit le goudron de houille.

Chez la femme, le cancer de la vessie est très rare ; à l'Institut de Buenos-Aires, un seul cas chez une fumeuse sur 28 cas en cinq ans.

De nouvelles expériences ont été réalisées avec les produits extraits du tabac par distillation entre 0° et 400°. Premier produit obtenu par distillation du tabac à 100°, puis à 120° pendant une heure ; deuxième produit : changeant de récipient, on élève lentement la température pour atteindre 350° en deux heures ; troisième résidu de la distillation.

(1) A.-H. Roffo. — El tabaco como cancerigeno. (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, XIII n° 42, août 1936.)

(1) A. H. Roffo. — Desarrollo de un carcinoma en el conejo por el tabaco. (*Boletin del Instituto de Med. Experimental*, 1930.)

Trois séries de vingt lapins : I. Application quotidienne du produit 1 à la face interne de l'oreille, rien après dix mois. II. Application du 2 entre 120° et 350° ; sur les vingt lapins, quatre sont morts le premier mois, quinze ont présenté des tumeurs (98 %) après sept mois de pincées quotidiennes de goudron de tabac (petits papillomes aux deux oreilles ; à 9 mois caractères histo-anatomiques de carcinome). — III. Le 3 (résidu de la distillation totale) est appliqué à vingt lapins. Au bout de dix mois, formation de *tumeurs* auriculaires. Examinant les oreilles de ces lapins à diverses reprises, on suit l'évolution progressive vers le néoplasme : hyperplasies, papillomes cornés ; à un an, deux carcinomes pavimenteux perlés. Les produits de distillation portée à 350° sont plus nocifs que les autres (98 % au lieu de 70 % avec le produit 2).

Résumé des travaux de A.-H. Roffo. — Le tabac à fumer possède une action cancérigène qui atteint les lèvres, la langue, la cavité bucco-pharyngée, les voies respiratoires et le poumon.

D'après l'expérimentation sur les lapins, cette action cancérigène réside dans la fumée de combustion plutôt que dans la nicotine : résultats négatifs avec les extraits frais, le tabac trituré, la nicotine pure ; résultats positifs avec les produits de combustion exempts de nicotine.

Les substances cancérigènes se trouvent donc dans les produits de distillation et de combustion du tabac : résines, goudron. Le goudron de tabac agit comme le goudron de houille ; il contient des substances ayant des propriétés semblables aux hydrocarburés (phénanthrène) distillés de la houille (fluorescence, spectrométrie).

Le développement des papillomes et carcinomes chez les lapins traités par ce goudron s'obtient facilement et abondamment (95 % des animaux).

L'histologie est celle d'une papillomatose évoluant au neuvième et dixième mois vers le carcinome pavimenteux infiltrant, avec anaplasie notable dans quelques cas. De tels résultats expérimentaux soulignent la nécessité d'intensifier la prophylaxie anticancéreuse, en combattant l'habitude de fumer avec excès, qui, loin de diminuer, augmente actuellement, surtout chez les femmes.

On se fera une idée de l'action du complexe résineux tabagique sur les voies buccales et respiratoires et de ses conséquences, sachant qu'on extrait, d'un kilogramme de tabac noir, 40 grammes de goudron. Si, au moyen d'un badigeonnage quotidien sur la peau de l'oreille, il se développe au neuvième mois un carcinome, on peut s'imaginer de quelle façon réagiront les muqueuses chez un fumeur de trois paquets de cigarettes par jour, soit la consommation d'un kilogramme de tabac par mois, c'est-à-dire 400 grammes de goudron par an et 4 kilogrammes en dix ans (1).

Nous ne pouvons que nous associer aux efforts du grand cancérologue de l'Amérique du Sud pour limiter les ravages du tabac, doublement confirmés par le laboratoire (expérimentation chez les animaux), et par la clinique humaine.

Alerte aux fumeurs ! Il est aujourd'hui démontré que l'abus du tabac à fumer conduit au cancer de la bouche et des voies respiratoires.

(1) A propos de la production expérimentale du cancer chez les lapins par les extraits de la fumée de tabac, nous signalerons le travail très important de J. Sabrazès, J. Bideau et Ch. Benelli : Cancer expérimental des carbures synthétiques cancérigènes (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, mai 1937.)

« La proposition de la Loi Pomaret est rentrée dans le silence de son absurdité. Nul n'en parle plus.....

« Des hommes politiques, nul n'a parlé. Pourtant, la loi d'interdiction d'exercice après 65 ans d'âge leur convenait beaucoup plus qu'aux médecins. Ces derniers sont gens d'expérience, et les hommes politiques, de parole . »

(*Journal des Praticiens*, 5 juin 1937. — La retraite des hommes politiques.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1937

Traitement de la période initiale de la tuberculose dans l'enfance. Elément fondamental de la lutte antituberculeuse. — *MM. Robert Debré* et *Marcel Lelong* insistent sur ce fait que le début de la tuberculose est aisément reconnue à l'heure actuelle par l'emploi systématique de réactions tuberculiniques et qu'une des notions les plus importantes mise en évidence par les études récentes, est la curabilité remarquable du foyer tuberculeux initial. Mais il ne faut pas se contenter de la guérison, en quelque sorte naturelle et spontanée de ce foyer ; il importe d'obtenir une guérison solide et en quelque sorte une marge de sécurité pour l'avenir.

Dans ces conditions, les auteurs recommandent le dépistage systématique de la pénétration inévitable du bacille tuberculeux dans l'organisme du sujet jeune, par l'emploi systématique de réactions à la tuberculine, par l'examen radiologique du poumon en l'absence de tout signe physique ou fonctionnel qui puisse attirer l'attention de la famille ou du médecin, par la recherche éventuelle du bacille à l'aide du tubage gastrique, et surtout ils conseillent, dans le cas où l'on dépiste ce début occulte de l'infection bacillaire, de mettre l'enfant au repos pendant une période plus ou moins longue, afin d'obtenir une cicatrisation parfaite de la lésion minime observée en pareil cas pour éviter toute évolution ultérieure. La séparation de l'enfant d'avec le contaminateur sera capitale à cette période jusqu'à ce que l'organisme soit lui-même protégé par une solide immunité.

Les ferments anaphylactiques. Leur analogie avec les anticorps microbiens fixateurs d'alexine ou sensibilisatrices. — *M. F. Maignon* a montré que, dans l'anaphylaxie, la protéine injectée dans le sang est digérée, comme dans les cavités digestives, en deux temps, par l'action successive de deux ferments ou de deux catégories de ferments, les premiers, étroitement spécifiques, producteurs de poisons (polypeptides ou dérivés décarboxylés), et les seconds, dont la spécificité est beaucoup moindre, destructeurs du poison anaphylactique. L'état de sensibilisation serait dû à la disparition des seconds ferments, susceptibles d'être utilisés par l'organisme à la destruction des polypeptides d'usure, avec persistance des premiers ferments.

En collaboration avec P. Tréfeu, M. Maignon a montré que ces ferments ne se comportent pas, vis-à-vis de l'électrolyse prolongée, comme des catalyseurs biochimiques.

Avec M. A. Gaye, il a établi que ces ferments agissent comme des activants de l'alexine, qui fait alors fonction de catalyseur et qu'ils fixent dans la réaction de Bordet-Gengou. Ils s'apparentent ainsi que les anticorps microbiens dits sensibilisateurs.

La tularémie peut-elle devenir endémique en France ? Mesures à prendre pour éviter cette éventualité. — *M. E. Brumpt.*

Contribution à l'étude d'un mécanisme chimique suivant lequel les gaz de guerre, dits « suffocants », agissent sur le tissu pulmonaire pour provoquer l'œdème aigu du poumon. — *M. André Kling.*

Sur les relations entre les décalages des points isoélectriques musculaires et la virulence d'une infection bactérienne dans la souris. — *MM. Vlés, Ugo, Boy, Mme Bessières-Kreimer et Mlle T. Tatar.*

Sur une nouvelle fièvre par morsure de rat. — *MM. Lemierre, Reilly, Laporte et Morin.*

Recherches sur le mécanisme de l'action antistreptococcique de l'amino-benzène sulfamide et de ses dérivés. — *M. R.-L. Mayer.*

Election de deux associés étrangers. — *Classement des candidats.* — En première ligne : MM. de Quervain, de Berne, et Salimbeni, d'Acquapendente.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Beveridge, de Londres, Demoor, de Bruxelles, Hill, de Londres, M. Fadyean, de Londres.

MM. de Quervain et Salimbeni sont élus.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique thérapeutique

Le camphre monobromé, qui expérimentalement est à doses suffisantes un produit convulsivant, peut, chez certains sujets prédisposés, provoquer l'apparition de crises d'épilepsie, même aux doses les plus usuelles. Les sujets qui présentent ces accidents sont évidemment à ce point de vue des anormaux, des intolérants.

Beaucoup de médecins en effet, et Ernest Dupré était du nombre, ont fait un très large emploi du camphre monobromé sans enregistrer d'accidents, semble-t-il. Mais l'impossibilité où nous sommes actuellement de discerner ces sujets « sensibles » doit inciter à la prudence. Chez les individus « nerveux », chez qui on estimera utile de recourir au camphre monobromé, il y aura intérêt à tâter la susceptibilité du patient en ne mettant en œuvre, au moins au début, que des doses faibles et fractionnées. Si chez un malade prenant du camphre monobromé une crise d'épilepsie survient, on devra d'abord penser à la possibilité d'une action médicamenteuse, même si plusieurs heures se sont écoulées depuis la prise du médicament, clinique et laboratoire étant d'accord pour montrer que cette éventualité est commune. On devra être très réservé en telle circonstance avant de conclure à l'existence d'une épilepsie véritable et seulement si l'enquête apporte des arguments sérieux en faveur de cette manière de voir.

(Ph. Pagniez, A. Plichet et A Varay. Crises épileptiques et bromure de camphre. *La Presse Médicale*, 17 avril 1997.)

Dermatologie

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse a, dans le zona, une action analgésique incontestable. — Il est nécessaire de commencer les injections le plus tôt possible, il n'apparaît pas qu'il y ait avantage particulier à faire les injections deux fois par jour, mais la dose de chaque injection doit être de 10 unités d'extrait postérieur. On répète les injections sous-cutanées toutes les vingt-quatre heures pendant deux ou trois jours, et généralement on obtient une amélioration suffisante, quitte à reprendre au cas d'une rechute ; une forte hypertension, une grossesse sont naturellement des contre-indications à ce traitement.

(G. Piotrowski. Traitement du zona par les extraits hypophysaires. *Paris Médical*, 29 mai 1937.)

Echos et Glanures

Le Professeur Rollet. — (*Extr. de la chronique « La Vie Universitaire »*. LYON RÉPUBLICAIN, 16 juin 1937) :

« Le Docteur Etienne Rollet, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon, est mort le 13 juin, en sa retraite de La Garde, à Saint-Pierre-la-Noaille (Loire). Il succomba, en sa soixante-seizième année, à une infirmité classique implacable qui avait rendu nécessaire une première intervention chirurgicale.

Aide d'anatomie en 1887, prosecteur en 1890, agrégé de chirurgie en 1892, Etienne Rollet s'était aussitôt orienté vers l'ophtalmologie. Il eut d'abord un service des yeux à l'hôpital de la Croix-Rousse et il l'assura avec une maîtrise telle que la chaire de clinique ophtalmologique étant devenue prématurément vacante par le décès du maître Gayet, il fut sans conteste désigné pour la tenir, en 1904.

Clinicien sagace, opérateur prudent, il administrait aux consultants, aux malades le tonique souverain de sa mansuétude souriante, de son optimisme paternel. Si bien que les soins de la vue qu'il avait, si heureusement, décentralisés, se retrouvèrent bientôt concentrés de nouveau en sa clinique de l'Hôtel-Dieu.

La tradition se perpétue, du reste, sans qu'on aperçoive ce que l'intérêt des pauvres mal voyants, ni celui des méthodes ophtalmologiques peuvent y gagner.

Chef de service assidu, singulièrement attentif, bienveillant, le Professeur Rollet n'en dédaignait pas pour cela, à l'occasion, quelques excursions hors de son domaine habituel. Ainsi, lors d'une kermesse du *Progrès*, à Bellecour, il eut à panser un dompteur de Nouma-Hawa, qu'un lion agacé avait mis à mal, assez cruellement. Rétabli, le belluaire demande au chirurgien comment il pourrait lui marquer sa gratitude.

— A merveille, propose Rollet, il y a longtemps que je veux examiner le fond de l'œil des fauves. Vous me feriez plaisir en me permettant cet examen.

— Entendu ! acquiesce le dompteur. Je vais vous amener deux lionceaux.

Un moment après il revenait à la clinique avec les deux jeunes fauves semblables à de gros chiens aux proportions insolites.

Ce fut pour les internes et les familiers du service une fameuse attraction. Tous se pressaient autour du « patron » pour voir comment il allait se tirer d'affaire. Imperturbable, le miroir au front, Rollet braqua l'ophtalmoscope sur les prunelles effarées. Il est vrai que le dompteur maintient solidement et rassure ses pensionnaires.

Œil après œil, fauve après fauve, Rollet scrute les « fonds » et conclut, en tendant l'ophtalmoscope à ses élèves :

— C'est bien ce que je pensais, les lions ont le même « tapis » vert que les chats. N'est-ce pas, au fond, la même espèce ? Reste à savoir si les autres fauves ont le même « tapis ».

— Qu'à cela ne tienne, acquiesce encore le belluaire. Voulez-vous examiner un grand loup de Russie ?

Cette fois, le chirurgien se gratte l'oreille :

— Vous l'amèneriez ici... aussi !

— Oh ! non, maître, il n'est guère sortable, celui-là. C'est un vieux loup... pas commode, même qu'il a la cataracte.

— La cataracte !... Alors, nous allons l'opérer.

Et le lendemain, place Bellecour, dans la cage centrale de la ménagerie, Rollet opérait tranquillement le redoutable patient qui hurlait terriblement. Suivant la formule : l'opération réussit... mais le loup ne s'en releva pas. C'était un... loup.

Durant la guerre, le Professeur Rollet se multiplia auprès de tous les blessés de la face et des yeux. Puis il reprit, toujours avec la même sollicitude secourable pour les malades, le même souci de former des praticiens expérimentés, sa clinique de l'Hôtel-Dieu ».

Des générations d'élèves gardent la mémoire de ce maître excellent, qui héritier d'un nom illustre, fut aussi, il convient de le rappeler, de ceux dont la bienveillance fixe le souvenir dans les cœurs.

Enquête sur la prostitution. — *Dans l'ouvrage qu'il vient de publier, sous ce titre* (Flammarion, édit.), *M. Jean-José Frappa nous fait faire le tour, non par seulement de ces luxueuses maisons de tolérance, de ces salons de rendez-vous, et de ces plus modestes établissements dits « d'abatage », mais encore des trottoirs, des taudis, des impasses borgnes, des quais où la prostitution se débite à la piécette de monnaie. Et voici, pour la première fois, courageusement dénoncés, ces scandales du racolage, des petites annonces, des agences, des magasins à double fin, etc...*

Et l'on revient édifié de ce voyage à travers les sentines pestilentielles de la grande ville ! On en revient avec un programme que le législateur se doit de transformer sans délai en réforme. Prophylaxie et surveillance, suppression des meublés suspects, persécution rigoureuse de la prostitution clandestine, réglementation « humaine » des « maisons ».

Pour conclure, M. J.-J. Frappa demande : « Faut-il supprimer les maisons de tolérance ? », et voici sa conclusion :

Après tout ce que j'ai vu, je réponds bien haut : Non, au risque de me faire traîner dans la boue par leurs adversaires.

Non, parce que, d'abord, elles répondent à un besoin de nature que l'on a le droit de regretter, mais contre lequel on ne peut rien.

Ensuite, parce qu'elles ne choquent pas les regards, les gros numéros imposés par la police étant supprimés, et ne peuvent par conséquent point troubler la jeunesse.

Parce qu'elles n'incitent pas à la débauche, alors que les femmes de la rue s'efforcent d'éveiller les désirs sexuels par leur offre constante.

Parce que, visitées par des médecins attentifs, elles présentent le maximum de garantie au point de vue sanitaire.

Parce que, enfin, elles donnent le moyen de satisfaire leurs lubies passagères à certains détraqués momentanés qui, sans elles, se livreraient au dehors à des attentats contre les autres et contre eux-mêmes, s'ils ne commettaient pas des crimes.

Et je me souviens, à ce propos, d'une histoire qui me fut contée ces jours derniers : dans une maison élégante de Paris, une jeune courtisane novice, qui était montée avec un client de ce genre dans la chambre des tortures, redescendait au bout d'un moment et demandait à la patronne de lui donner une hachette et un marteau.

— Pourquoi faire ? demanda celle-ci.

Et la gosse de répondre ingénument :

— Le type qui est là-haut veut que je lui coupe un doigt de pied.

— Mais, malheureuse, il ne faut pas l'écouter, s'écria la patronne affolée. On fait semblant.

— Ah ! je croyais, répondit la naïve et bien intentionnée débutante.

Il y a des cas de décentrage plus graves encore que celui-là et je pense avec terreur à ce que feraient tous les flagellants, tous les étrangleurs, tous les morbides, tous les sadiques, tous ceux qui ont des passions basses ou répugnantes (et il y a, malheureusement, parmi eux des hommes éminents), s'ils n'avaient pas, au moment où leur crise les prend, la possibilité de se réfugier dans ces temples d'illusions que sont les « maisons », lesquelles peuvent alors prendre en toute justice le nom que certaines patronnes leur donnent actuellement, celui de *Cliniques sexuelles*.

Leur suppression a, néanmoins, été décidée dans plusieurs villes, sous la pression de ligues pour la protection de la famille que la licence des rues ne choque pas.

D'après les documents que je me suis procurés, le premier résultat obtenu par la disparition des maisons de tolérance a été l'apparition immédiate d'un nombre supérieur de maisons clandestines, sous des formes diverses : « rendez-vous » en appartement, cafés avec serveuses serviables, bars avec consommatrices prêtes à être consommées, magasins avec vendeuses à vendre en même temps qu'une paire de gants ou une douzaine de mouchoirs.

A Strasbourg, par exemple, on trouve de ces cafés spéciaux facilement repérables grâce à leurs rideaux de couleurs et qui, selon leur importance, emploient de deux à huit femmes, dans les rues Kagueneck, Adolphe-Seybold, des Charpentiers, du Vieil-Hôpital, des Sœurs, de la Fonderie, des Drapiers, boulevard Tauber, faubourg de Pierre, etc., cependant que, dans les rues des Dentelles, des Meuniers, du Savon, etc., de nombreuses maisons, louées en « meublé » abritent environ deux cents prostituées.

Si vous allez à Grenoble, où les Docteurs Carle et Lacassagne, de Lyon, se sont livrés à une sérieuse enquête, vous découvrirez sans peine d'innombrables cafés-clapiers : quai Perrière, dans les rues Chemoise, Moidieu, André Réal, Denfert-Rochereau, Jean-Jacques-Rousseau, Saint-François, Millet, de la Poste, de Sault, de Turenne, Camille-Desmoulins, d'Alger, etc., et des maisons de rendez-vous quai Stéphane-Fay et rue de Strasbourg.

Le nombre des « clandestins », dans cette petite ville atteint le chiffre coquet de trente-quatre ou trente-cinq. Le plus savoureux, c'est que les propriétaires de ces établissements étant officiellement ignorés, ne sont pas tenus de posséder, comme ceux des « tolérés », un casier judiciaire vierge et que l'on rencontre parmi eux quelques interdits de séjour.

Alors, où est, à tous les points de vue, la sécurité ?

Nous pourrions discuter à l'infini sur cette question et parler de la situation en Angleterre et en Amérique où la suppression de la prostitution réglementée n'est qu'une dangereuse hypocrisie donnant champ libre à la corruption policière (j'ai sous les yeux des journaux de San Francisco contenant à ce sujet la révélation de scandales suggestifs), dans les pays scandinaves où beaucoup de jeunes filles ont une conception sportive de l'amour qui suffit aux jeunes garçons, mais cela nous emmènerait trop loin.

Concluons donc en demandant au Parlement de voter sans retard une loi interdisant le racolage, la publication d'annonces qui sont une des formes du racolage, la vente des livres et photographies pornographiques, supprimant les signes extérieurs des maisons de tolérance (ceci pour l'assainissement des rues), renforçant le contrôle sanitaire de la prostitution, unifiant les mesures prophylactiques dans toute la France et refoulent les prostituées sur les seules maisons de tolérance où la surveillance peut s'exercer à toute heure, dans les meilleures conditions. (Ce système appliqué depuis la guerre en Italie a donné chez nos voisins d'excellents résultats).

Ainsi sera résolu le difficile problème qui se pose aux législateurs de préserver les enfants, les adolescents, les femmes honnêtes de tout spectacle immoral ou démoralisant et de donner, en même temps, un exutoire à l'impérieuse virilité des hommes, tout en défendant leur santé.

Sur le génie. — *Extr. du dernier livre de M. Georges Duhamel* : DÉFENSE DES LETTRES (Mercure de France, édit., 1937).

Non, le génie n'est pas le fruit d'un accident, d'un hasard, d'un excès, d'une drogue. Ce serait trop simple, quand même, et trop bête et trop révoltant. Il n'y a pas de recette chimique ou même biologique pour déterminer l'état dionysiaque et pour engendrer le chef-d'œuvre. De grands hommes, frappés de quelque misère terrible, ont passé toute leur vie à lutter contre le mal. Ils ont sauvé leur génie du poison ou du venin, ils ne lui ont pas dû. Je n'ose pas dire que le génie est santé, mais je sais bien qu'il est toujours une victoire sur les forces de déchéance et de mort.

Je n'écris pas ces mots pour effrayer mes jeunes compagnons, mais pour exprimer une certitude profonde. L'opium, la morphine, l'éther, l'alcool même donnent à des milllers de malheureux le sentiment subjectif du génie ; ces poisons n'ont pas doté le monde humain d'un seul chef-d'œuvre. Qu'on n'aille pas citer Baudelaire et les Paradis. Quand Baudelaire est excellent, il a la cervelle froide et le regard cruellement limpide.

Qu'on laisse Verlaine tranquille, il n'est parfait qu'à jeun, et c'est l'eau claire de la prison qui lui dicte ses plus belles pièces.

Je sais combien sont vives les illusions de l'ivresse. Qu'en reste-t-il au réveil ? Le Docteur Charles Nicolle m'a conté ceci : ayant forcé l'un de ses amis qui prenait du haschisch et qui prétendait composer des poèmes sublimes sous l'influence du poison, l'ayant forcé, dis-je, à consigner par écrit le fruit de son inspiration pendant l'ivresse il découvrit en tout et pour tout ce très anodin kaïkaï :

> Dans le cerveau d'un haschisché
> Un petit oiseau desséché
> Casse du menu bois.

J'aime le vin et j'en bois. C'est un présent magnifique de la nature. Je comprends qu'on en ait fait le sang de la communion. Mais pour saisir le style, l'artiste véritable attend que les dernières fumées du vin soient parties au fil des brises et qu'il ait la prunelle aigle. L'ivresse ce n'est pas du dehors qu'elle doit venir.

Le poison des névroses, n'est-ce pas assez que d'en éprouver

la brûlure ? Faudra-t-il donc la souhaiter ? On m'a dit qu'un poète, dont le talent ne fait pas doute, venant de prendre une maladie redoutée et recevant confirmation du diagnostic, s'était mis à bondir de joie, à crier de toute sa gorge : « Je vais donc avoir du génie ! » Du calme, ô cœur fiévreux. La vérole n'empêche pas toujours d'avoir du génie. Elle n'en donne pas. C'est, le plus souvent, une étouffeuse de génie.

Maupassant, étreint par le mal, pose la plume et se tait. Il sent que son génie est mort. Et, dira-t-on, le *Horla* ? Non, nous savons que cette belle page est de 87. Elle n'est pas le fruit du délire. Maupassant l'a composée en pleine vigueur, au milieu de sa vie créatrice, sur une indication de Léon Hennique.

Flaubert et Dostoïevsky ont vécu dans la terreur du mal caduc : ils ne l'ont certes pas cultivé. Pendant la période vraiment géniale de sa vie, Flaubert n'a pas eu de crise et semblait un homme guéri. J'en crois, là-dessus, Dumesnil bon médecin et grand lettré.

Il faut beaucoup de temps pour composer des chefs-d'œuvre et la période excitatrice de la paralysie générale est, somme toute, assez brève. Nietzsche a travaillé contre son mal et n'a point collaboré avec son mal. Un jour le mal triomphe. Alors, onze ans d'affreux silence. Le tombeau de chair vivante.

Et tout ce qu'on peut dire des poisons et de la maladie, faut-il dire des passions, qui semblent si puissantes « pour pétrir un génie » ? Il faut le dire. Une vraie passion, les grandes âmes la souffrent dans l'épouvante, elles ne la sollicitent pas. Les grandes âmes portent leur fardeau en criant chaque soir avec détresse : « Eli, eli, lamma sabacthani ! » Seul un écolier misérable peut jouer la comédie d'une grande souffrance dans l'espoir toujours trompé d'en obtenir un éclair.

Le romantisme a cessé de nous donner des chefs-d'œuvre. Il n'a pas encore fini d'égarer notre jugement. Jeunes hommes ouvrez les fenêtres et dispersez les fantômes.

Une question de priorité : maladie d'Heberden ou de Rougnon ? — En faisant l'historique de l'angine de poitrine (*Glasgow medical journal* de mai 1937), l'érudit Humphy Rolleston soulève une curieuse question de priorité : Qui l'a décrite pour la première fois et l'a tirée du néant pour lui donner une place à part en pathologie ? Voici les faits :

Le 21 juillet 1768 William Heberden senior (1710-1801) lut, au collège royal des médecins de Londres, sa relation classique « *Some Account of a Disorder of the Breastt* », qui ne fut d'ailleurs publiée qu'en 1772. Il proposait le nom d'angine de poitrine (*angina pectoris*) pour remplacer celui de douleur de poitrine (*pectoris dolor*).

L'angine de poitrine était connue sous le nom de maladie d'Heberden quand Baumes en 1808, Jaccoud en 1865 et Peter en 1883 firent une revendication en faveur de N.-F. Rougnon (1727-1799), professeur à l'Université de Besançon. Le 18 mars 1768 Rougnon avait écrit une lettre à Lorry, docteur-régent de Paris ; il y décrivait la maladie et l'autopsie du capitaine Charles, ancien officier de cavalerie, décédé le 23 février 1768. Cette « *lettre* » imprimée chez J.-F. Charmet à Besançon, était en réalité ce que nous appelons actuellement une contribution. Cette publication est extrêmement rare ; on la trouve à la bibliothèque municipale de Besançon et à la bibliothèque du service de santé de Washington ; mais on la chercherait en vain à la nationale, au British Museum, à l'Institut de l'histoire de la médecine de Baltimore.

C'était la première observation d'angine de poitrine publiée ; jusque-là on employait les termes de douleur cardiaque, d'asthme convulsif, d'asthme sec occulte, d'asthme douloureux.

La communication d'Heberden eut un meilleur sort que le mémoire de Rougnon. Naméri tenta de rendre justice à ce dernier dans sa thèse de Paris (1930) : « La première description de l'angine de poitrine : la vie et l'œuvre de Rougnon ».

La priorité semble nettement acquise à Rougnon, bien que cela n'enlève rien au mérite d'Heberden ; la postérité serait bien inspirée en donnant à l'angine de poitrine le nom de maladie de Rougnon-Heberden, associant ainsi le nom de deux éminents cliniciens qui surent observer et décrire ; ils ne se connaissaient vraisemblablement point et ils eurent le mérite de montrer que deux esprits curieux peuvent s'accorder à distance, au cours de leurs investigations scientifiques. J. Lafont.

Palais scientifiques ou taudis ? — *Retour d'U. R. S. S., et après avoir exposé les motifs qu'il a d'admirer l'Institut de médecine expérimentale de Moscou, le Professeur Marcel Lisbonne, de Montpellier* (Le Petit Méridional, 15 mai 1937), *conclut* :

Des esprits chagrins ne manqueront pas de dire : de quoi servent de si beaux temples élevés à la Science s'ils ne sont pas habités par des prêtres inspirés ? Quelle est la valeur de ce luxe moyens de matériels si nul génie n'est présent pour les utiliser ? Et ils ne manqueront pas d'ajouter : « Un Claude Bernard, un Pasteur, en France, se contentaient d'une cave et d'un grenier obscurs dont ils ont néanmoins fait jaillir une clarté resplendissante ». Raisonnement condamnable : car nul ne sait quelle œuvre encore plus grandiose auraient pu accomplir ces hommes, s'ils n'avaient dû gaspiller une partie de leur vie à vaincre les difficultés qui paralysaient l'enfantement de leurs découvertes et user leurs forces matérielles dans l'incessante lutte qu'ils ont dû soutenir pour faire éclater leur génie.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique, par Henri Simonnet. Masson et Cie, édit., 1937.

Un soir, il y a pas mal d'années, j'assistais à une séance de la *Société de Chimie biologique*. C'était dans un vieil amphithéâtre de cette maison qui devrait être le fleuron scientifique de la France et à qui nos gouvernants ne témoignent, peut-être, pas les égards — j'entends les égards effectifs — mérités par son importance. Un amphithéâtre étriqué et mal éclairé. La parole venait d'être donné à un très jeune homme. Tous l'avaient accueilli d'un sourire amical et les anciens le regardaient avec la ferveur que l'on a pour regarder les espoirs. Quand il eut fini de parler, on le questionna et il répondit à tout sans se troubler, comme en se jouant et avec une précision parfaite. Les titres et les honneurs sont venus au jeune homme doué par les Dieux : docteur ès sciences, docteur en médecine, chef de laboratoire à la Faculté, professeur à l'École d'Alfort, membre de la Société de Biologie et ce n'est pas fini. Et, en même temps, est venue la gloire pour ses travaux sur les hormones et sur les glandes endocrines.

Dans ce terrain mouvant de l'endocrinologie, H. Simmonet (car c'est de lui qu'il s'agit), vient de faire un tour de force en synthétisant nos connaissances (celles d'aujourd'hui) sur la folliculine.

Ce n'est pas un mince ouvrage : plus de cinq cents pages et, très exactement, deux mille cinq cents références bibliographiques. Et c'est aussi une œuvre personnelle ; car elle a été vécue : son auteur, par des recherches ingénieuses, a contribué aux progrès de nos connaissances.

Simonnet s'est proposé d'exposer comment il faut concevoir le rôle

de la folliculine, à l'état normal et les perturbations dont cette hormone peut être la cause.

Mais la tâche n'était pas simple, parce qu'à côté de notions bien acquises, il reste nombre de question à résoudre.

Dans les deux premières parties, l'auteur étudie l'hormone folliculaire au point de vue chimique et biologique et il en discute l'origine encore mal connue ; car la follicule est loin d'être le seul organe à fabriquer des corps œstrogènes. La troisième partie traite du rôle physiologique de la folliculine, de son action sur les voies génitales, sur la glande mammaire, sur les glandes endocrines, sur le métabolisme (métabolisme de base, métabolisme de l'azote, des sucres, des graisses), sur les divers organes de l'économie, sur l'instinct sexuel.

C'est ensuite le rôle de la folliculine en pathologie qui est étudié dans la quatrième partie : troubles de la puberté, troubles de la menstruation troubles de la ménopause, troubles des fonctions de reproduction, dégénérescence glandulo-kystique mammaire, troubles psychiques, cancer. De même Simonnet expose le rôle possible de la folliculine dans la pathogénie masculine.

La cinquième partie a pour objet les méthodes délicates, biologiques et chimiques, qui permettent l'étude quantitative de l'hormone, le dosage de la folliculine. En principe, pour Simonnet, il n'est pas un traitement par la folliculine qui ne devrait être précédé d'un dosage de l'hormone dans les urines et dans le sang et les dosages ne sont pas moins utiles au cours du traitement pour juger de l'opportunité qu'il y a à le poursuivre ou à en modifier les modalités d'application.

Dans une dernière partie, Simonnet expose tout ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la folliculine non seulement dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (aménorrhée, dysménorrhée, stérilité, déclenchement du travail), mais encore dans les différentes affections d'origine endocrinienne, dans le rhumatisme, l'hémophilie, les dermatoses, l'obésité, le diabète, etc., en insistant à nouveau sur l'intérêt qu'il y aurait, avant de prescrire de la folliculine et même au cours du traitement, à rechercher le taux de la folliculinémie.

Il est trop certain qu'on voit souvent prescrire de la folliculine à des malades qui n'en n'ont nul besoin et dont les troubles sont même aggravés par cette thérapeutique.

Certes la folliculinothérapie ne saurait être tenue pour une panacée gynécologique. Mais quel progrès dans nos connaissances physiologiques et dans nos possibilités thérapeutiques

Henri VIGNES.

Divers

Défense des lettres. Biologie de mon métier, par Georges DUHAMEL. Un vol. : 15 francs. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

M. Duhamel nous livre le fruit de sa vaste expérience d'écrivain, de directeur et d'éditeur. « Notre système de culture, écrit-il, est fondé sur l'imprimerie. Il n'est donc pas fort ancien... Le livre a, pendant cinq cents ans, été, pour l'esprit solitaire, un incomparable instrument de travail, d'élévation, de libération. Or, par un brusque détour, dont la chronique humaine offre divers exemples, les ouvrages et les effets de la civilisation semblent vouloir suspendre, d'une manière peut-être temporaire, la marche même de cette civilisation et la dévier vers d'autres carrières ». Et M. Duhamel montrant la déchéance du livre, provoquée par son prix élevée, par la concurrence du cinéma et de la radio, défend éloquemment dans cette « Biologie de son métier », la cause des Lettres françaises.

Histoire de l'Eglise ancienne. II. Ecclesia Catholica, par H. LIETZMANN. Traduction française du Professeur André JUNDT, revue par l'auteur. Un vol. in-8 de la *Bibliothèque Historique*, 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

On retrouve dans le tome II de cette *Histoire de l'Eglise Ancienne* (*Ecclesia Catholica*) les qualités qui font l'attrait du premier volume, précision et exactitude dans les moindres détails, clarté des vues d'ensemble. Les premiers chapitres traitent du christianisme dans l'Empire romain, de la constitution de l'Eglise catholique, de la formation du nouveau testament et du symbole apostolique, de l'apparition et de la théorie de l'épiscopat, de la doctrine des Pères Apologètes. Puis l'auteur retrace l'histoire de l'église dans les différentes parties de l'Empire romain Asie Mineure, Gaule, Afrique, Italie, Syrie, Egypte. Dans ce cadre, il décrit les principales hérésies de l'époque, le montanisme et le manichéisme, et il présente, dans un relief saisissant, les grandes figures d'Irénée, de Tertullien, de Cyprien, de Clément d'Alexandrie et d'Origène. Le volume fournit d'abondants renseignements sur les événements et les hommes et sera fort utile à tous ceux qui désirent connaître de plus près l'une des périodes les plus intéressantes de l'histoire de l'Eglise.

La fortune de Marysienka, reine de Pologne, par le Docteur H. AUBENCHE. Un volume in-8° avec une carte. 18 francs. Editions Emile-Paul, frères, 14 rue de l'Abbaye, Paris (VIe)

On ne connaît Marysienka que par les historiens. Ceux-ci sont de deux sortes : Français ou Polonais. Les Français, depuis Voltaire, se sont aperçus qu'elle fut le grain de sable qui causa l'échec de la politique du Roi-Soleil. Par esprit de corps, si j'ose dire, ils ne le lui ont pas pardonné, même sans vouloir examiner si cet échec ne fut pas le salut de l'Occident. Les Polonais voient en elle une étrangère qui mit au pillage — soi-disant — le royaume de Pologne au cours du Grand Siècle. Tous en disent pis que pendre, entassant calomnies, inventions et mensonges, pour en faire le mauvais génie de Sobieski.

Heureusement, après les historiens il y a l'Histoire. Avec un certain retard, elle nous apporte souvent la vérité.

L'auteur a eu la chance de trouver des documents inédits aux archives de la guerre, dans les ouvrages de Morton et du comte du Breuil et à la précieuse Bibliothèque polonaise de Paris. Il s'est efforcé, à la lumière des faits nouveaux, de refaire le procès de Marysienka ; avec le seul souci de la vérité il a écrit la vie de cette grande française.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

WARZEE (R.). — **Sur le diagnostic du cancer du corps utérin.** 108 p. Br. : 25 fr. (*Vigot*).

CHEESMAN (J.-E.). — **Atlas d'anatomie synthétique.** Fasc. XI. **Le périnée chez l'homme.** Fasc. XII. **Le périnée chez la femme.** Br. : 30 fr. (*Maloine*).

CLAOUE (C.) et BERNARD (I.). — **Plastique mammaire.** 245 p. Br. : 40 fr. (*Maloine*).

DANIEL (G. et A.). — **Arts et techniques de la santé.** 2 vol. In 4. 1.540 p. Br. : 300 fr. (*Doin*).

DENIKER (Michel). — **La gynécologie.** 215 p. Cart. : 14 fr. (*Maloine*).

HAUTANT (A.), LABARRAQUE (L.). — **Hygiène de la voix et du chant chez l'enfant et l'adulte.** In 16. 100 p. Br. : 13 fr. 50 (*Doin*).

JONNARD (R.). — **Réfractométrie interférentielle et structure du sérum.** 160 p. Br. : 30 fr. (*Maloine*).

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 27 — 3 JUILLET 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois
France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.
Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595
Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — Les concours pour les bourses de doctorat en médecine auront lieu le lundi 19 juillet 1937.

Les demandes d'inscriptions seront acceptées au secrétariat de la Faculté jusqu'au 10 juillet, 16 heures, dernier délai.

Il est rappelé que seuls sont admis à concourir les étudiants ayant obtenu la moyenne sept à l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année.

Six conférences sur le diabète. — Une série de six conférences ayant trait aux acquisitions récentes sur le diabète aura lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, du 19 juillet au 24 juillet 1937, à 10 h. 30.

Le 19 juillet, M. le Professeur F. Rathery : Les formes fondamentales du diabète. — Le 20 juillet, M. Ferroir : L'estomac des diabétiques. — Le 21 juillet, M. Froment : La glycémie des diabétiques. — Le 22 juillet, M. Bachman : Le rein des diabétiques. — Le 23 juillet, M. Dérot : Le cœur des diabétiques. — Le 24 juillet, M. le Professeur F. Rathery : L'insulino-résistance.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 100 francs.

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les professeurs Ombrédanne et P. Mathieu avec la collaboration de MM. Leveuf, Sorrel, Richard, Fevre, Lance, Huc, Padovani, Iselin.

Ce cours aura lieu chaque jour du 11 octobre au 28 octobre 1937, à 14 h. 30 au petit amphithéâtre. A la suite de chaque leçon une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 h. 45 sous la direction de MM. les prosecteurs.

Programme des leçons. — Lundi 11 octobre : Chirurgie de l'épaule (paralysie infantile et obstétricale, luxations anciennes luxations récidivantes), par M. le Professeur Ombredanne. — Mardi 12 octobre : Chirurgie des fractures et pseudarthroses du col du fémur, par M. le Professeur P. Mathieu. — Mercredi 13 octobre : Chirurgie des scolioses et du mal de Pott, par M. le Docteur Sorrel. — Jeudi 14 octobre : La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche, par M. le Docteur Leveuf. — Vendredi 15 octobre : Chirurgie des arthrites de la hanche (arthrites déformantes. Coxalgie), par M. le Professeur P. Mathieu. — Samedi 16 octobre : Chirurgie des luxations et subluxations congénitales et des dystrophies de la hanche, par M. le Docteur Fevre ; — Lundi 18 octobre : Chirurgie des fractures et pseudarthroses des os longs, par M. le Docteur Padovani. — Mardi 19 octobre : Chirurgie de la main, par M. le Docteur Iselin. — Mercredi 20 octobre : chirurgie des pieds bots paralytiques, par M. le Professeur Ombredanne. — Jeudi 21 octobre : Chirurgie de l'articulation tibiotarsienne, par M. le Docteur Padovani. — Vendredi 22 octobre : Chirurgie des ankyloses articulaires, par M. le Professeur P. Mathieu. — Samedi 23 octobre : Chirurgie du spondylolithésis, des arthrites sacro-iliaques, des sacralisations, etc., par M. le Docteur Huc. — Lundi 25 octobre : Transplantations tendineuses, par M. le Docteur Leveuf. — Mardi 26 octobre : Chirurgie des déformations congénitales du pied et des déformations des orteils, par M. le Docteur Lance. — Mercredi 27 octobre : Chirurgie des tuberculoses du membre inférieur, par M. le Docteur Richard. — Jeudi 28 octobre : Chirurgie du genou (lésions congénitales et traumatiques), par M. le Professeur P. Mathieu.

Programme des répétitions opératoires, par MM. les prosecteurs Longuet et Poilleux. — Lundi 11 octobre : Butées ostéoplastiques de l'épaule, ostéotomies de dérotation. Arthrodèse de l'épaule. Résections. — Mardi 12 octobre : Ostéosynthèses du col fémoral. — Mercredi 13 octobre : Les ostéosynthèses rachidiennes. Laminectomies. — Jeudi 14 octobre : Réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche. — Samedis 16 octobre : Butées ostéoplastiques de la hanche. Ostéotomie sous-trochantériennes. — Lundi 18 octobre : Ostéosynthèses à matériel perdu et par fixateurs externes, extension par broches. Transplants osseux libres, pédiculés, etc. — Mardi 19 octobre : Réparation des tendons. Opérations pour les rétractions de l'aponévrose palmaire. — Mercredi 20 octobre : Opérations pour paralysie spasmodique. Arthrorises. Arthrodèses pour paralysie du pied. — Jeudi 21 octobre : Opérations pour fractures récentes et vicieusement consolidées du cou de pied. Astragalectomie. — Vendredi 22 octobre : Otéotomies. Arthroplasties. — Samedi 23 octobre : Ostéosynthèses lombo-sacrées, ilio-sacrées ilio-lombaires. — Lundi 25 octobre: Transplantations tendineuses. — Mardi 26 octobre : Tarsectomies pour pieds bots divers. Opérations pour hallux valgus. Déformations des orteils. — Mercredi 27 octobre : Résections du genou. Arthrodèses du genou. Opérations pour les tuberculoses du tarse et du métatarse. — Jeudi 28 octobre : Arthrotomie du genou. Réfection des ligaments. Traitement des luxations de la rotule.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au secrétariat de la faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances. Ce droit spécial est fixé à 250 francs.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux. — *Epreuve écrite anonyme* : Question donnée : Rapports du corps thyroïde ; signes, diagnostic et traitement de la thrombo-phlébite sinuso-jugulaire.

Questions restées dans l'urne : Anatomie des muscles intrinsèques du larynx (sans la physiologie) ; anatomie de la trompe d'Eustache : causes, signes et diagnostic des paralysies récurrentielles d'origine périphérique ; cancer du sinus maxillaire.

Notes obtenues par les candidats aux épreuves anonymes :

MM. Richier, 27 + 18 = 45 ; Sergent, 26 + 17 = 43 ; Gaston, 26 + 17 = 43 ; Berard, 26 + 16 = 42 ; Bourgeois, 30 + 20 = 50 ; Salomon, 26 + 16 = 42 ; Remy Néris, 28 + 18 = 46.

Admissibles : MM. Bourgeois, 50 ; Rémy Neris, 46 ; Richier, 45.

Lyon. — A la suite d'un concours ouvert le 21 juin, M. le Docteur Pierre Bertrand, agrégé, a été proposé à la Commission administrative, comme chirurgien des hôpitaux.

Le Conseil municipal a décidé de donner le nom de « rue du Commandant-Charcot » à la partie de la route de Francheville qui va de la place Saint-Irénée au chemin des Cailloux.

Service de Santé. *Promotions.* — Au grade de médecin colonel : Buffe P., hôpital militaire instr. Desgenettes, Lyon.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : Meersseman F. A. B., professeur agrégé du Val-de-Grâce, chargé d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

Au grade de médecin commandant : Noaillac, G. J. M. A., centre de réforme de Lyon ; Jacob A. G. E., médecin hôpital militaire de Grenoble.

Au grade de médecin capitaine : Humilien, P. A. C., 37e R. I. de forteresse, affecté au 504e R. C. C. ; Simon G. E. I., 7e bataillon alpin de forteresse.

Mutations semi-mensuelles. — Le médecin lieutenant-colonel

Thibault, de l'hôpital d'Haguenau, à l'hôpital Villemin, Paris.

Le médecin commandant Mathiot, du Centre de réforme d'Orléans, à l'hôpital d'Haguenau.

Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales de Marseille. — Les chaires suivantes sont déclarées vacantes à compter du 31 décembre 1937, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Clinique thérapeutique et spécialités chirurgicales.
Médecine opératoire, appareillage, orthopédie et obstétrique.
Clinique médicale et pathologie exotique.

Sont déclarés vacants :

Un emploi de professeur agrégé de clinique thérapeutique et de spécialités chirurgicales.

Un emploi de professeur agrégé d'ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

Un emploi de professeur agrégé de neuro-psychiatrie et de médecine légale.

Un emploi de chef de service de stomatologie.

Un emploi de chef de service d'électro-radiologie et physiothérapie.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928, portant organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs travaux scientifiques et d'un état de services, revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 20 octobre 1937 au plus tard.

Les officiers présents en France et ceux en service aux colonies sont admis à faire acte de candidature.

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée mensuelle de la Société aura lieu le samedi 3 juillet 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

ORDRE DU JOUR. — Communications : Prof. LAIGNEL-LAVASTINE : Compte rendu du IVe centenaire de la fondation de l'Université de Lausanne. — Docteur A. SOUQUES : La douleur dans les livres hippocratiques (*suite*). — Docteur Pierre VALLÉRY RADOT : Un médecin diplomate : Pierre Isaac Poissonnier. — Docteur I. SIMON : Le problème sexuel au point de vue médico-légal dans la Bible et le Talmud.

Célébration du deuxième centenaire de la naissance de Louis Galvani. — Le deuxième centenaire de la naissance du grand savant Luigi Galvani, a lieu cette année. Bologne, qui lui donna naissance, qui le suivit constamment dans son activité féconde, Bologne où il mourut, et l'Athénée Bolonais, où il travailla, fit ses découvertes et fut Lecteur insigne, s'apprêtent avec enthousiasme à célébrer dignement le deuxième centenaire de sa naissance.

La célébration aura lieu dans la seconde moitié du mois d'octobre prochain, selon le programme, qui est maintenant en élaboration et qui sera communiqué bientôt.

XVIe Réunion neurologique internationale annuelle. — La XVIe Réunion neurologique internationale se tiendra à Paris du jeudi 8 juillet au samedi 10 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet, à 9 h. 30, à la Faculté de médecine sous la présidence de M. le Professeur Roussy. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières), sous la présidence de M. le Professeur Barré (de Strasbourg).

Les séances auront lieu le matin de 9 heures à 12 heures et l'après-midi de 15 heures à 18 heures.

La question suivante a été mise à l'étude : La douleur en neurologie. 1° Introduction : Physiologie et pathologie générales de la douleur : MM. A BAUDOUIN et H. SCHAEFFER (Paris). — 2° La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : *A*) Système nerveux central : MM. RIDDOCH et CRITCHLEY (Londres), et GARCIN (Paris) ; *B*) Nerfs périphériques : M. DECHAUME (Lyon). — 3° Douleur sympathique et douleur viscérale : M. AYALA (Rome). — 4° La douleur vue par un psychiatre : M. Noël PÉRON (Paris). — 5° Le diagnostic objectif de la douleur. Considérations médico-légales : MM. CROUZON et DESOILLE (Paris). — 6° La thérapeutique de la douleur : *A*) La neurochirurgie de la douleur : M. LERICHE (Strasbourg) ; *B*) La radiothérapie de la douleur : MM. HAGUENAU et GALLY (Paris).

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de êomHûnlêations au secrétaire général : Docteur Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (XVIe).

IVe Congrès international de psychothérapie et de psychologie comparée. — Il se tiendra à Paris les 16, 17 et 18 juillet 1937, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Ce Congrès est placé sous le patronage d'un grand nombre de personnalités éminentes, parmi lesquelles se trouvent MM. les Professeurs E. Branly, d'Arsonval, Achard, Pierre Janet, Marcel Labbé, Carnot, Hartmann, Cunéo, Roussy, Jean Lépine (Lyon), Euzière (Montpellier), Chavigny (Strasbourg), Maranon (Madrid), Marinesco (Bucarest), Bensi (Athènes), Haskovek (Prague), Gabriel Patit, Maignon et Nicolas (Alfort), Urbain (Museum), Docteur Voivenel (Toulouse), MM. Auguste et Louis Lumière, les généraux Niessel et Mariaux, etc.

La séance d'ouverture aura lieu le vendredi 16 juillet, au siège de l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, à 3 heures, sous la présidence du Professeur Pierre Janet, professeur au Collège de France.

Dans une conférence illustrée de *projections originales* ayant servi à l'enseignement de Charcot, Dumontpillier, Charles Richet, Luys, Liébault (Nancy), le Docteur Bérillon évoquera les précurseurs illustres de la psychothérapie.

Des rapports sur les principales questions de l'hypnotisme et de la psychothérapie seront présentés par MM. Bérillon, Marcel Viard, Sampson (Londres), Préda (de Iibiu, Roumanie), Bonjour (Lausanne), Américo Valério (de Rio-de-Janeiro), Pierre Ménard, Fauvel, R. Courtois, Lépinay, docteur vétérinaire, etc.

Parmi les réceptions prévues figurent plusieurs banquets, un concert et une visite au zoo, sous la direction du Professeur Urbain.

Le premier banquet aura lieu le 16 à 8 heures du soir, à la Taverne du Nègre, 17, boulevard Sait t-Denis, tenue de ville, 35 francs, tout compris.

Le prix de la cotisation pour les adhérents et associés a été fixé à 50 francs. Adresser les adhésions, les cotisations et les demandes de renseignements à MM. Bérillon, 22, rue Vignon, (IXe), et Marcel Viard, secrétaire général, 11, rue du Printemps, Paris (XVIIe).

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé organise en Méditerranée orientale, du 14 août au 3 septembre, une dixième croisière dont l'itinéraire est fixé comme suit :

Marseille, Corfou, Ithaque, Mistra, Sparte, Nauplie, Mycènes, Argos, Tirynthe, Corynthe, Megare, Eleusis, Daphni, Athènes, Thèbes, Aulis, Khalkis, Volo, Mont Pelion, Skyros, Troie, Chio, Naxos, Paros, Delos, Tinos, Mykonos, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Mayle, délégué général de l'Association, la croisière sera accompagnée à titre de conférenciers, par MM. C. Bouglé, professeur à la Faculté des Lettres de Paris, directeur de l'Ecole normale supérieure et Y. Bequignon, ancien secrétaire de l'Ecole française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Caen. Des lectures seront faites à bord par M. Jacques Copeau.

Pour tout renseignement, prière de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris, (VIe). Téléphone : Littré 70-55.

Il y a cent ans...
ou Académie 1837

(Suite)

A la même séance du 16 *mai* 1837 *où Chomel a pris la parole, Louis occupe la tribune à son tour. Parlant après celui dont il fut si longtemps l'assistant bénévole, dont il est resté l'incomparable ami, il place le débat sur son terrain véritable. Il suffit, dit la* Presse Médicale, *de la parole incisive et convaincante de M. Chomel, grave et solennelle de M. Louis, pour faire évanouir la métaphysique et faire s'écrouler tout un échafaudage de phrases sonores. Il s'agit dans ce débat, expose Louis, de la recherche de la vérité en médecine. Comment les meilleurs esprits, les hommes les plus sincères peuvent-ils, s'égarer ? Comment peut-on nier que la* statistique médicale ait pour objet la détermination aussi rigoureuse que possible des faits généraux, *et que les faits généraux soient la science elle-même ? Quel est le procédé qui pourrait indiquer la constance ou l'inconstance d'un symptôme au cours d'une maladie, si ce n'est l'analyse numérique ? Grâce à elle, on assiste aux variations de fréquence et de qualité d'un même symptôme, voué aux multiples circonstances imposées par l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques, etc... Dans les ouvrages de médecine, à chaque ligne, on rencontre l'expression* plus ou moins, rarement ou fréquemment, *mots qui supposent une vague obligation de compter, mais qui sont sans force persuasive. L'analyse ne vous permettra pas très vite d'établir votre conviction. Si les faits que vous analysez sont peu nombreux, vos résultats ne seront que provisoires. Si vous recherchez la durée d'un symptôme, c'est en comptant que vous établirez le nombre des jours pendant lesquels il est présent ; inversement sans précision sur la durée du symptôme, vous ne saurez rien sur la longueur de la maladie, à tous les âges, et dans les deux sexes. Si, dans vos recherches, vous êtes frappé par les grandes variations d'un symptôme, vous pousserez vos investigations vers ces différences, tant il est vrai que la statistique,* loin de dispenser de l'examen attentif des faits particuliers, y force au contraire et donne le seul moyen de le faire avec quelque certitude.

La même étude sera faite pour le début de la maladie, le degré de son intensité, sa marche et sa terminaison.

Dans la suite de son exposé, négligeant Rizuena, Louis réfute les arguments de Dubois, de Piorry et de Double.

Chemin faisant, il fait le tour des avantages de l'analyse numérique, montrant qu'elle est aussi utile en anatomie pathologique pour découvrir une loi de relation entre la lésion la plus constante et la maladie qu'en anatomie descriptive où elle signale au chirurgien, par exemple, les variations de la fémorale profonde, et au médecin les dimensions du cœur aux différents âges, ainsi que les a établies Bigot. Et il aborde la question thérapeutique, en scrutant la conscience de ses auditeurs. Quelque habileté que vous ayez, leur dit-il, en substance, il vous arrive quelquefois, j'imagine d'avoir des doutes. L'analyse numérique seule vous permettra de sortir de l'incertitude, et d'être fixés sur la constance d'action ou l'inefficacité d'un médicament. Parmi ses adversaires, il en est qui lisent, qui écrivent beaucoup. A quoi bon lire, à quoi bon écrire, si de ses lecteurs, de ses écrits, on ne peut parvenir à une reconnaissance des faits assez parfaite pour en dégager des lois. L'analyse numérique rebute parce qu'elle suppose de longs travaux pour le plus petit résultat ; *aussi peu de personnes peuvent s'en servir.« Si les faits étaient si variables qu'on ne pût en faire des groupes pour les analyser, les compter, que ferait le praticien au lit des malades ? Chercherait-il une formule, un traitement pour chacun d'eux. Mais alors les pauvres malades seraient tous livrés aux chances du hasard. » Ses adversaires croient-ils que Louis se soit servi de l'analyse numérique par imitation avec son emploi dans d'autres sciences ? La vérité est plus simple. Il disposait de cent vingt observations de phtisie. C'est en les divisant, en les groupant, qu'il a pu établir tant de notions fondamentales ; le meilleur moyen*

d'atteindre Louis au plus vif eût été de montrer que les lois qu'il a dégagées étaient fausses. Ses adversaires s'en sont bien gardés.

En conclusion, il remarque que les attaques contre sa méthode ont été injustes, qu'elles sont provoquées par la méconnaissance de ses résultats, et de ses principes, et il affirme que « les partisans de la statistique ne se bornent pas à aligner des chiffres et à réduire la médecine à de simples additions lorsqu'ils ont appelé de toutes leurs forces l'étude de la méditation sur tous les faits et sur tous les détails des faits. »

« M. Louis, écrit la Presse Médicale, *en regagnant sa place, reçoit les félicitations d'un grand nombre de ses collègues, et, en particulier de M. Cruveilhier ». Rochoux « à la parole spirituelle et mordante », mont e ensuite à la tribune. Dans un long discours, consacré à la critique des principales idées de Rizueno et de Double, il fait œuvre de philosophie générale. Il relève les erreurs extraordinaires du professeur de Montpellier. M. Rizueno a commis une première faute en prétendant que les artisans de l'analyse numérique emploient leur méthode d'une façon exclusive ; une deuxième faute en doutant de l'exactitude du calcul des probabilités mathématiques, puisque dans cette science, il n'y a que des calculs rigoureux ; une troisième faute en supposant que les probabilités se fondent sur le hasard, alors qu'il n'y a pas de hasard, puisque ce serait un effet sans cause ; une quatrième faute en opposant le calcul des probabilités au raisonnement logique. « En somme, dit Rochoux, calculer, induire, parler, écrire, quand on le fait avec sens, ne sont que des manières différentes d'employer la logique.*

Le 23 mai 1837, *Guéneau de Mussy — dont on sait la fidélité envers Chomel et envers Louis, se pose trois questions : 1° La méthode numérique est-elle applicable à la thérapeutique ? et sa réponse est affirmative ; 2° sous quelles conditions est-elle applicable ? et il lui en impose une : celle de ne pas compter que ses succès ; 3° quelle confiance convient-il de lui accorder ? et il la limite lui-même en affirmant que la thérapeutique ne peut conduire qu'à la probabilité et non à la certitude. Castel étudie les conditions d'application des chiffres à la thérapeutique, suivant l'expression de la* Presse Médicale, *dans un désordre vraiment pindarique. Velpeau dénonce la contradiction qui consiste à déclarer la statistique bonne en théorie, et détestable dans l'application. Il suggère que, quoiqu'on en ait dit, Hippocrate a compté pour faire ses aphorismes, et il admet que si la statistique finit par dès à peu près, il y a cette différence avec les autres méthodes, que « derrière les conclusions de la statistique, il y a des chiffres, tandis que derrière les autres méthodes, il n'y a que des faits ».*

Le 30 mai, *grande séance, consacrée au discours de Rayer. « Lorsque tous les arguments semblaient épuisés, ou insuffisamment développés, dit la Presse, il a su sinon en présenter d'entièrement nouveaux, du moins leur donner une forme et une vigueur nouvelles. » Une méthode nouvelle, dit Rayer, trouve toujours des contradicteurs quand elle est bonne, des partisans quand elle est mauvaise. La discussion en cours tranchera la question de l'utilité ou de l'inutilité du calcul en pathologie. A la fin de ce débat, on conviendra qu'on ne peut bannir le calcul de certaines questions d'anatomie et de physiologie. « Si l'on recherche pourquoi la statistique médicale n'a pas été employée par les anciens médecins, écrit M. P. Astruc en résumant le discours de Rayer (1) on en trouve une raison bien simple qui tient à l'indigence, à l'insuffisance de leurs moyens de diagnostic. Eussent-ils compté, le résultat n'eût pas mieux valu, car les calculs auraient porté non pas sur des cas bien déterminés, mais sur les choses les plus dissemblables rassemblées sous le même nom. Si nous distinguons, dans l'hydropisie des causes diverses : épanchements séreux, affections du cœur, oblitérations des veines, maladies des reins altérations du sang, ce sont là des notions inconnues des anciens qui n'avaient point dissocié ces différentes causes. Comment une statistique sur l'hydropisie eût-elle pu, dans ces conditions, prendre et garder quelque intérêt ? Au contraire, établie d'après des faits rigoureusement observés, la statistique est un des éléments de la médecine expérimentale, et la méthode numérique appliquée à la pathologie, à la thérapeutique, doit être saluée comme un grand progrès. »*

Le 6 juin, *on entend Martin-Solon, antinumériste, qui reconnaît cependant à la statistique le mérite d'avoir renversé la doctrine de Broussais ; puis, Le Pelletier (de la Sarthe), qui soutient la méthode de Louis. Divers incidents de séance se produisent. Rizueno voudrait une fois encore résumer, les diverses opinions ; mais Chomel et Louis se refusent à le suivre ; Chomel déclare que Louis n'a rien à répondre à Rizueno, le débat étant épuisé ; et Louis se charge lui-même de refuser une nouvelle discussion avec Bouillaud qui, inlassablement plaidait en faveur des saignées dans la fièvre typhoïde et ne pouvait admettre d'être combattu par les numéristes, dont, sur plusieurs points, il partageait les vues.*

A la tribune, la discussion est close, mais des échos la prolongent dans les journaux. Les deux sons, pour et contre, se font encore entendre ; son favorable avec Gerdy, qui, dans la Presse Médicale *du 17 juin, proteste contre « le ton insultant et le langage cavalier de Rizueno ; son favorable encore avec d'Espine (de Genève), instigateur avec Maunoir et Bizot de la Société de médecine d'observation, bien placé pour rappeler la sévérité qu'exige l'analyse numérique, si l'on en croit l'exemple de Louis, qui, frappé par la stérilité de ses premières observations portant sur la phtisie, avait fait un effort nouveau pour que les recherches sur la fièvre typhoïde fussent exemptes de tout reproche ; son défavorable et combien affaibli, avec Broussais qui publie dans la* Gazette Médicale *du 15 juillet, une longue épître de félicitations au jeune maître Rizueno qui, mieux qu'il n'aurait pu le faire lui-même, a attaqué cette « pitoyable invention de certaines médiocrités médicales » qu'est l'analyse numérique.*

Celle-ci cependant sortait intacte de ce long débat. Ses principes n'avaient pas été atteints ; et les œuvres qu'elle avait inspirées n'avaient même pas été attaquées. Il n'en est pas moins vrai que cent ans après cette querelle de méthodes, la statistique n'est estimée que d'un groupe de chercheurs. Sous le couvert d'un bon mot, qui se transmet d'âge en âge, on la soupçonne d'être mensongère, et on la dédaigne souvent. Si elle était attaquée en plein jour, sur quels arguments se fonderaient ses adversaires ?

(1) *Progrès Médical*, sup. ill., n° 11, 1932, p. 83.

TRAVAUX ORIGINAUX

La susceptibilité magnétique du sang et du sérum

Par D. BROCQ-ROUSSEU
Membre de l'Académie de Médecine

De plus en plus, les examens cliniques ont besoin du secours du laboratoire. Les méthodes que ce dernier met à la disposition des médecins sont plus ou moins exactes ; et il ne paraît pas douteux que les examens purement physiques offrent une précision plus grande que les recherches biologiques.

Tout progrès dans cet ordre d'idées, toute initiative nouvelle à son début, doivent être signalés afin que les travailleurs puissent s'y intéresser et mettre au point des méthodes diagnostiques.

C'est dans cet esprit que j'avais signalé l'étude de la fluorescence des sérums (1). Je voudrais, aujourd'hui, montrer les services que peut rendre, d'après certains auteurs, l'étude du diamagnétisme du sang ou du sérum.

On sait que la plupart des corps sont diamagnétiques, c'est-à-dire que, placés dans un champ magnétique non uniforme, ils tendent à se déplacer vers les régions où le champ est le moins intense. Il existe, en effet, dans les molécules, des centres électrisés qui tournent sur des orbites ; dans la plupart des corps, les courants sont tels que le moment magnétique total est nul en l'absence d'un champ. Quand on établit celui-ci, il en résulte une variation qui donne à la molécule un moment magnétique de direction opposée à celle du champ. La susceptibilité magnétique est définie par le rapport entre l'intensité d'aimantation du corps et le champ magnétique. En d'autres termes, la susceptibilité magnétique d'un corps est l'intensité d'aimantation dans un champ magnétique égal à l'unité.

Si l'on divise par la densité, on obtient la susceptibilité spécifique du corps χ, appelé encore coefficient d'aimantation (χ est négatif). Si χ était positif, le corps serait paramagnétique, c'est-à-dire que chaque molécule du corps se comporterait comme un petit aimant, même en l'absence du champ.

Hisayuki Kudo (2), qui semble être le premier à s'être occupé du diamagnétisme du sang, emploie, comme appareil de mesure, celui de Decker (3), modifié en ce sens que le tube suspendu à un fil de quartz entre les pôles d'un puissant électro-aimant est embrassé par une paire de crochets losangiques en cuivre.

Il emploie du sang mélangé avec du citrate de soude et opère à 16-18°. Suivant cet auteur, le sang de l'homme et des animaux est diamagnétique et ses valeurs, proches de celle de l'eau, lui sont toujours inférieures.

Il a opéré chez des individus sains et il a obtenu les valeurs les plus basses chez des sujets atteints de fièvre, ou pendant la période menstruelle ; la valeur la plus basse a été de $-6{,}30 \times 10^{-7}$.

Chez le lapin, ses résultats sont analogues. Voici les chiffres trouvés :

Sang	$-6{,}81 \times 10^{-7}$	à $-8{,}33 \times 10^{-7}$
Sérum	$-6{,}85 \times 10^{-7}$	à $-7{,}45 \times 10^{-7}$

(1) BROCQ-ROUSSEU. — La fluorescence des sérums. *Progrès médical*, 30 mars 1935.
(2) HISAYUKI KUDO. — Sur le sang et ses composants (contribution à l'étude physico-chimique de leurs propriétés magnétiques). *Acta medica scandinavica*, 1934, t. 81, p. 511.
(3) H. DECKER. — *Annalen der Physik*, 1926, t. 79, p. 342.

Il a pu constater que, après l'irradiation, il y a élévation de la susceptibilité magnétique chez le lapin ; il pense qu'il apparaît, dans le sang, des matières ayant une plus grande susceptibilité, ou qu'il se produit des changements d'équilibre qui élèvent cette valeur. Recherchant s'il y a un rapport avec certains composants du sang, il a mesuré la susceptibilité magnétique de l'hémoglobine et celle de la sérumalbumine ; il a trouvé :

Hémoglobine (concentration 14 %).	$-7{,}13 \times 10^{-7}$
Sérumalbumine (concentration 2 %).	$-6{,}37 \times 10^{-7}$
Sérumalbumine (concentration 1,5%)	$-6{,}68 \times 10^{-7}$

L'auteur pense que l'étude du diamagnétisme pourra avoir, en clinique, un intérêt analogue à celui de la sédimentation globulaire, par exemple.

Jonnard (1) a repris cette question, tout dernièrement. Il a examiné des sérums normaux et des sérums pathologiques, à l'aide de l'appareil de Pascal, modifié de manière à pouvoir procéder avec 0 c. c. 25 de sérum. Les pesées ont été faites optiquement, à 1/30e de milligramme près, et à 20° C. Chez des sujets normaux, il a trouvé des chiffres compris entre $-6{,}39 \times 10^{-7}$ et $-7{,}9 \times 10^{-7}$. Il a fait également des recherches sur quatorze sérums de cancéreux et six de cancéreux opérés avant examen, et a trouvé les chiffres suivants :

Cancéreux non opérés :

Cancer des maxillaires	$-6{,}22 \times 10^{-7}$
Cancer de la clavicule	$-6{,}58 \times 10^{-7}$
Cancer du pied	$-6{,}10 \times 10^{-7}$
Cancer du pied	$-5{,}90 \times 10^{-7}$
Cancer de l'utérus	$-6{,}34 \times 10^{-7}$
Cancer de l'estomac	$-5{,}30 \times 10^{-7}$
Cancer de l'estomac	$-6{,}22 \times 10^{-7}$
Cancer de la face	$-6{,}46 \times 10^{-7}$
Cancer du sein	$-5{,}61 \times 10^{-7}$
Cancer du foie	$-8{,}78 \times 10^{-7}$
Cancer du col	$-6{,}10 \times 10^{-7}$
Cancer des lèvres	$-5{,}80 \times 10^{-7}$
Cancer des lèvres	$-6{,}20 \times 10^{-7}$
Cancer du nez	$-6{,}22 \times 10^{-7}$

Cancers opérés :

Cancer des lèvres	$-7{,}42 \times 10^{-7}$
Cancer des lèvres	$-7{,}07 \times 10^{-7}$
Cancer du nez	$-7{,}56 \times 10^{-7}$
Cancer de la joue	$-7{,}45 \times 10^{-7}$
Cancer de la vulve	$-5{,}97 \times 10^{-7}$
Cancer avec métastases	$-8{,}66 \times 10^{-7}$

On remarque que la susceptibilité magnétique, voisine de la normale chez les opérés, est basse chez les malades non opérés. Le fait que le cancer du foie a une valeur de $-8{,}78 \times 10^{-7}$ a fait penser que cela était peut-être dû à la localisation.

Cet auteur a signalé les résultats suivants, qui sont intéressants :

Cirrhose grave	$-13{,}6 \times 10^{-7}$
Cirrhose grave	$-16{,}5 \times 10^{-7}$
Dans ce dernier cas, en voie de guérison trois mois après	$-7{,}6 \times 10^{-7}$

Il semble donc bien qu'il y ait des recherches complémentaires à faire au point de vue de cette détermination de la susceptibilité magnétique dans les diverses maladies, car un nouvel élément de diagnostic est toujours une chose importante pour la clinique.

Sans doute, les appareils nécessaires ne se trouvent pas dans tous les laboratoires, mais cela est affaire d'organisation. Précisons qu'il faut opérer sur des champs magnétiques d'une intensité assez considérable, parce que le diamagnétisme est toujours un petit phénomène.

(1) R. JONNARD. — Susceptibilité magnétique du sérum sanguin normal et pathologique. C. R. Académie des Sciences, 19 avril 1937, t. 204, p. 1220.

Traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine

Par MM.

G. MAILLARD et P. BOULENGER

Médecin de Bicêtre — Interne des Hôpitaux

Le gardénal ou phényléthylmalonylurée constitue actuellement le médicament de choix et le médicament indiscuté de l'épilepsie.

Néanmoins, comme l'un de nous le signalait déjà en 1923 (1), il fallait souhaiter que des recherches nouvelles aboutissent à la découverte d'un corps présentant la même efficacité thérapeutique tout en ayant une moindre toxicité.

En effet on peut reprocher au gardénal divers inconvénients :

1° Le gardénal est un médicament dont la dose thérapeutique est souvent assez voisine de la dose toxique.

2° A côté des malades supportant parfaitement une dose élevée de gardénal, il en est d'autres chez qui une dose même moyenne provoque de petits phénomènes d'intoxication : telle une somnolence accentuée, qui peut gêner l'exercice de certaines professions. Enfin, chez certains, la persistance des crises conduit à une augmentation que l'on ne peut souvent poursuivre en raison de l'intolérance. Et dans ces cas, le succès thérapeutique reste incomplet.

3° Même dans les cas les plus favorables, il est important et utile de rechercher un médicament ayant la même efficacité pour une dose moindre.

Depuis longtemps des travaux multiples ont été entrepris dans ce sens :

Par des recherches chimiques nombreuses on a essayé de modifier la constitution du produit lui-même. Ces recherches ont montré un fait essentiel, c'est que parmi les dérivés de la malonylurée, seuls ceux ayant un radical *phényl* sont doués de propriétés anti-épileptiques. On sait bien actuellement que la substitution de radicaux de carbures saturés (éthyle-propyle-éthylbutyle) ou de radicaux de carbures non saturés (diallyl) n'a aucune action anti-épileptique. Par contre ces recherches chimiques ont réussi à créer à côté de la *phényléthylmalonylurée* un nouveau corps, *la phénylméthylmalonylurée* ou rutonal que l'un de nous a proposé dès 1925 (2). Le rutonal permet d'obvier dans certains cas aux inconvénients du gardénal, car sa dose thérapeutique est plus éloignée de la dose toxique ; il est cependant loin de résoudre toutes les difficultés. De nombreux autres produits ont été essayés, mais sans grand succès.

Comme dans l'état actuel de la science la chimie ne met pas de nouveau corps plus efficace à notre disposition, on a essayé d'agir aussi sur l'épilepsie par les modifications variées du régime alimentaire (Régime déchloruré et surtout régime cétogène).

Là encore, à côté de succès certains, d'assez nombreux cas n'obéissent à aucune de ces modifications. C'est pourquoi l'un de nous a essayé une autre voie qui consiste à étudier le renforcement de l'action du gardénal par diverses associations.

C'est *l'association gardénal-strychnine* que nous aurons en vue dans cet article. Ce nouveau médicament nous a en effet paru combler plusieurs des lacunes signalées plus haut.

Certes, du point de vue physiologique, l'association d'un barbiturique qui est un dépresseur basilaire et de la strychnine médicament consulsivant peut paraître une chose curieuse.

On doit cependant distinguer deux éventualités :

— d'une part, les résultats du traitement des intoxications barbituriques par la strychnine et surtout les résultats des travaux expérimentaux sont bien établis et il était logique de penser que l'association gardénal-strychnine diminuerait les phénomènes d'intolérance.

— d'autre part, on pouvait se demander si l'association de strychnine, tout en ayant ces heureux effets, ne viendrait pas diminuer ce que nous appelons le *pouvoir anti-épileptique* du gardénal.

(1) MAILLARD et MEIGNANT. Traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée. *La Presse Médicale*, 9 février 1923.

(2) MAILLARD et RENARD. Un nouveau traitement de l'épilepsie. La phénylméthylmalonyluré (rutonal). *La Presse Médicale*, 11 mars 1925.

Les essais que l'un de nous a poursuivis dans le service d'épileptiques de l'hospice de Bicêtre depuis 1934 montrent que : conformément à la théorie, l'association de strychnine diminue les petits phénomènes d'intolérance, augmente la tolérance aux fortes doses et que, d'autre part loin de diminuer l'action anti-épileptique du gardénal tout se passe comme si l'action de la phényléthylmalonylurée était renforcée.

Posologie de l'association gardénal-strychnine (G. S.)

Au début de nos essais, la proportion de strychinne était très faible et les doses employées furent les suivantes :

Cachets dosés à 0 gr. 10 de gardénal et 0 gr. 0004 de sulfate de strychnine.

Cachets dosés à 0 gr. 05 de gardénal et 0 gr. 0002 de sulfate de strychnine.

Les résultats favorables observés ont conduit à augmenter les doses de strychnine et actuellement nous employons des dragées établies d'après la formule suivante :

Gardénal 0 gr. 10 et sulfate de strychnine 0 gr. 0006
Gardénal 0 gr. 05 et sulfate de strychnine 0 gr. 0003

Ce qui donne pour les doses courantes de 30 à 40 centigrammes de gardénal une absorption quotidienne de deux milligrammes de strychnine environ.

Quand, au cours de cet article, nous parlerons de l'association G. S. nous exprimerons seulement les doses de gardenal.

La dose de strychnine employée a toujours été parfaitement tolérée. Sur la quarantaine de malades mis en observation durant plusieurs mois, une seule, âgée de 51 ans, a mal supporté le produit. Cette malade s'est plainte d'insomnies pour lesquelles nous avons du revenir au gardénal ordinaire.

Les essais ont été commencés en 1934 et poursuivis depuis cette date. L'administration du médicament a été souvent interrompue au bout de cinq à six mois par manque de produit. Cela nous a permis de constater l'efficacité de l'association G.S. qui à de longs intervalles provoquait chez le même malade les mêmes améliorations.

Nous allons brièvement détailler les résultats obtenus au cours de nos observations :

1° *Augmentation de la tolérance aux doses élevées de gardénal grâce à l'association de la strychnine :*

Il convient d'insister d'emblée sur le fait que nous nous sommes adresssés là aux cas les plus mauvais et les plus rebelles. Il s'agit en effet de grands épileptiques absorbant une dose élevée de gardénal, voisine de leur tolérance maxima et chez qui les crises persistent. L'association G. S. permet d'élever le plafond de leur tolérance et sans amener une disparition complète des crises, diminue leur fréquence en même temps que s'améliore leur état général.

Observation I : San..., 34 ans. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 16 ans Traité à Bicêtre depuis 1921 avec des doses croissantes de gardénal, car ses crises deviennent de plus en plus nombreuses.

Depuis 1933 il prend 0 gr. 50 de gardénal, dose limite pour lui. La dose de 0 gr. 60 a été essayée, mais n'est pas supportée.

Malgré cela :

en 1933 : 200 crises.
en 1934 : *idem.*
en 1935 : 300 crises.
en 1936 : 380 crises.

Il commence alors à tomber dans un état de déchéance accentuée. Depuis le 27 décembre 1936 : il est soumis à l'association G. S. Il supporte très bien ainsi la dose de 0 gr. 60 de gardénal. Les crises ont diminuée de moitié : 64 crises en 4 mois au lieu de 126 dans la période correspondante de 1936. Son état physique et son état psychique sont bien meilleurs.

Voilà donc un malade chez qui l'administration associée de strychnine a permis d'augmenter la dose quotidienne de gardénal de 10 centigrammes. Ce qui a eu pour corollaire une diminution considérable du nombre des crises et une amélioration nette de l'état général.

Observation II : Mlle Bag..., 20 ans. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 13 ans. Traitée depuis 1930. Elle prend 0 gr. 20 de gardénal. Malgré cela elle a chaque mois : une crise, de nombreuses absences et de nombreux vertiges. La dose de 0 gr. 30 plusieurs fois essayée n'est pas supportée longtemps à cause de la somnolence et de l'abrutissement. En janvier 1937, elle est soumise à l'association G. S. Elle supporte parfaitement 0 gr. 35, puis 0 gr. 40, puis 0 gr. 45. Elle n'a plus de crises et présente seule-

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques,
Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation | d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit | hépato-biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

ment quelques vertiges. Elle n'accuse ni abrutissement, ni somnolence.

Ainsi chez cette malade l'administration de strychnine permet d'augmenter la dose quotidienne de gardénal de 25 centigrammes, ce qui amène la suppression totale des crises.

Observation III : Tou..., 36 ans. Epilepsie ayant débuté à 15 ans. Hospitalisé en 1932 à Bicêtre. Il a vingt crises par mois avec 0 gr. 15 de gardénal. La dose est élevée rapidement. En 1934, malgré 0 gr. 50 de gardénal il a encore une moyenne de deux accès et quatre vertiges par mois. Pendant trois mois il est soumis à l'association G. S. à la dose de 0 gr. 65 : durant cette période il a par mois un accès et trois vertiges. *La tolérance est parfaite.* Par manque de produit il est remis au gardénal à la dose de 0 gr. 65. Les accès deviennent un peu plus fréquents. Mais surtout cette forte dose de gardénal est mal supportée.

Observation IV : Mad. Rog..., 40 ans. Crises comitiales ayant débuté à 19 ans.

Traitée par le gardénal depuis 1927 à la dose quotidienne de 0 gr. 30 : elle présente encore douze à treize crises par mois en moyenne, mais elle ne peut supporter une dose plus élevée.

En 1934 : durant cinq mois elle est soumise à l'association G. S. à la dose de 0 gr. 30 puis de 0 gr. 40. Le médicament est parfaitement supporté et elle n'a plus que cinq crises par mois en moyenne. Par manque de produit elle est remise au gardénal 0 gr. 40 : les crises sont plus nombreuses, la somnolence est accentuée. On est obligé de diminuer la dose de gardénal.

En 1936 : la malade prend de nouveau 0 gr. 40 de gardénal mais elle a douze crises par mois en moyenne.

Durant deux mois elle est remise à l'association G. S. à la dose de 0 gr. 40 puis de 0 gr. 45 qui est parfaitement tolérée : elle ne présente plus que sept crises en deux mois. Remise à 0 gr. 45 de gardénal : les crises reprennent plus nombreuses. Somnolence accentuée.

Chez cette malade il convient de remarquer l'action identique de l'association G. S. à deux années d'intervalle et les mêmes aggravations lors de la reprise du gardénal pur.

Observation V : Chau..., 15 ans. Crises comitiales depuis l'âge de 7 ans. Traité depuis avril 1936 par le gardénal : 0 gr. 25 puis 0, gr. 30 : il présente sept crises par mois en moyenne. De plus le gardénal à la dose de 0 gr. 30 est mal supporté (somnolence et paresse le matin). Soumis durant quatre mois à l'association G. S. à la dose de 0 gr. 30, puis 0 gr. 35, puis 0 gr. 40. Il n'a plus que trois crises par mois. Le médicament est très bien supporté et le malade est beaucoup plus actif.

Dans ce cas l'association de strychnine a permis d'administrer avec une tolérance parfaite une dose de gardénal relativement élevée pour l'âge : 40 *centigrammes à* 15 *ans.*

2° *Diminution des petits phénomènes d'intolérance que l'on observe parfois avec une dose moyenne de gardénal.*

Il s'agit là de mal des chez qui le gardénal à dose moyenne donne de bons résultats avec cependant de petits troubles. L'association G. S. à dose voisine entraîne dans ces cas une diminution de la somnolence et une amélioration de l'état psychique.

Observation VI : Mou..., 24 ans. Crises comitiales depuis l'âge de 14 ans, une à deux par semaine. Nombreux vertiges. Avec 30 centigrammes de gardénal : suppression des crises, mais la somnolence est accentuée.

Il est soumis à l'association G. S. durant deux mois : 0 gr. 25. Les résultats sont bons à tous points de vue. La somnolence disparaît complètement.

Observation VII : Mme Bas..., 58 ans. Epilepsie tardive ayant débuté à l'âge de 42 ans. Au début deux à trois crises par semaine et absences assez fréquentes.

A la suite du traitement gardénalique, les crises s'étaient espacées et avaient fini par disparaître en 1933. On avait alors cessé tout traitement.

Au début de 1936, les crises réapparaissent brusquement. Le gardénal est rétabli à la dose de 0 gr. 30. La malade a encore quelques vertiges et un peu d'abattement.

Elle est alors soumise à l'association G. S. 0 gr. 30 puis 0 gr. 20. Le résultat est excellent. Par manque de produit on rétablit le gardénal 0 gr. 30. Cette dose est mal supportée : vertiges, abattement, somnolence, amaigrissement. En juin 1936, on revient à l'association G. S. à la dose de 0 gr. 30. Le résultat est très bon. La malade se sent mieux. Elle reprend du poids. Le 1er février 1937 la dose est diminuée à 0 gr. 25. La malade va toujours très bien.

Observation VIII : Mme Lab..., 36 ans. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 16 ans. Une crise par semaine, un vertige quotidien.

Le traitement et commencé en mai 1936. Le gardénal amène une grande amélioration, mais les accidents se reproduisent quoique plus espacés. Quarante centigrammes de gardénal sont mal supportés : somnolence diurne et persistance des vertiges.

En août 1936 elle est mise à l'association G. S. (0 gr. 40) qui en juin et en juillet en courtes périodes par manque de produit avait très bien réussi. Durant deux mois le résultat a été parfait à tous les points de vue.

3° *Renforcement de l'action du gardénal par la strychnine.*

Cette action très curieuse s'est déjà manifestée dans les observations citées plus haut ; mais comme les cas précédents étaient des cas sérieux obéissant mal au traitement gardénalique ordinaire, l'association de strychnine ne faisait que renforcer le traitement sans donner de résultat absolument parfait.

La mise en évidence de ce renforcement a été facilitée par la grande précision de la surveillance des malades du service. Seule cette surveillance permet d'établir la notion insuffisamment connue de *l'équilibre gardénalique.* En effet, dans tous les cas, d'ailleurs les plus nombreux, où le gardénal pris à dose suffisante amène la disparition complète des crises et des vertiges il existe *une dose minima*, précise au centigramme près, au-dessous de laquelle on ne peut descendre sans voir la réapparition immédiate des accès. Chez de nombreux malades du service, des essais multiples ont montré que cette dose minima était par exemple de 0 gr. 30, 0 gr. 20 ou 0 gr. 10 et que tout essai de diminution à 0 gr. 25, 0 gr. 18 ou 0 gr.09 amenait inéluctablement la reprise des crises. Cette dose minima peut cependant évoluer au cours des années. Dans les cas les plus nombreux, elle diminue légèrement avec l'âge ; plus rarement elle augmente au contraire progressivement. Il va de soi que l'établissement de cette dose minima n'est possible qu'avec une surveillance rigoureuse de l'ingestion du médicament, une surveillance précise des accès et des vertiges, enfin l'établissement de graphiques particulièrement bien tenus. C'est pourquoi il est beaucoup plus difficile de l'établir avec les malades externes.

Ce sont ces deux notions de l'équilibre gardénalique et de la dose minima qui nous ont permis de démontrer du point de vue clinique le renforcement de l'action antiépileptique du gardénal par la strychnine. Voici la façon dont nous avons procédé : soit par exemple un malade en équilibre avec 0 gr. 20 de gardénal. Des essais antérieurs ont montré que les crises réapparaissent avec 0 gr. 18 de gardénal. Il est soumis à l'association G. S. d'abord 0 gr. 20 puis 0 gr. 15 durant quelques mois : aucun accès, aucun vertige ne sont observés pendant toute cette période. On substitue alors 0 gr. 15 de gardénal : les crises réapparaissent aussitôt ; ou encore on revient à 0, gr. 20 de gardénal, puis on redescend à 0 gr. 18 et on constate que la dose minima est restée identique à ce qu'elle était quelques mois auparavant.

Cette diminution de la dose minima grâce à la strychnine est variable suivant les individus, mais en moyenne elle nous a paru d'un quart ou même d'un tiers. Autrement dit cette association, aux doses où nous l'employons actuellement, semble augmenter le pouvoir antiépileptique du gardénal d'un quart environ.

Voici quelques observations mettant ces faits en évidence :

Observation IX : Hell..., 51 ans. Epilepsie remontant à l'enfance. Traité à Bicêtre depuis 1929. Stabilisé à 30 centigrammes de gardénal : il a encore deux ou trois accès par an. Enfin 1933 : échec à 0 gr. 25, plusieurs crises. Nous revenons à 0 gr. 30. D'avril à août 1934 : association G. S. d'abord, 0 gr. 30 durant un mois, puis 0 gr. 25 durant quatre mois : très bon résultat aucun accès, aucun vertige. Ensuite il est remis au gardénal 0 gr. 25 : aussitôt deux accès dans le mois. Nous sommes obligés de revenir à 0 gr. 30 de gardénal.

Observation X : Fran..., 61 ans. Crises comitiales depuis l'enfance. Cinq par mois en moyenne. Traité à Bicêtre depuis 1905. Il prend du gardénal depuis 1920. Il est en équilibre avec 0 gr. 20 de gardénal. *Des tentatives d'abaissement à* 0 gr. 15 *ont toujours échoué.*

En 1934 : *Association G. S.* d'abord 0 gr. 20 : trois mois, aucun accès, aucun vertige, puis 0 gr. 15 : trois mois, aucun accès, aucun vertige.

Il est remis à la même dose de gardénal : échec, on remonte à 0 gr. 20 de gardénal : aucun accès, aucun vertige. Ensuite de nouvelles tentatives de diminution du gardénal échouent à 0 gr. 17 puis à 0 gr. 18.

Actuellement il prend 0 gr. 20 de gardénal.

Observation XI : Col..., 64 ans. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 12 ans. Entré à Bicêtre en 1920. Stabilisé à 0 gr. 20 de gardénal, puis à 0 gr. 15. En 1932 et 1933 échec à 0 gr. 13 et 0 gr. 11.

En 1934 : il est remis durant cinq mois à l'association G. S., 0 gr. 10, aucun accès aucun vertige. Il est remis au gardénal, 0 gr. 10, aussitôt une crise survient et nous sommes obligés de revenir à 0 gr. 15 de gardénal. Ensuite une tentative d'abaissemint à 0 gr. 12 échoue, une crise, et démontre que la dose minima n'a pas changé.

Observation XII : Ba..., 23 ans 1/2. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 15 ans. Huit à douze crises par mois. Hospitalisé depuis 1930. *Stabilisé à 0 gr.* 30 de gardénal. En 1936 une tentative de diminution à 0 gr. 25 échoue : une crise. Fin 1936, il est soumis *à l'association G. S. 0 gr.* 20 par jour durant cinq mois : aucun accès, aucun vertige.

Observation XIV : Chap..., 53 ans. Epilepsie ayant débuté à l'âge de 20 ans : quatre à huit crises par mois.

En 1934 : mis à l'association G. S. 0 gr. 20 durant 4 mois 1/2 : aucun accès, aucun vertige. Remis au gardénal 0gr. 20 un accès aussitôt.

En 1935 : il est diminué à 0 gr. 15 de gardénal et présente un un accès tous les deux ou trois mois.

En décembre 1936 : il est mis *à l'association G. S.* 0 gr. 15 ; il ne présente plus aucun accès, ni aucun vertige.

Nous pourrions encore citer de nombreuses observations dans lesquelles des résultats comparables ont été obtenus.

Nous ne sommes pas actuellement en mesure de préciser les bases physiologiques de ces résultats acquis par la seule expérimentation clinique. Il convient cependant de les rapprocher des nombreux travaux qui ont établi la réalité de la protection gardénal-strychnine.

***

Il faut envisager maintenant les conclusions pratiques qui se dégagent de nos observations.

En premier lieu nous devons constater que l'association de strychnine n'a jamais eu d'effets nuisibles sur l'action anti-épileptique. Dans certains cas, l'action de l'association G. S. n'a pas paru supérieure à celle du gardénal pur, mais jamais elle n'a été inférieure, presque toujours elle a été supérieure. D'autre part, nous n'avons jamais observé de signes d'intoxication par la strychnine malgré la longue durée de certains essais, six et huit mois.

En conséquence, les cas où nous aurons recours à l'association G. S. seront :

1° Ceux où les crises persistent malgré une forte dose de gardénal que l'on ne peut dépasser. Dans cette éventualité on pourra souvent augmenter la dose de 10 à 20 centigrammes sans voir apparaître de phénomènes d'intolérance et l'on aura l'heureuse surprise d'observer la suppression des crises ou une diminution importante de leur fréquence. Il faut en effet insister, en matière de thérapeutique par le gardénal, sur la nécessité de rechercher la dose maxima que peut supporter le malade quand les crises ne disparaissent pas. Nous voyons à notre consultation beaucoup de malades déjà traités par le gardénal mais à dose insuffisante et chez qui les crises persistent ; la simple augmentation du gardénal suffit souvent à les faire disparaître complètement. Cette dose maxima ne peut absolument pas être établie à l'avance, car la tolérance de chaque malade est essentiellement variable ; mais nous préciserons que nous avons vu des malades adultes supporter parfaitement les doses de 0 gr. 80 et de 0 gr. 90. L'association G. S. permet d'élargir encore la marge de tolérance.

2° Les cas où le gardénal pur à dose moyenne amène la suppression des troubles, mais provoque de la somnolence ou de l'abrutissement. Ici la substitution de l'association G. S. à dose égale donne toujours une amélioration nette.

3° Enfin chez les malades en équilibre gardénalique, il peut être intéressant de diminuer la dose de gardénal par l'essai de l'association G. S.

Il nous reste à préciser un dernier point : le début du traitement chez un épileptique qui n'a encore jamais pris de gardénal Dans ces cas l'expérience nous a montré que la meilleure méthode consiste à donner d'emblée des doses assez fortes, 0 gr. 30 à 0 gr. 40. Il s'agit d'un véritable traitement d'attaque pour lequel une excessive prudence irait à l'encontre du résultat cherché. Mais dans ce cas, la période d'adaptation qui marque le début de tout traitement par le gardénal est assez pénible à cause de la somnolence accusée par les malades durant trois semaines, un mois sans qu'on puisse parler d'intolérance vraie. Il est vraisemblable que l'association G. S. faciliterait beaucoup le passage de cette période d'adaptation.

Tels sont les résultats obtenus. Il nous ont montré que l'action du gardénal peut et doit dans de nombreux cas être améliorée par une association médicamenteuse appropriée. Et c'est là une voie de recherches dans laquelle il convient de persévérer.

En terminant nous ferons une dernière remarque. Les tentatives de suicide par le gardénal peuvent se voir chez les épileptiques ; elles sont faciles pour eux à réaliser. Notre malade de l'observation II a fait en 1934 une tentative de ce genre. On sait que des recherches ont été faites pour empêcher l'ingestion de doses massives de gardénal. Dans ce but certains ont proposé l'incorporation d'une faible quantité d'ipéca telle que seule l'ingestion massive soit suivie de vomissements. Mais la sensibilité individuelle très variable vis-à-vis des vomitifs d'une part, la nécessité pour certains de prendre de hautes doses d'autre part, ont fait rejeter cette solution. L'association de strychnine n'a pas ces inconvénients. Et il est logique de penser qu'elle rendrait le suicide plus difficile. En effet avec la posologie que nous avons proposée l'ingestion de 5 grammes de gardénal correspondrait à 3 centigrammes de strychnine ce qui n'est pas négligeable et l'on sait que l'action de la strychnine est d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce. Ce n'est là encore qu'une hypothèse, mais il nous sera peut-être donné un jour de l'etayer d'arguments plus précis.

CLINIQUE MÉDICALE

Les ictères des cirrhotiques [1]

Par Etienne CHABROL

En abordant l'étude des ictères dans les cirrhoses du foie, nous devons nous étonner de la rareté de la jaunisse dans un état morbide qui remanie si profondément le parenchyme hépatique.

Voici un organe qui a pour fonction essentielle l'excrétion de la bile ; des myriades de petits canaux sillonnent son parenchyme pour déverser quotidiennement dans l'intestin 500 à 1.000 grammes d'un liquide jaune d'or ; n'est-il pas surprenant de voir le volume et la couleur de ce liquide demeurer sans changements apparents, à l'heure où la glande qui le sécrète est labourée, bosselée, rétractée par le tissu conjonctif, au point d'avoir perdu la moitié de son poids ?

Si nous voulions exprimer par des chiffres la fréquence des ictères dans les cirrhoses du foie, nous resterions au-dessous de la vérité en disant : sur cent observations de cirrhoses recueillies de 1935 à 1937, dans notre service de Saint-Antoine, nous n'avons pas relevé plus de dix ictères francs, choluriques, commandés par une cholémie pigmentaire supérieure à 0 gr. 10 ‰.

En abaissant la ligne de partage au profit des subictères que conditionne une bilirubinémie voisine de 0gr. 08 ‰, le pourcentage ne dépasserait pas le chiffre de 25 % : en d'autres termes, les trois quarts des cirrhotiques n'ont pas d'ictère.

A l'exemple de nos aînés, nous pourrions étudier ce syndrome en observant les cadres anatomo-cliniques des *cirrhoses biliaires*, *cirrhoses veineuses*, *cirrhoses graisseuses*, *cirrhoses pigmentaires et cirrhoses mixtes*, mais à notre époque où la conception doctrinale des hépatites scléreuses est sujette à révision, il est une classification plus simple et plus prudente : nous nous bornerons à distinguer : *les cirrhoses ictérigènes* et les *ictères des cirrhotiques*.

(1) Leçon recueillie à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine le 3 avril 1937.

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Le traitement de l'hémoptysie tuberculeuse en pratique courante

Je n'envisagerai ici que les cas d'hémoptysie tuberculeuse banale, écartant les cas extrêmes — hémoptysie minime, réduite à un ou plusieurs crachats sanglants, dont on sait la grande valeur séméiotique mais qui du point de vue immédiat ne réclame rien d'autre que de bonnes paroles ; hémoptysie foudroyante qui va tuer en quelques instants et demeure largement au-dessus des ressources de l'art — écartant aussi les cas spéciaux comme de ces hémoptysies survenant au cours du pneumothorax artificiel par exemple.

Je laisse de côté le détail touffu des classifications anatomo-cliniques des tuberculoses hémoptoïsantes.

Je me refuse au dangereux dédale des hypothèses pathogéniques et cependant je voudrais qu'on admît ces prémisses : que le rôle est restreint au point d'être sensiblement nul de l'hypertension artérielle d'une part, des « troubles de la crase sanguine » d'autre part ; et qu'à l'opposé singulièrement décisif et nécessaire est celui des troubles vaso-moteurs déterminant dans le territoire qui saigne une hémorragie due non pas à la rupture vasculaire à proprement parler mais sans doute se faisant en nappe à partir de nombreux capillaires. Ainsi apparaîtra l'inanité de certaines médications classiques « anticoagulantes » qui sont, à l'hôpital comme en ville, religieusement prescrites malgré leur détestable inefficacité. Ainsi, à l'encontre, comprendra-t-on mieux le mécanisme d'action des thérapeutiques, anciennes ou nouvelles, qui ont fait leur preuve et qui, toutes, agissent en calmant les réflexes vaso-moteurs et en supprimant ou diminuant la vaso-dilatation pulmonaire.

A) Les mesures hygiéno-diététiques. Les petits moyens

1° *Exiger et assurer le repos complet du sujet.* Le malade sera maintenu au repos strict, au lit, *en position demi-assise*, tête et tronc soutenus par deux oreillers, et non pas, comme on le voit toujours faire, en position couchée à plat dos qui congestionne davantage les poumons et favorise la continuation et la reprise de l'hémorragie.

Sans déplacer le sujet on l'a ausculté en avant et dans les aisselles avec un stéthoscope biauriculaire, très discrètement, ou bien encore le malade lui-même a pu donner des renseignements sur le côté qui saigne. Si on a pu apprécier la localisation du foyer hémorragique il sera bon de recourir au *décubitus latéral* (ou seulement oblique) côté hémoptoïque en bas : petit moyen indiqué jadis par Bard et qui est excellent.

On rassure le malade sur l'issue des événements, on le calme. On tâche de calmer l'entourage ce qui est souvent plus diffi ile. et, dans la mesure du possible, on vide la chambre de la famille qui n'a pas manqué de l'envahir et y tient grand commerce d'inutilités.

Les opiacés administrés par voie rectale dans les cas légers, par voie hypodermique dans les cas plus sérieux, vont assurer la durée du repos physique et psychique. Ils sont d'ailleurs formellement indiqués à d'autres titres.

2° *La diète* sera complète dans les premières heures et l'on tâchera d'éviter ce suçotement de fragments de glace si cher à nos infirmières d'hôpital et d'ailleurs au public. La glace n'a sans doute aucune action et c'est heureux car le froid serait bien plutôt capable de faire saigner davantage. Mais le danger est que le malade a tendance à s'agiter constamment pour aller d'une main inquiète quérir dans le bol de sa table de chevet le glaçon sacramentel. Ainsi il risque de déclencher de la toux et une nouvelle hémorragie.

L'alimentation sera par contre reprise très rapidement, d'abord liquide (lait, crèmes, laits de poule, jus de fruits, jus de viande) puis semi-liquide et solide. On peut bien donner à boire frais, voire frappés les différents liquides du début. C'est indifférent et il n'y a qu'à suivre le goût du patient. Ce qui est idiot, c'est, comme on le voit faire quasi constamment, d'affamer le malheureux malade qui, s'il a une hémoptysie durable, parce que rebelle ou parce que mal soignée, risque ainsi de perdre quelques kilogrammes qu'il ne rattrapera peut-être jamais.

3° La sinapisation des membres inférieurs est classique mais semble d'une efficacité douteuse. La ligature à la racine des cuisses (dans le but de gêner la circulation de retour et de décongestionner ainsi la petite circulation) a été indiquée il y a long temps par Grisolle. Elle ne paraît pas avoir un intérêt pratique évident.

B) Calmer la toux

Quelle que soit l'idée qu'on se fait du mécanisme intime de l'hémoptysie il est évident que la toux entraîne à son tour l'hémorragie après avoir été déclenchée par elle : cercle vicieux qu'il faut rompre. *Indication encore de l'opium* : opium total ou morphine, isolément ou mieux encore en association avec de l'atropine, de la scopolamine. On injectera non pas seulement un demi mais un centigramme de chlorhydrate de morphine.

On a reproché aux opiacés de favoriser la stagnation du sang dans les bronches. Il ne nous est jamais apparu ni que cette stagnation soit bien grande ni que les effets en soient terribles.

C) Agir sur les causes déterminantes de l'hémorragie

1° *Calmer les phénomènes vaso-moteurs et substituer à la vaso-dilatation pulmonaire la vaso-constriction.*

Là encore *la morphine* est en premier lieu indiquée. Elle suffit huit fois sur dix.

Si l'hémoptysie est abondante et qu'il faille aller vite on emploiera en outre l'injection *intra-veineuse* (et non sous-cutanée qui est strictement inopérante) *d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse*, à la dose de 5 à 10 unités internationales, soit sous le volume de 1 c. c. soit sous celui de 10 c. c. par dilution extemporanée dans du sérum physiologique ou par emploi des ampoules du commerce ainsi diluées. On recommande pour éviter un choc brutal de pousser très lentement, en cinq minutes au moins (P.-E. Weill). Je préfère employer l'ampoule de 10 unités dans 1 c. c. : j'injecte *sans enlever le garrot* et l'injection finie j'enlève le lien. Je n'ai jamais observé ainsi de choc important. Quoiqu'il en soit, on obtient dans la règle un arrêt de l'hémoptysie *immédiat*, pendant le cours même de l'injection ou dès qu'on lève le lien.

Si l'hémoptysie se prolonge ou récidive on adjoindra à la morphine (ou à la morphine atropine) les injections hypodermiques de *chlorhydrate d'émétine* (deux à quatre centigrammes, une à deux fois chaque jour). *L'ipéca* administré *per os* à doses nauséeuses est d'ailleurs une médication classique, souvent efficace.

Je rapproche de ces médications la curieuse méthode des *injections sous-cutanées d'air ou d'oxygène*, à la dose de 2 à 400 c. c. (méthode de Ravina, Courcoux, Bourgeois). Il est vraisemblable qu'elle agisse par le truchement d'une action vaso-motrice. Ses résultats sont d'ailleurs inconstants.

D) Les médications visant à modifier la crase sanguine dans le sens de l'hypercoagubilité

Elles sont nombreuses. Elles doivent leur succès à ceci qu'elles n'empêchent pas les arrêts spontanés de se faire ce qui est évidemment quelque chose. Leur action m'a toujours paru nulle et d'ailleurs il n'y a pas de troubles de la coagulabilité sanguine au cours des hémoptysies tuberculeuses banales.

Dans ces conditions éviter les piqûres et (pour satisfaire la famille) en demeurer à la potion de chlorure de calcium à petite dose ou aux diverses pectines.

E) Le pneumothorax artificiel

Il n'est pas banal d'avoir à y recourir, non plus qu'aux autres collapsothérapies. Il est des cas qu'il s'impose mais ce n'est plus guère de la pratique courante.

La même remarque s'appliquera mieux encore aux injections intratrachéales d'adrénaline préconisées par Ascoli.

F) Les méthodes réparatrices de l'hémorragie

Une fois l'hémoptysie finie il faut penser à la spoliation sanguine qui fut parfois importante et faire en sorte de la réparer : médications antianémiques pour l'action continue et étalée ; *transfusion sanguine* parfois (rarement) pour l'action immédiate et puissante.

***

En conclusion : Huit fois sur dix au moins l'hémoptysie tuberculeuse s'arrête d'elle-même et l'on saura alors ne mettre en œuvre que les petits moyens, la précieuse morphine, le régime rapidement réparateur :

Parfois à la morphine il faut adjoindre la post-hypophyse intraveineuse ou l'émétine sous-cutanée ;

Rarement l'hémoptysie sera réellement rebelle et nécessitera les thérapeutiques d'exception ;

Dans tous les cas on sera particulièrement sobre de certaines médications dont on n'est pas sûr qu'elles soient toujours anodines mais dont le caractère superflu est éclatant.

Dr Marcel PERRAULT
Chef de clinique à la Faculté

Les cirrhoses ictérigènes

Sous le nom de cirrhoses ictérigènes nous voulons sous-entendre que du début à la fin de la maladie la jaunisse fait partie intégrante du tableau clinique ; elle naît et meurt avec la cirrhose.

Le type en est fourni par la *maladie de Hanot*, cette affection de pronostic longtemps favorable, durant laquelle le foie et la rate se tuméfient et s'indurent par poussées successives, sous le masque trompeur, d'un ictère infectieux récidivant. Cependant la jaunisse tend à devenir permanente, tout en conservant son caractère intermittent. A son apogée, elle répond à une cholémie pigmentaire que Gilbert et Lereboullet ont jadis évaluée au taux moyen de 0 gr. 33 ‰, d'après une statistique personnelle de onze observations. Nous pouvons ajouter aujourd'hui que la cholalémie et la cholestérolémie sont non moins constantes et anormalement élevées. L'une et l'autre donnent leur reflet en aval du foie, dans la bile duodénale ; avec Marcel Cachin, nous avons démontré la réalité de cette polycholie souvent considérable, tout en notant qu'elle s'effaçait par intervalles derrière une obstruction temporaire, dont la recrudescence de la jaunisse et la décoloration des selles sont les meilleurs témoins. C'est alors que l'on peut noter des poussées de prurit et de xanthelasma.

Cette affection énigmatique, de plus en plus rare de nos jours, est l'une des cirrhoses ictérigènes qui traîne le plus en longueur, avec une diurèse abondante et un état général somme toute satisfaisant.

Il faut attendre des années pour voir apparaître les grands signes de l'insuffisance hépatique ; la jaunisse s'atténue généralement dans les dernières semaines, tandis que rétrocèdent le volume et la consistance du foie et qu'un léger degré d'ascite distend l'abdomen douloureux.

Mais il est *d'autres cirrhoses biliaires* que la maladie de Hanot. En 1896, un an avant sa mort, le maître de Saint-Antoine a reconnu que *la syphilis* pouvait réaliser le même syndrome. Nous avons observé un bel exemple de cette forme étiologique curable, chez un jeune homme de 27 ans, qui présentait parallèlement une kératite interstitielle et des déformations du tibia rappelant la maladie de Paget.

Il existe aussi des *cirrhoses biliaires hypertrophiques malignes*, qui tournent court en l'espace de quelques semaines, la triade ictère, gros foie, grosse rate s'étant accompagnée de violents accès fébriles et d'une insuffisance hépatique précoce. Chez une de nos malades, l'autopsie nous permis d'assigner aux réactions inflammatoires une topographie insulaire et intralobulaire absolument conforme au schéma de Charcot ; cependant il ne s'agissait pas d'une cirrhose ; le tissu néoformé ne contenait dans ses mailles qu'un amas bigarré de mononucléaires et de cellules conjonctives jeunes ; à la périphérie de ces placards inflammatoires, la réaction mésenchymateuse se poursuivait dans la profondeur des lobules, en se confondant avec le tissu réticulo-endothélial.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de ces cirrhoses biliaires hypertrophiques malignes le tableau des hépatites ictérigènes, qui se traduisent par *un ictère grave* et *une atrophie subaiguë du foie.* J'en ai observé pour ma part plusieurs exemples. L'un des plus typiques, relaté avec Jean Cottet, concernait un Tunisien qui succomba à un ictère infectieux fébrile, remarquable par sa polycholie et le chiffre élevé de sa cholémie pigmentaire. Le foie de ce malheureux était aussi ratatiné et atrophié que peut l'être la glande hépatique au terme de la cirrhose de Laennec la mieux cataloguée ; cependant il ne renfermait aucune trace de tissu conjonctif adulte ; il était simplement détruit de place en place, en de larges territoires où la nécrose cellulaire affectait une topographie annulaire et pluri-lobulaire. Sur le fond de ce tissu mortifié, tranchaient de volumineux néo-canalicules et de nombreuses cellules jeunes, mononucléées ou fusiformes ; dans les régions indemnes, les travées hépatiques semblaient en hyperplasie.

Cette hépatite eût vraisemblablement évolué vers le tableau classique de l'atrophie scléreuse, si le malade n'avait été rapidement emporté par la toxi-infection ictérigène. Les faits de cet ordre ne sont pas exceptionnels ; tout dernièrement encore l'autopsie d'un ictère syphilothérapeutique nous a permis de retrouver des lésions exactement comparables.

Clôturons le chapitre des cirrhoses ictérigènes en marquant la place et le déclin des cirrhoses calculeuses et des cirrhoses mixtes.

Les *cirrhoses ictérigènes calculeuses* étaient jadis fréquentes, à l'époque où l'angiocholite lithiasique n'était point prévenue par l'intervention chirurgicale précoce ; de nos jours nous en observons encore, de loin en loin, malgré les bienfaits du drainage de Kehr. Je pourrais rapporter ici en détail la curieuse histoire d'une femme de 35 ans qui doit à ce drainage d'avoir vu disparaître ses crises douloureuses, son ictère, ses accès fébriles, mais qui conserve un foie volumineux et dur, trouvant la signature de la lithiase biliaire dans une cholestérinémie de 7 grammes au litre et un xanthelasma des paupières et des mains. Cette malade occupe actuellement dans notre service la place qui était réservée il y a quelques mois à une autre opérée des voies biliaires, ayant passé par les deux phases de l'ictère calculeux et de la cirrhose ascitique.

Dieulafoy eût sans doute rangé cette dernière observation dans le domaine des *cirrhoses mixtes*, pour traduire par ce mot qu'au cours des cirrhoses le tableau de l'ictère et celui de l'ascite peuvent être juxtaposés. Cela est vrai temporairement et nous allons le souligner en abordant l'étude des ictères chez les cirrhotiques, mais en réalité il est exceptionnel de voir pendant des mois la jaunisse et l'hydropisie évoluer côte à côte.

Sonnié-Moret a bien parlé dans sa thèse de 1911 d'un certain ictère noir, sans décoloration des matières, qui traînerait en longueur sans entraîner la recrudescence d'une ascite modérée ; je garde moi-même le souvenir très lointain d'un cas de cet ordre où la syphilis était en cause. Les « cirrhoses mixtes », au sens de Dieulafoy, n'en sont pas moins exceptionnelles et très différentes cliniquement des poussées d'ictère, qui surviennent au cours des cirrhoses avec ou sans ascite et qui ont été bien étudiées en France par Noël Fiessinger, Gilbert et Lereboullet.

Les ictères des cirrhotiques

Ici l'ictère apparaît comme une complication épisodique, sur le fond des hépatites scléreuses que nous observons quotidiennement dans nos services hospitaliers. Avant qu'il survienne, on a parlé de cirrhose atrophique de Laënnec, d'hépatite alcoolique ou tuberculeuse, de cirrhose graisseuse, de cirrhose hypertrophique de Hanot-Gilbert, de cirrhose pigmentaire. Quelles que soient leur nature intime et leur dénomination, toutes ces cirrhoses offrent un trait commun : en temps habituel, la jaunisse ne fait point partie intégrante de leur tableau clinique.

La cholémie latente des cirrhotiques. — Cependant les urines de ces malades offrent assez souvent la coloration rose saumon que Gubler mettait sur le compte de l'hémaphéine et qu'il croyait définir par l'anneau brunâtre de l'acide azoteux : « Cet ictère hémaphéique n'est autre qu'un ictère métapigmentaire », affirmera plus tard Hayem. « C'est l'ictère de la diazo-réaction indirecte », précise de nos jours Hymans van den Bergh en traitant par l'alcool le sérum sanguin. C'est plus simplement un ictère acholurique avec urobilinurie. Chez tous les cirrhotiques, la bilirubine peut être mise en évidence dans la

circulation lorsqu'on emploie la réaction de Gilbert et Herscher ; chez tous la diazo-réaction est directement positive lorsqu'on utilise l'artifice de technique que nous avons préconisé avec Charonnat et Busson. Le taux de la bilirubinémie physiologique étant compris entre 10 et 20 milligrammes, c'est généralement entre 20 et 60 milligrammes qu'oscille la cholémie pigmentaire des cirrhotiques sans ictère.

Il ne faut pas s'attendre à trouver les cholémies les plus élevées chez les malades dont le foie est le plus atrophié ; ce sont les hépatites scléreuses hypertrophiques qui donnent les plus forts chiffres de bilirubine. Devons-nous l'expliquer en faisant valoir que le foie dispose alors d'une plus grande activité biligénique ? Nous ne serons pas aussi affirmatifs sur ce point que Gilbert et Herscher. Chez la plupart des cirrhotiques que nous avons soumis au tubage d'Einhorn, la sonde nous a permis de ramener une bile abondante et relativement colorée, aussi bien dans les cirrhoses atrophiques que dans les cirrhoses hypertrophiques : « Quelles que soient nos conceptions doctrinales sur le problème de la biligénie pigmentaire, avons-nous écrit en 1922 avec Henri Bénard et Gambillard, que l'on considère la cellule du foie comme la source de la bilirubine ou comme un simple filtre chargé de son excrétion, on ne peut que s'étonner de l'abondance des pigments biliaires dans le duodénum des cirrhotiques ». Nous avons confirmé cette remarque avec Marcel Cachin, tout en observant que l'acide cholalique et le cholestérol obéissaient à des lois différentes. Au cours de la cirrhose de Laënnec, il n'est point rare de découvrir par la sonde d'Einhorn une dissociation au profit de la bilirubine, qui est généralement de très mauvais augure. La régression du cholestérol biliaire est alors le pendant de l'hypocholestérolémie que nous avons étudiée avec Jean Sallet, en insistant sur le sens pronostique de son évolution.

Pour apporter quelque clarté à l'étude des ictères chez les cirrhotiques, nous avons proposé d'envisager successivement :

L'ictère prémonitoire ;
L'ictère des poussées évolutives ;
L'ictère terminal.

L'ictère prémonitoire. — Il n'est pas rare d'apprendre, à l'interrogatoire d'un malade cirrhotique, que ce sujet a été soigné dans les mois précédents pour un ictère catarrhal, bien avant que le météorisme et l'ascite aient donné une signature à son affection. Cet ictère catarrhal est un précieux symptôme révélateur, qui invite à palper le foie et à constater sa dureté ; c'est aussi un symptôme de très vif intérêt pathogénique, car il soulève la question des virus ictérigènes et cirrhogènes à longue échéance, que nous avons déjà abordée à propos des ictères graves avec atrophie du foie.

L'ictère des poussées évolutives. — L'ictère peut également survenir alors que le météorisme et l'ascite sont déjà établis. Presque toujours il provoque une raréfaction des urines et une recrudescence de l'exsudation séreuse. Noël Fiessinger et Brodin l'ont justement souligné en proposant la dénomination de syndrome ictéro-ascitique. Il est d'autres variétés de poussées évolutives déclenchées par l'ictère ; chez un de nos malades de Saint-Antoine, la jaunisse fut contemporaine d'accès fébriles, d'une éruption purpurique et d'un accroissement de l'hépatomégalie ; elle n'aggrava point le pronostic ; le foie diminua de volume, tout en conservant sa dureté, dans les jours qui suivirent la crise urinaire. J'ai également rapporté l'histoire de trois malades qui virent leur hydropisie et leur jaunisse rétrocéder parallèlement à la faveur d'une débâcle polyurique.

L'ictère mortel. — Mais il ne s'agit là que de curieuses exceptions. Dans la majorité des cas, l'ictère est de fâcheux augure lorsqu'il frappe les cirrhotiques en état de rétention hydropigène. L'insuffisance hépatique est alors la rançon des poussées évolutives. Cependant, si l'ictère peut déclencher les accidents terminaux, assez souvent il s'atténue ou s'efface au fur et à mesure que se déroule leur cortège ; il n'est point nécessairement contemporain des hémorragies cutanées ou muqueuses, de la somnolence et du coma. C'est alors qu'à l'exemple des anciens cliniciens on peut parler « d'ictère grave sans ictère ». La conclusion n'est pas sans intérêt pathogénique : Si l'ictère amorce fréquemment l'insuffisance du foie, il ne témoigne point par lui-même de cette insuffisance.

Discussion pathogénique

Pour expliquer l'apparition de l'ictère chez les cirrhotiques, il ne suffit pas de confronter des coupes et de cantonner ses regards dans le domaine de l'anatomo-pathologie : il faut essayer d'aborder le terrain bactériologique, tout en reconnaissant les mystères dont l'évolution des virus ictérigènes est encore entourée.

Raisonnons d'abord en ANATOMISTES. La première hypothèse qui se présente à notre esprit est que l'ictère des cirrhotiques traduit une *obstruction du canal cholédoque* : calcul lithiasique, cholédocite inflammatoire, pancréatite chronique. J'ai rapporté plusieurs exemples de ces ictères par rétention dans ma thèse de 1910 sur les « pancréatites au cours des affections du foie » et tout dernièrement j'ai pu découvrir avec J.-L. Parrot des concrétions calculeuses dans la voie biliaire principale d'une cirrhotique, qui avait présenté durant les derniers jours de sa vie un ictère flamboyant, greffé sur le tableau d'une ascite et d'un hépatomégalie chroniques. Ce sont là des rencontres assez rares, que le crédit de l'angiocholite et de l'hépatite a jusqu'ici laissées dans l'ombre.

En se réclamant de l'autorité de Charcot, de Charrin et Roger, de Gilbert, Dominici, Lereboullet, la *théorie de l'angiocholite* a fait valoir deux arguments primordiaux pour expliquer l'ictère : la fréquence des lésions inflammatoires développées à la périphérie des petits canaux biliaires intrahépatiques dans la maladie de Hanot, et la possibilité de reproduire ces lésions par une ligature des voies biliaires, à l'exemple de Charcot et Gombault.

Dans ces circonstances cliniques et expérimentales, il se produirait une irritation mésenchymateuse du foie, tenant sous sa dépendance une hyperplasie du parenchyme et un véritable diabète biliaire : polycholie, hyperuréogénie, tolérance exagérée vis-à-vis des hydrates de carbone ; cependant les poussées d'angiocholite expliqueraient la recrudescence de la jaunisse et l'aspect changeant des matières.

Si cette théorie n'a plus cours aujourd'hui, lorsqu'il s'agit d'interpréter l'ictère des cirrhoses veineuses, elle garde encore des partisans dans le champ clos des cirrhoses biliaires. « La cholangie » de Naunyn et Umber est proche parente de « l'angiocholite » de Gilbert et « la réaction interstitielle » que ce dernier observateur a si souvent invoquée, se confond dans sa topographie avec « la réaction réticulo endothéliale » à laquelle Eppinger a attachée son nom.

Remarquons en passant que l'angiocholite n'a jamais prétendu expliquer à elle seule le développement de la cirrhose calculeuse. Dans cette dernière, l'observateur le moins averti peut déceler les traces d'une cirrhose cicatricielle, dite de remplacement, qui a pris naissance sur les confins des foyers d'hépatite dégénérative, désignés sous le nom d'infarctus biliaires, et que la *théorie parenchymateuse des cirrhoses* a depuis longtemps retenus à son actif.

Ce serait d'ailleurs une grave erreur que de chercher à interpréter l'ictère des cirrhotiques en perpétuant l'opposition qui sépare l'une et l'autre, la théorie parenchymateuse et la théorie interstitielle des hépatites scléreuses. Le mécanisme des rétentions biliaires est beaucoup plus

complexe et l'on conçoit que Noël Fiessinger et Brodin aient cherché à l'élucider en faisant intervenir une brusque dégénérescence de la cellule du foie qui, venant à gonfler dans le cadre inextensible des anneaux de sclérose, comprimerait parallèlement les canalicules biliaires et les ramuscules du système porte intra-hépatique. Si cette explication est très légitime dans certaines formes d'hépatites graisseuses ictérigènes, elle se trouve en défaut lorsque l'ictère évolue sur le fond d'une cirrhose sans dégénérescence parenchymateuse profonde ; elle cadre mal avec les faits d'hépatites dégénératives sans ictère, qu'il n'est point rare de rencontrer à l'autopsie des cirrhotiques.

En constatant la faiblesse des interprétations pathogéniques que la cholédocite, l'angiocholite et l'hépatite ont tour à tour inspirées, devons-nous reprendre, à propos des cirrhoses, les discussions sans fin que l'*origine hémolytique des ictères* a jadis suggérées ? Plusieurs observateurs ont incriminé le rôle de la rate. Il était logique de donner une orientation chirurgicale au traitement de la maladie de Hanot, devant les brillants résultats que la splénectomie a permis d'obtenir dans l'ictère chronique splénomégalique ; malheureusement l'ablation de la rate ne fait point régresser l'ictère des cirrhotiques ; d'autre part, elle n'est pas sans dangers, si l'on en juge par l'histoire des 19 opérés que Krumbhaar a pu suivre dans la clinique des Mayo.

D'autres auteurs ont prétendu qu'une destruction exagérée des globules rouges était en cause. Ils ont rappelé que Castaigne, Gouget, Robin et Fiessinger avaient pu mettre en évidence chez quelques cirrhotiques une légère diminution de la résistance globulaire, d'assez nombreuses hématies granuleuses, quelquefois même une auto-agglutination des globules par le sérum des malades. Ce sont là autant de documents d'attente qui font revivre la conception de l'ictère hémaphéique de Gubler ; dans le même ordre d'idées il n'est pas illogique de penser que les acides gras du parenchyme hépatique dégénéré, contribuent à réaliser une hyperbiligénie pigmentaire par leur action hémolysante.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations doctrinales : elles nous invitent à confesser notre ignorance et à sortir des sentiers battus qu'ont suivis nos aînés.

Du **point de vue étiologique**, pouvons-nous entrevoir certaines des conditions morbides qui président à l'éclosion de l'ictère cirrhotique ?

Fiessinger a fait jouer un rôle important aux *intoxications d'origine digestive*, d'autant plus redoutables que la glande hépatique manque depuis plus longtemps à ses fonctions antitoxiques ; la dégénérescence du foie joindrait la nocivité de ses hépato-toxines à l'action directe des poisons gastro-intestinaux.

Sans contester l'intérêt de ce facteur pathogénique, nous ferons remarquer une fois de plus que l'hépatite graisseuse avec ictère franc est presque une exception en regard de l'hépatite graisseuse sans grand excès de bilirubine sanguine. La jaunisse des cirrhotiques est remarquable par un double caractère, sa rareté et son intensité et l'on peut se demander si par ce double trait elle ne révèle pas l'*intervention d'un facteur spécifique*. Personnellement nous pensons volontiers qu'elle traduit assez souvent la rencontre fortuite d'un ictère infectieux et d'une cirrhose banale, rencontre qui n'est point sans dommage pour un sujet dont l'émonctoire hépatique est profondément adultéré et qui ne peut faire les frais d'une crise urinaire. Cette hypothèse, qui nous explique aussi bien le syndrome ictéro-ascitique que la débâcle polyurique, nous semble en accord avec la notion bien établie de la fragilité des hépatiques, avec la moindre résistance de ces malades vis-à vis de la pneumonie et des infections secondaires qui se greffent si facilement sur eux. La conception moderne des virus ictérigènes, appliquée à l'étude des ictères de la syphilis et du salvarsan n'est pas sans éclairer les jaunisses évolutives et les ictères terminaux qui apparaissent si brusquement au cours des cirrhoses, précipitant leur marche, alors que rien n'a fait prévoir l'éclosion d'accidents aussi redoutables à brève échéance.

Nous pourrions amplifier encore cette hypothèse en nous demandant si certaines *cirrhoses ictérigènes* ne sont pas dans leur essence même de nature infectieuse. La question a été posée depuis longtemps à propos de la maladie de Hanot ; à une époque où l'on considérait cette affection comme l'effet d'une angiocholite oblitérante, Gilbert, Hayem, Gastou, Lereboullet se sont attachés à établir que le foie de leurs malades renfermait un entérocoque ou des colibacilles. Aujourd'hui nous exigeons une spécificité plus étroite pour expliquer le développement de la cirrhose biliaire ; la syphilis a été dans bien des cas mise en cause ; Chauffard a incriminé jadis un parasite de nature inconnue. Ce germe est-il proche voisin des spirochètes ictérigènes ? Il n'est pas sans intérêt de rappeler que Garnier et Reilly ont vu survenir dans la convalescence d'une spirochétose ictéro-hémorragique la triade classique du syndrome de Hanot.

Il n'est pas rare non plus de découvrir une hépatite subaiguë, tendant vers la cirrhose, à l'autopsie de certains ictères graves infectieux. Les larges anneaux de nécrose cellulaire, l'abondance des néo-canalicules sur les confins d'un parenchyme glandulaire en hyperplasie donnent une signature très particulière à ces *cirrhoses ictérigènes malignes*. Nous l'avons souligné avec Jean Cottet en posant le point d'interrogation ; certains virus ictérigènes ne sont-ils pas en même temps cirrhogènes ? Tout en faisant la part des phénomènes d'intolérance et de prédisposition individuelle, il est légitime de penser qu'à la lumière de la bactériologie nous pourrons un jour mieux comprendre le très grand nombre des ictères qui frappent les cirrhotiques.

Pronostic et diagnostic

C'est le *bocal d'urines* qui nous fournit chez ces malades l'élément de pronostic le plus intéressant : une oligurie persistante nous laisse prévoir le développement de l'ascite et de l'insuffisance du foie ; inversement, l'évolution s'annonce favorable du jour où le volume des urines s'élève progressivement. Il va de soi que les défaillance de la diurèse contre-indiquent absolument l'emploi des médications mercurielles : neptal, novurit cyanure ou salyrgan ; la syphilis figurerait-elle dans les antécédents, ce n'est pas une raison suffisante pour exposer aux dangers de l'hépatite toxique un malade dont l'émonctoire rénal manque à sa tâche. Mieux vaut alors s'en tenir à la triade thérapeutique du repos absolu, du lait écrémé et de l'opothérapie hépatique à doses relativement élevées. Ces réserves seront encore plus justifiées lorsqu'aux côtés de la rétention hydrique, la fièvre, l'amaigrissement, les hémorragies et les troubles nerveux compléteront la série des symptômes d'alarme.

Entre temps *le laboratoire* aura fourni d'utiles indications concernant l'avenir des malades. Certaines, immédiates, ressortissent du taux des polypeptides et de l'azote résiduel, leur élévation faisant redouter la mort à très brève échéance.

D'autres nous renseignent sur le pronostic lointain : avec Jean Sallet nous avons insisté sur l'étude comparative du cholestérol et de l'acide cholalique du sang. Ce sont deux indices de très fâcheux augure que la disparition des sels biliaires et l'abaissement du cholestérol au voisinage de 1 gramme ‰ chez les ictériques ; ce sont aussi deux éléments précieux de diagnostic, car dans les rétentions cholédociennes le taux de la cholalémie, plus encore que celui de la cholestérolémie, est généralement élevé.

Le chirurgien ne doit pas l'ignorer, lorsqu'il hésite

entre l'hépatite ictérigène et le calcul du cholédoque. On écrit trop volontiers que ce diagnostic différentiel est facile pour qui sait rechercher l'hépatomégalie : dans les cirrhoses, nous dit-on, le foie est dur et indolore ; son bord inférieur est tranchant, alors que dans les ictères par rétention les données de la palpation sont bien différentes : le foie est sensible, il n'est pas induré, son bord n'est pas tranchant et l'épreuve de la galactosurie est négative, pourvu qu'elle soit pratiquée dans les premiers jours de l'obstruction biliaire.

Je ne serai pas aussi affirmatif : en palpant un ictérique musclé et gras, il m'est arrivé de confondre l'hypertrophie réactionnelle de la cirrhose et la congestion biliaire du gros foie cholédocien ; dans les deux cas, la glande hépatique peut être sensible et dure. J'ai eu également la surprise de voir des malades se libérer de leur jaunisse et de leur diagnostic d'ictère par obstruction, tout en conservant leur hépatomégalie ; il s'agissait bien d'une cirrhose ; l'apparition d'une ascite le démontra sans discussion quelques semaines plus tard. C'est dire les difficultés d'un problème que la clinique et le laboratoire doivent essayer de résoudre conjointement, avec une prudence et une rigueur d'autant plus désirables qu'une intervention chirurgicale peut être la conclusion du débat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 16 juin 1937

A propos du syndrome de Volkmann. — *M. Sorrel* par ses observations montre qu'il y a souvent moyen d'éviter l'apparition du syndrome de Volkmann. Les fractures sus-condyliennes graves de l'enfant, s'accompagnant d'un gros déplacement doivent être opérées, car on peut en réduisant le déplacement et en supprimant les compressions vasculaires et nerveuses, éviter l'apparition du syndrome. Si ce dernier est déjà constitué, on peut en éviter l'aggravation et diminuer les séquelles définitives.

Pneumothorax extrapleural. — *M. R. Monod* insiste sur les deux avantages de la méthode : moindre mutilation et possibilité de la faire accepter plus rapidement par des malades dont l'affection soit moins avancée. Elle s'adresserait donc à des cavernes plus récentes, à parois plus souples mais les cavernes proches du médiastin, dans des poumons à adhérences vertébrales, n'en sont pas justiciables.

L'auteur a utilisé pour maintenir l'apicolyse, des petits ballonnets de caoutchouc qu'on gonfle ultérieurement et qui sont maintenus temporairement en place. Il a pu ainsi collaber le sommet du poumon et compléter quelque temps après l'intervention par une thoracoplastie. Cette méthode lui semble permettre un dosage plus rigoureux de la pression nécessaire au collapsus pulmonaire, et évite la perte d'air fréquente dans le pneumothorax extrapleural.

Osselet surnuméraire du carpe. — *MM. Roques* et *Grizaud* ont pu mettre en évidence par la radiologie un osselet surnuméraire du carpe, situé dans l'interligne scapho-trapézien et de la taille d'une lentille. Il s'agirait d'un os radial externe, décrit mais non encore retrouvé à la radiographie (rapport de *M. Mouchet*).

Utilisation du magnésium dans le traitement chirurgical des fractures. — *M. Menegaux* fait un rapport sur un travail de *M. Verbrugge* (Anvers). Pensant que les prothèses ne sont pas toujours bien tolérées et que chez l'enfant elles peuvent léser le cartilage de conjugaison, il a recherché un métal pouvant se résorber spontanément dans les tissus ; ce métal est composé surtout de magnésium avec un peu d'aluminium et des traces de manganèse. L'expérimentation sur l'animal a montré l'innocuité de ce métal pour les tissus et la parfaite reconstitution osseuse obtenue grâce à lui. Trente-cinq malades ont été opérés selon ce procédé. Après l'intervention absence de réaction inflammatoire aiguë, et absence de douleur. Il y a toujours au niveau du foyer de fracture un épanchement d'hydrogène qui disparaît progressivement. Le métal se résorbe peu à peu, selon une durée qui est variable avec les dimensions de la plaque de prothèse et sa proximité du tissu osseux. Dans vingt-cinq cas il n'y a eu aucune production anormale ostéo périostée au contact de la prothèse. Quinze fois le cartilage de conjugaison a été perforé sans que l'accroissement épiphysaire s'arrête ou soit vicié. Les réactions articulaires sont minimes.

Enfin il n'y a eu aucune modification du calcium sanguin ni du phosphore. Les coupes histologiques présentent toujours des vacuoles gazeuses contenant de l'hydrogène.

M. Menegaux critique cette méthode qui a l'inconvénient de désorganiser le tissu osseux, de laisser les poches gazeuses péri-osseuses qu'il faut parfois ponctionner, et d'entraîner parfois des fistules osseuses. L'emploi du magnésium est peu favorable normalement à la consolidation osseuse, comme l'ont montré des nombreux travaux récents.

Les expérimentations de *M. Bardin* à l'aide de perles d'émail ont montré qu'on ne peut pas chez l'animal obtenir de morts subites par embolies de corps volumineux. L'embolus amène une vasodilatation capillaire et des réactions veineuses artérielles et bronchiques ne pouvant s'expliquer que par un mécanisme nerveux. L'expérimentation à l'aide d'agents très fins (pierre ponce) en quantité minime, a seule pu amener la mort subite. Les études montrent aussi que le rôle essentiel de l'embolus est d'irriter les terminaisons nerveuses des parois de l'artère pulmonaire donnant naissance à des réflexes, pouvant entraîner la mort subite.

Des moyens thérapeutiques peuvent être tirés de ces études expérimentales. En interrompant ou en sectionnant les nerfs vagues on peut expérimentalement augmenter beaucoup la tolérance aux embolus.

Les paralysants du sympathique font l'effet contraire. Les excitants du sympathique (éphédrine) et les paralysants du pneumogastrique (atropine) associés à des alcalins (bicarbonate de soude) augmentent beaucoup la tolérance de l'animal aux embolus. On doit donc appliquer ces résultats au traitement des embolies post-opératoires humaines. Loin de préconiser l'opération de Trendelenburg, difficile à réaliser et reposant peut être en son principe sur une erreur pathogénique, il préconise l'atropine intraveineuse à doses massives (1, 2 à 3 centigr.), associée à des doses de morphine enorme (5 à 10 centigr.) et à de l'éphédrine.

Dans les formes à type d'œdème aigu, saignée plus ouabaïne et atropine. On associera à cette thérapeutique respiration artificielle et oxygène. Dans la prévention des accidents, il faut donner bicarbonate de soude et injections préventives d'atropine et d'éphédrine. A l'étranger des statistiques importantes montrent l'effet de l'atropine et de la papaverine.

M. Grégoire constate que pour le poumon comme pour les autres viscères, on arrive maintenant à la conception d'infarctus d'origine reflexe, infarctus par shock n'étant plus déterminés par une obstruction artérielle.

M. Quénu insiste sur un symptôme tout à fait particulier et fréquent dans les petites embolies, c'est la sudation profuse. Elle permettrait de prévoir l'apparition d'un infarctus. Cette sudation pourrait être d'origine neuro-vegetative.

M. Robert Monod rapproche des travaux de Bardin, les effets de la pneumectomie totale. Quand on place le tourniquet sur le pédicule pulmonaire on n'observe pas la mort immédiate.

Il y aurait intérêt à savoir quelle est la zone artérielle la plus réflectogène. Il semble que ce sont les artères de calibre moyen plutôt que les grosses artères ou que les artérioles. Il pense enfin que l'ablation du caillot par le Trendelenburg amène quelquefois un effet heureux. Peut-être est-ce parceque le caillot irrite l'endartère du tronc artériel pulmonaire.

M. Okinczyc a toujours vu de beaucoup meilleurs résultats par l'emploi de l'héroïne que par celui de la morphine.

M. de Martel utilise au point de vue neuro-chirurgie l'emploi des médicaments à action de section nerveuse. Il est d'accord pour les employer aussi après les grosses interventions abdominales.

M. Lamarre pense que la plupart des accidents post-opératoires se voient chez des malades vagotoniques.

Séance du 23 juin 1937

Myosite aiguë streptococcique. — *M. d'Allaines* rapporte une observation de polymyosite généralisée d'évolution

particulièrement grave. Les localisations principales ont été aux muscles pectoraux et grand dorsal. Chez un jeune homme de 14 ans il y eut un début aigu après des antécédents de fatigue du membre supérieur. A l'intervention, aspect typique de phlegmon musculaire. Drainage. Chute thermique, mais bientôt réascension de la température et reprise des signes locaux au niveau des pectoraux et du grand dorsal. Nouvelle incision. Un mois après, nouvelle intervention nécessaire au niveau du grand pectoral et de trois arthrites chondro-sternales. La cicatrisation n'est obtenue qu'au bout de quatre mois. Le streptocoque a été retrouvé dans les foyers musculaires. On l'avait d'ailleurs retrouvé quelques jours avant le début des accidents dans une plaie dermique infectée du doigt (observation de *MM. Nédelec* et *Naulleau* (Angers).

Les auteurs et le rapporteur se demandent si la résection du corps musculaire n'est pas supérieure à l'incision simple avec drainage. Son pronostic fonctionnel est plus grave, mais elle éviterait peut-être les localisations multiples. La résection doit dépasser dès la première intervention, les limites de l'atteinte musculaire, sauf dans le cas de l'abcès localisé intramusculaire pour lequel l'incision suffit.

M. Bréchot a observé une myosite diffuse du droit antérieur d'un volume tel que le diagnostic pouvait se poser avec un sarcome.

Pseudarthroses congénitales du tibia. — *M. Mondor* apporte un travail de *M. Ducroquet.* Ces pseudarthroses (10 cas) contiennent 9 cas qui relèvent où s'apparentent à la neurofibromatose de Recklinghausen. Chez ces enfants ou sur leurs ascendants immédiats on trouve des taches pigmentaires ou des signes caractéristiques du Recklinghausen (névromes, tumeurs cutanées), maladie familiale.

M. Mondor apporte plusieurs cas de maladie de Recklinghausen ayant emprunté des aspects soit douloureux soit tumoraux simulant des maladies chirurgicales toutes différentes. Enfin il y a dans plusieurs cas un rapport entre la maladie osseuse du Recklinghausen et la neurofibromatose juxtaposées chez le même enfant.

Les échecs opératoires, tellement fréquents dans les pseudarthroses congénitales du tibia, s'expliquent peut-être par cette étiologie particulière.

M. Mouchet sur dix cas a vu deux fois aussi des taches pigmentaires chez les enfants, mais jamais de névromes ni de tumeurs cutanées. Il n'a pas constaté non plus de géodes osseuses.

M. Fèvre a trouvé au niveau des foyers de pseudarthrose congénitale des lésions d'artérite à l'examen histologique. La lésion artéritique de l'artère nourricière de l'os expliquerait peut-être certains des cas.

Les embolies pulmonaires post-opératoires. — *M. Brocq* communique le résultat des travaux expérimentaux de *M. Bardin.* Ce dernier s'oppose à la conception classique qui fait du volume de l'embolus l'explication de sa gravité plus ou moins grande. Les données cliniques montrent dans les cas sérieux un syndrome de syncope ou un syndrome d'asphyxie, ou un syndrome de collapsus cardio-vasculaire.

A l'examen nécropsique, tantôt un caillot dans l'artère pulmonaire, mais rien au niveau des veines périphériques, tantôt un caillot dans les artères pulmonaires mais dont le volume ne correspond pas du tout à l'importance des accidents. En réalité ce qui détermine les accidents, c'est moins le volume du caillot que les réactions qu'il entraîne au niveau de la paroi artérielle, réactions qui sont le point de départ de réflexes vago-sympathiques.

Evipan sodique et rein. — *M. Soupault* a étudié l'action de l'évipan sur la fonction rénale chez ses opérés (25 cas). Dans 12 cas l'évipan fut injecté pur et dans 13 cas avec du sérum en goutte à goutte. Il y a eu de l'albuminurie dans 5 cas sur 25, soit 20 % des cas. L'élimination urinaire est diminuée en quantité. L'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine au cinquième jour s'est montré quatorze fois diminuée. Il y a donc risque d'accentuer une lésion déjà existante et dans le cas où le rein étant antérieurement sain, il y a risque de léser mais légèrement et passagèrement. Ces insuffisances rénales en général doivent constituer une contre-indication à l'emploi de l'évipan sodique.

Accidents post hémorragiques. — *M. Grégoire* pense qu'on connaît mal les accidents moins bruyants que cause une perte de sang compatible avec la persistance de la vie. Dans les hémorragies qui se répètent, l'organisme vit dans un perpétuel déficit. A plus forte raison dans les hémorragies brutales. L'hémorragie affecte d'abord les centres nerveux : psychiques et sensoriels s'il s'agit d'une hémorragie brutale, moteurs, sensitifs s'il s'agit d'une hémianopsie lente et répétée. Dans deux observations l'auteur montre des troubles paralytiques secondaires à des accidents hémorragiques. Dans un cas il s'agit d'une monoplégie brachiale passagère succédant à une ménorragie d'origine fibromateuse, et qui céda à l'hystérectomie. Dans un autre cas, après des hémorragies d'origine génitale surviennent une monoplégie brachiale gauche et une paralysie faciale. L'intervention fit là encore cesser les troubles. Il est bien évident que la même soustraction sanguine ne donne pas à tous des troubles du même ordre. Il faut qu'il y ait des modifications antérieures du système circulatoire nerveux central, ou peut-être invoquer des phénomènes d'ordre réflexe fonctionnel. Quoi qu'il en soit si la plupart du temps l'arrêt de l'hémorragie fait disparaître ces troubles, il est des cas où ils persistent quelque temps. Dans ces cas il faut tout mettre en œuvre pour redresser rapidement la tension artérielle.

Arthrodèse de l'épaule. — *M. Leveuf* présente un nouveau procédé d'arthrodèse qui utilise la décortication humérale doublée d'un enchevillement de l'articulation par un greffon qui vient prendre point d'appui sous l'épine de l'omoplate. De bons résultats illustrent cette technique dont l'avantage premier est de maintenir l'épaule dans l'exacte position où on l'avait mise lors de l'intervention. J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juin 1937

Etude d'un coma diabétique mortel insulino-résistant. — *MM. F. Rathery, P. Froment* et *Bachman* rapportent le cas d'un sujet atteint de coma diabétique avec une glycémie de 10 grammes 80 qui succomba bien qu'il fût traité intensé-

ment, dès le début des accidents, par une dose de 1470 unités d'insuline en moins de 24 heures.

Les auteurs ont étudié avec soin chez ce sujet une série de troubles humoraux ; la réaction de Gerhardt resta constamment négative, la réaction de Legal-Denigès ne fut que très faiblement positive ; or, les taux des corps cétoniques et de l'acide β oxybutyrique sanguin étaient très élevés, la réserve alcaline était très basse à 7.

Les chlores plasmatique et globulaire étaient bas, aussi a-t-on injecté au patient du sérum hypertonique chloruré. Le seul effet a été de faire baisser la glycémie de 10 grammes à 5 grammes, mais malgré cette médication chlorurée le malade a succombé.

L'état cardiaque du malade ne paraît pas être la cause du décès, il en est de même de l'état rénal, la seule grosse lésion constatée a été une forte dégénérescence graisseuse du foie.

Insulino-résistance prolongée et radiothérapie hypophysaire. — *MM. F. Rathery* et *P. Froment* rapportent l'observation d'un sujet âgé de 32 ans, atteint de diabète consomptif grave avec hépatomégalie et diabète bronzé, présentant une phase d'insulino-résistance de dix mois.

Malgré 300 unités d'insuline par jour, en quatre injections, le malade excrète 175 grammes de sucre, 2 à 5 grammes de corps acétoniques, 11 à 31 grammes d'acide β oxybutirique.

Après deux séries d'applications de rœntgenthérapie, pendant vingt séances, le malade tombe dans le coma diabétique. Traité par l'insuline, il sort de son coma et, à partir de ce moment, l'insulino-résistance cesse ; son état s'améliore considérablement et il présente même, pour des doses d'insuline plus faibles que celles qu'il recevait autrefois, des accidents d'intolérance insulinienne.

M. Caroli relate un cas d'hyperpituitarisme au cours du diabète bronzé, qui fera l'objet d'une communication ultérieure.

Coma acidosique. Accidents hypoglycémiques : intérêt des variations nychtémérales de la glycémie pour la répartition des doses d'insuline. — *MM. Caroli* et *Rambert* rapportent une observation qui montre l'intérêt pratique qu'il y a à étudier la glycémie horaire dans les diabètes où l'insulinothérapie déclenche trop facilement les accidents d'hypoglycémie. Le cas dont ils rapportent l'observation concerne un homme de 28 ans entré dans le précoma acidosique, qui à la fin du traitement approprié fait un accès brutal et grave d'hypoglycémie ; les mêmes accidents se renouvellent au cours des essais faits pour équilibrer le régime et la quantité journalière d'insuline. Or, le profil nychtéméral de la glycémie observé avec un régime standard et sans insuline, figure un plateau avec de très minimes oscillations entre 3 gr. 60 et 4 grammes. La courbe des glycémies prend, au contraire un aspect en V très profond, quand au même régime, on ajoute 80 unités d'insuline, injectées en trois fois immédiatement avant les repas. La glycosurie subsiste, et les accidents d'hyglycémie sont menaçants vers trois heures du matin. Tout se passant comme si les repas n'avaient pas d'influence sur la courbe des glycémies avec ou sans insuline, on distribue alors les injections d'une façon équidistante dans le nychémère. Cette modification du traitement transforme l'état général, guérit les accidents oculaires, permet de diminuer de plus de moitié la quantité d'insuline (35 unités au lieu de 80), fait disparaître la glycosurie et ramène la glycémie à un plateau autour de 1 gramme.

Cancer métastastique du testicule. Gynécomastie. Etude hormonale. — *MM. André Bergeret, Jacques Caroli, J.-L. Millot, H. Simonnet* rapportent une observation de cancer du testicule à forme métatastique, dont le diagnostic fut fait grâce à la biopsie d'un ganglion cervical. Pendant un an, malgré l'existence de masses ganglionnaires médiastinales et abdominales, on ne constata aucun signe clinique de tumeur du testicule. Celle-ci ne devint manifeste que quelques semaines avant la mort, en même temps qu'apparaissait une double tuméfaction mammaire. Il ne s'agissait pas d'une gynécomastie typique, mais, comme l'a montré la biopsie d'un sein, d'un adénofibrome. Les réactions biologiques ont montré, non seulement une courbe progressivement ascendante des hormones gonadotropes, 50.000 unités, mais encore, une dissocia-

tion avec la courbe de folliculinémie (150 unités au maximum), qui fut progressivement décroissante. A l'autopsie, la tumeur du testicule se révéla comme étant un sominome pur, alors que certaines des métastases abdominales avaient nettement le type du tératome dégénéré. L'hypophyse, et les observations en sont très rares, présentait des modifications de structure histologique, caractéristiques des hypophyses de grossesses. Ces constatations rapprochent peut-être les modifications mammaires observées de la galactorrhée qui se voit au cours de certaines tumeurs hypophysaires.

M. Brûlé rappelle que si les adénopathies sus-claviculaires sont rares dans les séminomes testiculaires, les métastases ganglionnaires sont très radiosensibles. Il montre l'intérêt de l'orchidotomie exploratrice et l'importance de la recherche des hormones.

M. Béclère rappelle que des ouvriers qui manient l'hormone testiculaire présentent parfois de la gynécomastie. On ne saurait donc, dans tous les cas, attribuer un rôle à l'hypophyse dans la détermination de ce symptôme.

Gynécomastie bilatérale avec atrophie des testicules. Etude hormonale. — *MM. Momier-Vinard, Caridroit* et *Brunel* presentent un homme de 47 ans ayant une gynécomastie bilarale développée progressivement en plusieurs années, en rapport avec une atrophie testiculaire bilatérale qui a entraîné une impuissance sexuelle complète. Le dosage des hormones mâle et femelle par action des extraits urinaires sur les animaux a montré : la diminution importante de l'hormone mâle et une quantité considérable de folliculine. Atténuation de la gynécomastie par les injections d'acétate de testostérone.

Phlébectasies abdomino thoraciques par oblitération de la veine cave inférieure vérifiés par phlébographie. — *MM. Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille, Reboul* et *Y. Bouvrain* présentent un malade âgé de 32 ans, porteur de volumineuses dilatations variqueuses de l'abdomen réalisant le type de la circulation de suppléance consécutive à l'oblitération de la veine cave inférieure ; l'injection d'un composé organo-iodé a permis de préciser exactement le siège de cette oblitération à l'origine de la veine cave inférieure.

A propos du traitement de la mélitococcie. Valeur thérapeutique des injestions de mélitine. — *MM. Jacques Decourt* et *D. Katz*, a propos d'une nouvelle observation s'ajoutant à deux faits antérieurement publiés par *M. Decourt* insistent à nouveau sur la valeur et l'innocuité des injections intramusculaires de mélitine dans le traitement des brucelloses. Les auteurs ont utilisé la mélitine délivrée par l'Institut Pasteur, à raison de une injection tous les trois jours aux doses progressives de 1/4 à 1 c. c. En l'absence de réactions de choc appréciables, ils pensent que l'on doit accorder à la mélitine une action réellement spécifique.

Sur un cas d'érythème apparu au cours d'une infection prolongée à bacillus perfringens. — *MM. A. Le mierre, A. Laporte, Van Reilly* et *R. Laplane*.

Présentation d'ouvrage. — *M. Pasteur Vallery-Radot* présente un ouvrage écrit en collaboration avec *M. Georges Mauric* et *Mme A. Holtzer*, intitulé : « L'anaphylaxie expérimentale et humaine » où sont relatées leurs expériences sur l'anaphylaxie du lapin et leurs recherches sur l'anaphylaxie humaine.

Séance du 11 juin 1937

Calcifications anormales des cartilages costaux dans un cas d'ostéomalacie sénile. — *MM. Georges Guillain* et *Jean Lereboullet* présentent des radiographies montrant des images très particulières de dépôts calcaires importants au niveau des cartilages costaux. Ces radiographies ont été faites chez une malade atteinte d'ostéomalacie sénile avec cyphose douloureuse, diminution de la taille, décalcification et tassement des corps vertébraux, intégrité des os des membres et de bassin. Cette hypercalcification anormale des cartilages costaux peut s'expliquer par la mobilisation du calcium de certains os se décalcifiant suivie d'une fixation élective du calcium dans d'autres points de l'organisme.

M. Ameuille souligne que le dépôt de très gros blocs calcaires au niveau des cartilages costaux est un fait tout à fait exceptionnel.

M. Rist pense que ces énormes calcifications ne ressemblent nullement au processus de calcification normal des cartilages costaux.

Sur un cas de syndrome de Milkman (Stries multiples symétriques de résorption osseuse). Considérations sur sa nosographie. — *MM. Georges Guillain, Jean Lereboullet* et *P. Auzepy*, chez une malade de 55 ans, soumise volontairement à un régime alimentaire carencé, présentant des phénomènes douloureux lombaires et une certaine impotence fonctionnelle de la marche, ont observé sur des radiographies de l'ensemble du squelette des images très particulières, des fentes linéaires symétriques des branches ischio pubiennes donnant l'impression de fractures, des images analogues au niveau de nombreuses côtes et au niveau des omoplates. Ces stries ont disparu chez cette malade par un régime alimentaire normal et une thérapeutique par les vitamines.

Un tel aspect radiologique a été signalé par Milkman en 1934, par Dal Acqua en 1935 qui a décrit son cas sous le nom « d'ostéopathie généralisée à multiples stries symétriques de réabsorption ou syndrome de Milkman ». On peut rapprocher de ces faits une observation de Michaelis et une observation de Debray. Les biopsies et les examens anatomiques de Michaelis et de Milkman n'ont pas permis de diagnostiquer une ostéopathie déterminée et les auteurs ont pensé à une maladie du squelette d'origine inconnue.

Les auteurs considèrent que ces stries spéciales ont été vues incidemment dans des cas d'ostéomalacie, d'ostéopathies de carence, d'ostéopsathyrose et discutent la place en nosogrophie de ce syndrome de Milkman.

Echinococcose hépatique multisacculaire. Echinococcose pulmonaire métastatique et tuberculeuse. — *M. A. Lévi Valensi* (d'Alger) rapporte l'observation anatomoclinique d'un homme de 62 ans atteint de kystes hydatiques du foie et des poumons. Il s'est agi au niveau du foie de cavités kystiques multiples inter-communiquantes. Il n'y avait pas d'adhérence du foie avec la coupole diaphragmatique ; par contre, une des cavités kystiques était intimement adhérente à la veine cave inférieure et l'on pouvait, sur la pièce anatomique, voir le petit pertuis qui les faisait communiquer. C'est à la faveur de ce pertuis que des métastases hydatiques ont pu se faire à distance, notamment dans les poumons. Dans les poumons, fait particulier, il y avait dissociation d'echinococcose et de tuberculose. Celle ci a peut-être été due à l'effondrement, par le développement progressif des kystes, d'un foyer tuberculeux latent.

L'auteur insiste sur la rareté de l'ecchinococcose métastatique des poumons.

Tuberculose pulmonaire du type adulte après virage de la cuti réaction chez de jeunes adultes. — *MM. Jean Troisier, M. Bariéty* et *P. Nico* signalent l'apparition de lésions pulmonaires ulcéro-caséeuses malignes du type courant de l'adulte, sans adénopathie médiastinale, chez des sujets venant de présenter le phénomène du virage de la cuti-réaction à la tuberculine.

Il s'agissait de jeunes filles originaires de la campagne, transplantées à Paris et dont la cuti-réaction, dûment contrôlée lors d'examens prophylactiques récents, était restée jusque-là négative. Simultanément, l'apparition d'érythème noueux dans un cas, d'ostéo-arthrite médiotarsienne et de méningite terminale dans un autre, venait donner la signature clinique de la diffusion du virus, si caractéristique du début des infections tuberculeuses. L'hypothèse d'une infection tuberculeuse restée muette depuis l'enfance et réveillée à l'adolescence est difficilement soutenable en présence de faits de ce genre, qui font penser à une contamination récente.

M. Rist pense que les faits de cet ordre deviendront de plus en plus fréquents au fur et à mesure que se multiplieront les enquêtes faites dans des groupements. Il faudra sans doute alors modérer le contraste entre les aspects radiologiques des images de primo-infection et celles de réinfection.

Il rapporte un cas analogue : jeune fille de 27 ans présentant une cuti-réaction négative. Un mois après apparaissent un fléchissement de l'état général avec toux et expectoration. L'examen radiologique montre une condensation juxta-scissurale gauche excavée nécessitant un pneumothorax artificiel.

Il signale en outre qu'il est assez fréquent de voir survenir le début d'une tuberculose à la suite d'une infection rhinopharyngée ou laryngo-trachéale d'apparence banale.

M. Armand-Delille note que l'on observe parfois chez l'enfant très jeune et même chez le nourrisson des fontes ulcéreuses rapides du poumon. Il s'agit dans ces cas soit de l'extension locale de chancre d'inoculation, soit d'une bacillémie entraînant très rapidement des localisations ulcéreuses.

M. E. Bernard relate le cas d'une jeune femme qui, six mois après un érythème noueux non suivi de convalescence, fit une tuberculose pulmonaire ulcéreuse entraînant rapidement la mort.

Conditions d'apparition des réactions spléno pneumoniques chez l'enfant tuberculeux. — ***M. Armand-Delille*** et ***E. Wolinetz*** rappellent l'opinion de certains pédiatres, défendue par Wallgren, que la spléno-pneumonie est la conséquence d'une primo-infection récente. Ils ont, au contraire, à plusieurs reprises, constaté l'apparition de spléno-pneumonies curables chez des sujets porteurs d'ombres de primo-infections calcifiées. A l'appui de leur conception, ils rapportent l'observation d'un garçon de 11 ans entré dans leur service il y a plus d'un an, avec des ombres juxta-hilaires discrètes droites et une tache de calcification juxta-hilaire gauche, qui pendant un séjour de cure à Brévannes a présenté une poussée de spléno-pneumonie typique du lobe supérieur droit, qui persiste actuellement avec bon état général, sans température et sans présence de bacilles dans le contenu gastrique. Ils rapprochent ces manifestations des cas d'érythème noueux qu'on peut également observer tardivement chez des sujets présentant une primo-infection ancienne.

Paralysie partielle unilatérale des nerfs crâniens vraisemblablement consécutive à des métastases d'épithéliomas cutanés. Action favorable de la radiothérapie. — ***MM. P. Lechelle, H. Mignot, Perrot*** et ***Vincent*** presentent à nouveau un malade qui a déjà fait l'objet d'une communication à la séance du 7 mai 1937. Cet homme atteint de paralysies multiples des nerfs crâniens du côté gauche (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIIIes paires) dont les reliefs de la base du crâne ont subi de profondes altérations visibles sur les radiographies, avait présenté depuis sept ans trois épithéliomas cutanés spino cellulaires. Il semblait légitime de rapporter à une métastase de ces tumeurs les paralysies observées.

La radiothérapie amenant une très forte régression des phénomènes paralytiques des III, IV, VI, VIIIes paires, apporte une présomption nouvelle de l'origine épithéliale de ces paralysies.

Les épithéliomas, même spino-cellulaires, sont en effet plus fréquemment radio-sensibles que les sarcomes auxquels ressortissent presque toujours les paralysies uni ou bilatérales des nerfs ne la base du crâne.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 juin 1937

Les traitements actuels des infections dites chirurgicales (fin de la discussion). — ***M. André Raiga*** pour clore la discussion ouverte par sa communication de novembre 1936, reprend en détail les questions qui ont été abordées par MM. Etienne Bernard, Diamant-Berger, Cresson et Henri Blanc en rappelant les travaux parus et les résultats de son expérimentation personnelle. L'auteur insiste sur le processus d'action du rubiazol, produit chimique qui n'a aucune vertu microbicide propre, mais qui, en modifiant le streptocoque, permet à l'organisme de lutter efficacement contre l'envahissement de ce germe. Sont également en évidence, d'une part, les enseignements précieux fournis par le dosage de la glycémie dans les staphylococcies, et, d'autre part, le rôle du terrain organique dans l'évolution et le traitement des septicémies. L'auteur rappelle l'inefficacité des vaccins microbiens qui a été récemment démontrée du point de vue expérimental par M. G. Ramon et du point de vue clinique par M. A. Bocage, conclusion qu'il confirme en se fondant sur l'étude qu'il a faite de plusieurs milliers de cas d'infection staphylococcique. Quant à la valeur thérapeutique de l'anastaphylotoxine, elle est mise en doute par l'auteur qui se réfère aux expérimentations mêmes des promoteurs de la méthode et s'appuie sur l'étude de 23 échecs qu'il a observés. En terminant, il attire l'attention sur les « faits contradictoires » qui surgissent souvent entre les traitements et leurs résultats supposés.

Corps étranger du duodénum. — ***M. Haller*** communique l'observation d'un malade qui avait avalé le manche d'une cuiller à soupe, de 13 c. 1/2 de long, arrêté dans la deuxième portion du duodénum tendu de l'angle supérieur à l'angle inférieur. Laparotomie : le corps étranger fut retiré par une petite incision transversale au niveau de l'angle inférieur du duodénum. Suture en deux plans de celui-ci. Guérison et alimentation dès le troisième jour.

Lithiase vésiculaire. Opération. Fistule cholécysto-colique. Guérison par cholécystostomie et iléo-transversostomie. — ***M. Pierre Le Gac*** opérant une malade avec le diagnostic présumé de cancer de l'angle droit du côlon, trouva une vésicule bourrée de calculs et de matières fécales ; il y avait une fistule cholécysto-colique. L'auteur fit une cholécystostomie après clivage du côlon et de la vésicule et plaça des mèches entre la vésicule et le côlon. Il compléta l'opération par une iléo-transversostomie. Guérison sans incident.

Polype pédiculé du côlon sigmoïde. Ablation par entérotomie. — ***M. Pierre Le Gac.*** — La polypose recto-colique diffuse, les polypes rectaux sont fréquents ; par contre, les polypes isolés du côlon sigmoïde sont rares. Celui qui fait l'objet de la communication s'est manifesté uniquement par des hémorragies ; il a été découvert par la radiographie qui montrait une lacune régulière du côlon sigmoïde alors qu'il était invisible à la recto-sigmoïdoscopie. Ce polype fut enlevé par entérotomie. Guerison sans incident. Peut-être l'opération aurait-elle pu être faite par le rectum après dilatation anale. Mais la conduite tenue a certainement été la meilleure ; on ne pouvait pas, en effet, ne pas penser à un néoplasme.

Présentation de pièces. — ***M. G. Luquet*** présente : une pièce de gastro-entérostomie dont la bouche était réduite à un petit pertuis dans lequel passait juste un stylet ; 2° l'estomac atteint de lymphocytome d'un homme de 28 ans et chez lequel on avait pensé avant l'intervention à une tumeur bénigne possible.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

LOEPER (M.). — **Le hépatites.** (17/24,5), 262 p. 47 fig. Br. : 60 francs. (*Masson*).

MOSINGER (M.) et ROQUETTE (J.). — **Médecine légale pratique.** In-8, 590 p. (*Maupetit*).

RAMADIER (J.-A.) et CAUSSE (R.). — **Traumatismes de l'oreille.** Fractures du Rocher, coups de feu, de l'oreille, commotions labyrinthiques. Expertises en otologie, 15 fr., 150 p. Br. : 45 francs. (*Masson*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 28 — 10 JUILLET 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr 50 en timbres-poste

SOMMA


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS THÉPÉNIER
BULGARINE THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 5 juillet. — M. COHEN-TANNOUDJI : Contribution à l'étude des formes cliniques et du traitement de la fissure anale. — M. DEHERGUE : Contribution à l'étude de l'état du foie dans les polysérites bacillaires. — M. FRANCK : Hépatite graisseuse. — M. PRUDENT : Etude sur les rapports de la peau avec les sécrétions internes. — M. MAMI : Des injections directes de médicaments dans les artères. — Mlle BROUET : L'estomac des hyperthyroïdiens. — Mlle DURAN : Déformation sus mésocolique du M. du duodénum et duodénum mobile. — M. RAMADOUT : Etude critique sur le volvulus gastrique.

6 juillet. — M. BERRONDO : Contribution à l'étude de la calcification et de l'ossification des ménisques du genou. — M. CAPMAS : Contribution aux traitements nouveaux des Bartholinites. — M. GORVEL : Les fractures par enfoncement du cotyle. — M. HECHAVARRIA Y VAILLANT : Contribution à l'étude des greffes de Davis. — M. GARIBALDI : Intensification de l'efficacité des vaccins antigonococciques par l'adjonction d'une solution de lécithine colloïdale. — M. CHAYOUR : La reposition du rein ou « néphropexie ». — M. PRUVOST : Le risque électrique. Commentaire du décret du 4 août 1935 du Ministre du Travail concernant la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques. — M. MEYNIEL : Le syndrome sus-phrénique du cancer suppuré du poumon. — M. BENSIMON : Contribution à l'étude de l'équilibre humoral du vieillard. — M. BLÉCHET : Contribution à l'étude du syndrome secondaire de la chimiothérapie. Accidents cutanés. — M. CHEVREUL : Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire. Aménorrhée et syphilis. — M. DANG VU HY : Contribution à l'étude de la syphilis de l'ovaire. — M. DREYFUS-LEMAITRE : L'anesthésie au protoxyde d'azote et ses applications en dermatologie. — M. ASKENASI : Contribution des juifs à la fondation des écoles de médecine en France au Moyen-Age. — M. BUQUIN : L'hygiène et la médecine à l'Ecole de la Flèche. — M. GIRAULT : Contribution à l'étude du rôle du service de santé militaire. — M. RAPAPORT : La castration rituelle. L'état mental des Skoptzy.

7 juillet. — M. BATAILLE : Quelques cas de cancers gastriques invisibles à l'opération vérifiés histologiquement. — M. DE CAGNY : Contribution à l'étude de la boiterie, séquelle des coxalgies. — M. GOYER : Technique et gastrectomie pour ulcère avec anastomose bout à bout gastro-duodénale. — M. LE BIGOT : Tumeurs bénignes du bulbe duodénal. — M. LE BOURGEOIS : Contribution à l'étude de la dégénérescence cancéreuse des polypes solitaires recto-sigmoïdiens et leur traitement chirurgical. — M. LÉRA : Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par l'émulsion bactérienne de Vaudremer. — M. MOREAU : Le rôle de l'uretère lombaire dans la statique du rein droit et particulièrement des rapports de l'appendicite et de l'hydronéphrose. — Mme ASS-LÉONARDOW : Contribution à l'étude des néphrites de guerre. Etiologie spirochétienne de certaines d'entre elles. — Mme PERRIN : De l'autohémothérapie dans les troubles fonctionnels en gynécologie. — Mlle CHAMPY : Essai sur la régulation de la croissance ovarienne et le rôle qu'y jouent les hormones sexuelles. — M. COUJARD : Recherches histologiques et expérimentales sur la prostate et sa croissance normale et pathologique. — M. HABIB : Contribution à l'étude de la xanthomatose osseuse. — M. NEUMANN : Contribution à l'étude de l'allergie tuberculinique et de l'immunité chez le cobaye.

8 juillet. — M. LEURET : Essai sur les tumeurs épithéliales primitives de l'ovaire. — M. ORLANDO DE SOLA : Technique et indications de l'anesthésie générale à l'évipan sodique dans la pratique chirurgicale. — Mme AUERBACH : Evolution bénigne de certaines bilatéralisations au cours du pneumothorax artificiel unilatéral. — Mlle BRENNIEL : Le délire alcoolique aigu. — M. MALABOU : Etude sur les méthodes physiques et chimiques de dosage des vitamines. — M. RADZIWILLER : Contribution à l'étude du syndrome de Mickulicz au cours des leucémies. — M. DEL REGATE : Sur la rœentgenthérapie des épithéliomas du sinus maxillaire. — M. BAKHOUCHE : Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cloison recto-vaginale. — M. BOZONNET : Considérations sur l'étiopathogénie de l'hypertrophie prostatique et son traitement endocrinien. — M. COMBEAU : Contribution à l'étude de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage par voie cervicale externe. — M. ESCURRA : Essai de traitement des salpingites par les sels d'or. — Mlle COULOMBEIX : Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie de la tuberculose utéro-annexielle. — M. KLOCZNYK : Etude manométrique vraie en hystéro-salpingographie. — Mme BARBE, dite BIENAIMÉ : Quelques points de puériculture. Observations d'une mère. — M. ABAZA : Tuberculose, croissance et puberté. — M. BOULIGNAT : Contribution à l'étude des hémopathies benzéniques. — M. JORGE : Exploration radiologique des poumons en position couchée avant et pendant le pneumothorax artificiel.

9 juillet. — M. ADLE : Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection intralymphatique de chlorophylle en solution éthérée. — M. LÉVY : Contribution à l'étude de la cicatrisation de certaines plaies opératoires par les rayons ultra-violets. Utilisation du générateur Goude-Axelos. — M. STÉPHANI : La voie d'abord sacrée (kraske) dans le traitement du cancer du rectum. — M. CHALMEAU : Sur un cas héréditaire de synostose astragalo-scaphoïdienne bilatérale. — M. CYGLER : Conditions cliniques de la production des phlébites puerpérales. — M. DE LEMOS : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques pendant l'accouchement. — M. RENAUDIN : La mortalité maternelle au cours et à la suite des accouchements. — Mlle DURRANDE : Les régimes épais dans les vomissements des nourrissons. — Mlle FABRE : Contribution à l'étude de la maladie cœliaque. — M. GUITTARD : Contribution à l'étude des variations de l'azotémie au cours des traitements par les sels de jaune d'acridine. — M. HERSCU : Contribution à l'étude des phlébites à bascule d'origine traumatique (forme hyperalgique). — M. WEBER : Un centre de triage de la tuberculose. Fonctionnement du service et de la consultation de l'Hôpital Beaujon à Clichy. Etude critique.

10 juillet. — M. DAUDIER : Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des fosses nasales. — M. SALVATOR : Etat actuel de nos conceptions sur la pathogénie de l'otospongiose.— M. SOBIESKI : Essai d'un traitement biologique de l'ozène. Association de la bactériophagothérapie et de l'endocrinothérapie. — M. TRACCAS : Traitement adjuvant des thrombophlébites du sinus latéral par l'immobilisation jugulaire. — M. VILLAIN : Quelques considérations sur le respirateur buccal. — M. FRILEUX : Les oscillations de la tension oculaire sous l'influence des pesées tonométriques et sous l'action de la pilocarpine. — M. SALAGNAC : Les hémorragies rétiniennes au cours de la pachyméningite hémorragique du nourrisson. — M. TOPOL : Des corps étrangers intra-oculaires tolérés. Etude

clinique et médico-légale. — M. Crépin : Les cités ouvrières du Nord de la France. Etude d'hygiène urbaine et d'hygiène sociale. — M. Devillechabrolle : Contribution à l'étude de la sprue. — M. Fox : Contribution à l'étude de l'organisation de la campagne contre la tuberculose aux Etats-Unis. — M. Haravi : Etude hydrogéologique du nord de l'Iran. Considérations générales sur la purification des eaux de boisson. — M. Laxer : La pellagre en Roumanie. — Mlle Lévy Hélène : Le lait de femme et l'allaitement au sein. Leur importance capitale dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. Martin : Contribution à l'étude de la tension dans l'artère centrale de la rétine, en particulier dans ses rapports avec la tension artérielle humérale. — M. Martin-Charpenel : Le pain de froment. Etude médicale de la valeur alimentaire des farines et du pain. — M. Potier : L'alimentation et l'hygiène. — M. Warhaftig : Le typhus exanthématique en Pologne. — Mlle Eman-Zadeh : Contribution à l'étude du mal perforant au cours de la lèpre et de la syringomyélie. — M. Hoesli : Troubles fonctionnels et lésions de l'œsophage dans la sclérodermie. — M. Lefkovitch : Contribution à l'étude de l'association hépato-bismuthique dans le traitement de la syphilis. — M. Michel : Contribution à l'étude des accidents cutanés de la phénolphtaléine. — M. Tauchner : Acné conglobata et son traitement. — M. Van Quaethem : Etude expérimentale de la maladie de Nicolas-Fabre par la culture des tissus et l'intradermo-réaction. — M. Cornu : Sur une forme léthargique et onirique d'encéphalite toxique colibacillaire. — M. Kinkulkin : L'épicondylite. — M. Esteve : Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses du médiastin. — M. Geerken-Saladrigas : Les lésions cutanées escharotiques du barbiturisme. — Mlle Roche : Cures sulfatées calciques et sécrétion biliaire.

12 juillet. — M. Fenichel : De l'importance de l'hydrosalpinx ignoré comme cause de stérilité. — M. Malet : Essai de prophylaxie des infections puerpérales. — M. Malingre : Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Baudelocque. — M. Girard : Contribution à l'étude expérimentale et clinique des glucosides de digitale laineuse. — Mlle Legros : Contribution à l'étude de l'action des antispasmodiques sur la contraction utérine. — M. Thais : Contribution à l'étude de l'efficacité de l'insuline par la voie digestive. — M. Artisson : Les diverticules de l'estomac. — M. Garcin : Contribution à l'étude des complications nerveuses de la maladie osseuse de Paget et particulièrement des complications médullaires. — M. Sohrab : Contribution à l'étude du gonocoque. — Mlle Solente : Contribution à l'étude de l'histoire des méningites cérébro-spinales aiguës. — M. Vialard : Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle dans la première enfance.

13 juillet. — M. Adrian : Des manifestations cérébelleuses au cours de l'éthylisme chronique. — M. Baumel : Contribution à l'étude des néphrites saturnines. (A propos de trois cas personnels). — M. Silas : L'immobilisation et l'appareillage dans le traitement des rhumatismes articulaires chroniques déformants. — Mlle Tenentap : La paralysie ascendante aiguë de Landry dans la fièvre typhoïde. — M. Stora : Un médecin au XVII[e] siècle, François Bernier (1620-1688). — M. Janvier : Le drainage du rein dans la chirurgie conservatrice. — Mme Boudier : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les transfusions sanguines. — Mme Sternberg : La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — Mlle Allin-Bruce : Du fibrothorax. — Mme Kapsambelis : L'alcoolisation des nerfs intercostaux dans la tuberculose pulmonaire. — M. Boelle : A propos de l'observation d'une tumeur kystique de l'épiglotte. — M. Kervran : Tuberculose et mariage. — M. Labouré : Une expérience de médecine préventive : Examen de dépis age des étudiants de la Cité Universitaire. — M. Szaja : Le traitement de la pelade par les vaso-dilatateurs. — M. Ansari : Influence des allocations sur la natalité. Système français. Système allemand. — M. Besnard : Contribution à l'étude des inadaptés urbains. — Mme Delon : Influence des facteurs chimiques de conservation des aliments sur la santé. — M. Gomez-Castellane : La lèpre à Cuba. — M. Hamel : Considérations cliniques et thérapeutiques sur vingt-cinq observations nouvelles de péritonites aiguës d'origine salpingienne. — M. Hardouin : La prophylaxie actuelle du tétanos. Opportunité de la sérothérapie préventive. — M. Lessner : L'hygiène de l'hypertendu artériel. — Mlle Mazarieff : Le camp thermal des Eaux-Bonnes en 1936. (Résultats cliniques sur les enfants d'assurés sociaux). — M. Vettier : Protection des denrées alimentaires contre les gaz de combat. — M. Le Thi Hoang : Protection de l'enfance en Indochine. — M. Auphelle : Protection sanitaire de l'Indochine française en matière de maladies pestilentielles.

Chaire de clinique thérapeutique chirurgicale (Professeur : P. Duval. — *Dix séances de démonstrations de technique chirurgicale* par les Prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris, auront lieu à l'Ecole pratique de la Faculté à 14 heures, aux dates et sur les sujets suivants :

Mardi 20 juillet, première leçon. Docteur Boudreaux : Interventions chirurgicales dans le goître exophlalmique. Parathyroïdectomie. Ablation de la parotide.

Mercredi 21 juillet, deuxième leçon. Docteur Hepp : Chirurgie de la tuberculose pulmonaire. Phrénicectomie. Apicolyse. Thoracoplastie.

Jeudi 22 juillet, troisième leçon. Docteur Poilleux : Hémicolectomie droite. Cholécystectomie. Cholédocotomie.

Vendredi 23 juillet, quatrième leçon. Docteur Hepp : Gastrectomies. Splénectomie.

Samedi 24 juillet, cinquième leçon. Docteur Baumann : Ablation du rectum.

Lundi 26 juillet, sixième leçon. Docteur Billet : Hystérectomies. Amputation du sein.

Mardi 27 juillet, septième leçon. Docteur Vuillieme : Arthrodèse de la hanche. Résection arthroplastique de la hanche. Butée ostéoplastique de la hanche.

Mercredi 28 juillet, huitième leçon. Docteur Vuillieme : Interventions chirurgicales dans les luxations de l'épaule. Ostéosynthèse vertébrale par greffe osseuse.

Jeudi 29 juillet, neuvième leçon. Docteur Poilleux : Résection du genou. Arthrodèses du pied.

Vendredi 30 juillet, dixième leçon. Docteur Longuet : Les principales interventions dans la chirurgie du rein.

Les auditeurs répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des prosecteurs.

Sont admis à ce cours : les Docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de : 300 francs.

Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscriptions est suffisant.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi) à la salle Béclard (A. D. R.M.).

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — A l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne), le dimanche 11 juillet à 10 h. 30, sous la présidence du Professeur H. Claude, le Docteur M. Sakel, de Vienne, exposera sa méthode de *traitement de la schizophrénie par le choc insulinique*. Cet exposé sera suivi d'une discussion.

Faculté de médecine. — *Stages complémentaires de vacances 1937.* — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pen-

dant les vacances du 15 juillet au 31 octobre 1937, dans les services de M. le Professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu, M. le Professeur Pierre Duval, à l'hôpital de Vaugirard.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré avant le 13 juillet 1937.

Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet, 15 août, 15 septembre.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose. (Clinique du Professeur Paul Courmont.) — 1° Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, sous la direction du Prof. Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé, à Lyon, du mercredi 10 novembre au mercredi 8 décembre 1937 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique par le Prof. Paul Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration des professeurs de la Faculté, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Une note ultérieure indiquera l'horaire et le programme. Un certificat est délivré à la fin du cours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (avenue Rockefeller, n° 8), ou à l'Institut bactériologique, 77, rue Pasteur, Lyon (VII[e]). Droits à verser : 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses et tous renseignements d'inscriptions, au Professeur Paul Courmont.

2° Des cours complémentaires et un stage de trois mois pourront être organisés pour les médecins désirant suivre plus longtemps l'enseignement de la clinique.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil a proposé :

Pour la chaire d'anatomie pathologique et de microscopie clinique : en première ligne : M. Damade ; en seconde ligne : M. de Grailly.

Pour la chaire de physique médicale et pharmaceutique : en première ligne : M. Wangermez ; en seconde ligne : M. Fontan.

Pour la chaire de clinique chirurgicale : en première ligne : M. Papin ; en seconde ligne : M. Jeanenney.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Saric et Pauly.

Légion d'honneur. — Guerre (*active*). — *Officier* : MM. Vialatte, Lescuyer, Rossi, Dreneau, Delpy, Amouroux, Doubouréau, Bressol, Prat, Pouchet, Malard, Luc, Paris, Genay, Feuille, Courboules, Mouchard, Péju.

Troupes coloniales. — M. le médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des Colonies, est promu à la dignité de grand officier.

Officiers : MM. de Baudre, Renaud, Roussy, Labermardie, Peltier, Le Coty.

Chevalier : MM. Passager, Bizien, Broussolle, Noaillac, Luiggi, Guérin.

Troupes coloniales : MM. Dezoteux, Quere, Chapuis.

Marine. — *Prix de médecine navale pour* 1937. — Le prix de médecine navale pour 1937 a été attribué à M. le pharmacien chimiste principal Audiffren et à M. le pharmacien chimiste de 2[e] classe Buffe, pour leur travail en collaboration intitulé : Calcémie normale et pathologique. Etude des principales méthodes de détermination du taux de calcémie.

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées pour 1937 aux officiers du corps de santé dont les noms suivent :

Mention très honorable. — A M. le médecin en chef de 1[re] classe Yver et à M. le médecin principal Barra pour leur travail en collaboration sur : Le daltonisme dans la marine.

A M. le médecin de 2[e] classe Brisou, pour son travail intitulé : Les salmonelles. Le groupe typhosalmonelles-colibacille.

Association syndicale des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. — Les internes et les externes qui suivront le cours du certificat d'électro-radiologie et seront en même temps affectés, dans leur fonction à un service d'électro-radiologie, pourront faire à la Faculté une demande pour que les fonctions qu'ils remplissent dans lesdits services leur soient comptées comme stage.

Il leur sera donné satisfaction dans la plus large mesure possible.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le Docteur Delherm, service d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié, 83 boulevard de l'Hôpital.

Lyon. — Le concours ouvert le 7 juin, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, s'est terminé par la désignation de M. le Docteur Olivier Loras.

La lutte contre le typhus au Maroc. — Au 1er février 1937, 23.673 vaccinations avaient été effectuées au Maroc. Au 30 juin, on en compte 227.748.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Docteur Got, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), a été affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique d'Evreux, en remplacement de M. le Docteur Bessières.

M. le Doteur Gardes, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac, affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de Pau, en remplacement de M. le Docteur Carriat.

M. le Docteur Fail, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Privas, affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le Docteur Lauzier.

M. le Docteur Mans, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot), affecté à l'asile privé, faisant fonction d'asile public de Saint-Remy (Haute-Saône).

M. le Docteur Toye, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul, affecté, sur sa demande, à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), en remplacement de M. le Docteur Renaux.

Mme le Docteur André, reçue au concours du médicat des asiles, est nommée médecin de ce cadre, et affectée à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. le Docteur Regis.

Bourses familiales du Corps médical (Fondation de M. le Docteur Roussel). — Le 28 juin s'est réuni le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille.

Cinquante-cinq demandes ont été examinées. Parmi les bénéficiaires, un confrère est père de sept enfants, dont quatre séjournent en sanatorium ; deux autres ont huit enfants dont les aînés ont 17 ans ; l'un d'eux en a un atteint de tuberculose osseuse et trois débiles. Quant aux veuves l'une, infirme, vient de perdre en quarante-huit heures son mari (32 ans) et l'un de ses enfants : il reste six orphelins ; le dernier n'a pas un mois. Une autre veuve, sourde, a trois enfants dont l'aîné n'a pas dix ans. Enfin six enfants dont l'aîné est âgé de 13 ans sont à la charge d'une veuve de 39 ans.

Cette année encore, M. le Docteur Roussel a bien voulu renouveler son geste généreux en mettant une bourse supplémentaire à la disposition du Jury.

Celui-ci était composé de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins, M. le Docteur Roussel, fondateur, M. Richard, chef du Bureau de la natalité au ministère de la Santé publique, MM. Chapon, Darras, Lutaud, Bongrand, Vimont, de l'Association générale des médecins de France, M. Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux, M. Gallois, de l'Association des médecins de la Seine, M. le médecin général Fayet, représentant le Service de santé militaire.

Congrès international de la Presse scientifique (7-9 octobre 1937). — Le Syndicat professionnel de la Presse scientifique organise, dans le cadre de l'Exposition de 1937, un Congrès international, auquel il convie tous les érudits, tous les savants, tous les techniciens qui collaborent en tous domaines aux journaux, aux revues, aux publications scientifiques.

La Presse scientifique ne mérite pas moins que la Presse quotidienne ou hebdomadaire d'information, d'attirer l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux grands problèmes intellectuels, historiques, philosophiques, juridiques, économiques. Elle joue un rôle considérable dans la diffusion de la pensée française. Le Congrès international qu'elle prépare étudiera les problèmes divers qui peuvent influer sur son existence, sur son avenir. L'heure est grave pour les Revues scientifiques, aux prises avec des difficultés croissantes ; pour les résoudre, l'union est nécessaire. Le Congrès international de la Presse scientifique réalisera cette union.

Prière d'envoyer les adhésions à ce Congrès à M. J. Toutain, secrétaire général du Syndicat de la Presse scientifique, 25, rue du Four, Paris (VIe), et la cotisation, fixée à 25 francs, à M. le Docteur P. Barlerin, 10, rue de Strasbourg, Paris (Xe). (Compte chèques postaux 1012-28, Paris).

NÉCROLOGIE

Le Professeur de Lapersonne est mort à Paris, le 4 juillet. Né à Toulouse, le 29 septembre 1853, il fut interne des hôpitaux de Paris en 1879, aide d'anatomie en 1881, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris de 1883 à 1886, agrégé des Facultés de province en 1886 et chargé cette même année du cours complémentaire des maladies des yeux à la Faculté de Lille, où il devint titulaire de la chaire d'ophtalmologie en 1890, à sa création. En 1893, il fut élu doyen de cette Faculté.

Lorsque Panas quitta la chaire dont il avait été le premier titulaire à Paris, Félix de Lapersonne, bien que non agrégé de Paris, fut appelé à le remplacer.

Elu membre de l'Académie de médecine en 1819, F. de Lapersonne en fut le président en 1931, président de grande allure, avec toutes les qualités que possèdent rarement ceux qui occupent ce poste honorifique.

Le Professeur de Lapersonne était un maître universellement connu dans sa spécialité. On lui doit de nombreux travaux sur la syphilis oculaire, l'œil tabétique et hystérique, les paralysies oculaires, la conjonctivite granuleuse dans le Nord, l'ophtalmie purulente, etc... Il présidait depuis sa fondation la ligue internationale pour la prévention de la cécité.

TRAVAUX ORIGINAUX

Mouvement épidémique en Algérie pendant l'année 1936

Par le Médecin Inspecteur Général LASNET

Organisation générale de la défense sanitaire

Dans le passé la population algérienne payait chaque année un lourd tribut aux maladies épidémiques : choléra, typhus, variole, peste.

Devant les progrès de l'hygiène et les efforts des médecins, les épidémies ont été circonscrites et se sont peu à peu éteintes. Le choléra a disparu, la variole a cédé devant la pratique des vaccinations et la peste ne se manifeste plus que par des cas isolés, rapidement limités.

Seul le typhus reste encore menaçant et donne des bouffées, surtout dans le département de Constantine, en des endroits où il semble avoir pris racine et où, après l'hiver, il manifeste son existence. Parfois aussi son origine est exogène et il arrive que des cas concordent avec la montée vers le Nord des nomades du Sud qui transhument pour la moisson. Quel que soit le point de départ, une vigilance extrême est indispensable pour que les premiers cas soient décelés et que, sans retard, toutes mesures soient prises pour éteindre tout foyer d'incendie.

L'organisation de défense sanitaire est, d'une manière générale, assez solide et offre à la population les plus grandes garanties.

La défense terrestre est placée dans chaque Département sous l'autorité de l'Inspecteur départemental d'hygiène ; la défense maritime relève pour chaque circonscription (une par Département) des Directeurs de la Santé maritime (Alger, Oran, Bône). Dans les deux cas c'est le Directeur de la Santé publique qui coordonne les mesures et a la haute direction.

La Santé maritime fonctionne en conformité des règlements de la métropole. Son attention est surtout portée sur le danger de la peste, si menaçant pour tous les ports du bassin méditerranéen ; pour ce motif c'est elle qui est chargée de la lutte antimurine dans les ports et du contrôle bactériologique des rats ; elle est en liaison étroite avec l'Institut Pasteur et, afin d'éviter les diagnostics fantaisistes et le trouble économique pouvant en résulter, aucune déclaration officielle de maladie pestilentielle n'est prononcée dans les cas douteux avant le contrôle de laboratoire assuré par l'Institut Pasteur.

La défense terrestre comporte des services fixes et des services mobiles.

1° *Les services fixes* sont représentés :

a) par les moyens très complets existant dans les grandes villes et qui relèvent, suivant le cas, des bureaux d'hygiène et des médecins municipaux ;

b) par les moyens fonctionnant dans la plupart des formations sanitaires et qui sont représentés le plus souvent par des étuves ou des chambres de sulfuration et des services d'épouillage ;

c) par un réseau de services de désinfection qui s'étend sur les trois Départements et comprend dans chacun d'eux :

un poste central avec réserve de produits au chef-lieu,
des postes principaux dans les sous-préfectures et principales autres villes,
des postes secondaires, dans les agglomérations secondaires,
des postes d'épouillage.

En raison de la menace que présente le typhus le nombre des postes d'épouillage a été notablement développé pendant ces dernières années. Il en a été installé, en particulier aux points de croisement des routes que prennent les nomades pendant les périodes de transhumance : d'autres fonctionnent aussi sur les confins de la Tunisie et du Maroc pour surveiller les groupes de travailleurs qui passent d'un pays à l'autre.

2° *Les services mobiles* sont représentés par des organes automobiles sur route dits « Equipes sanitaires mobiles », constamment mobilisables et chargés d'assurer sur place les mesures de défense contre les maladies épidémiques qui dépassent les moyens des organes locaux de prophylaxie et de désinfection.

Elles sont équipées pour assurer aussi les soins médicaux d'urgence, donner en cours de route des consultations aux malades indigents et concourir aux services de traitement des maladies endémiques, particulièrement du trachome et du paludisme.

Chaque équipe est dirigée par un médecin, dotée pour son transport de deux camionnettes et pourvue de matériel de dépistage, laboratoire, désinfection, lavage, abri, médicaments etc..., le tout prévu pour lui permettre de remplir les fonctions suivantes :

— dépistage et examens succincts de laboratoire,
— désinfection des effets et objets suspects,
— désinfection des locaux,
— purification de l'eau,
— isolement et hospitalisation des suspects.

Il est prévu des sections complémentaires du trachome pour renforcer les moyens de lutte contre cette maladie dans les régions où elle sévit avec le plus de violence, surtout pendant la poussée estivale.

Mouvement épidémique

Depuis plusieurs années la situation épidémique en Algérie est satisfaisante ; les grandes bouffées de peste, de choléra, de variole qui, autrefois, ont décimé le pays, se sont éteintes et le typhus reste à peu près la seule menace vis-à-vis de laquelle il convient de veiller.

L'année 1936 a été, au point de vue sanitaire, une année moyenne, seul le typhus a été en recrudescence. L'exposé ci-dessous donne une idée du mouveemnt des principales maladies épidémiques qui ont été observées.

Typhus exanthématique. — Au cours de l'année 1936 il a été constaté sur l'ensemble du territoire 1145 cas de typhus dont 1.133 indigènes et 12 européens. Ils correspondent à une année déficitaire où les récoltes ont été médiocres et où la misère a été très marquée parmi les indigènes. En 1935 il n'avait été observé que 545 cas.

Comme à l'ordinaire, c'est le Département de Constantine qui a présenté le plus grand nombre de cas (525) ; nulle part la maladie n'a pris un caractère menaçant et seules quelques bouffées épidémiques d'allure bénigne ont été observées dans des communes où sa réapparition est presque de règle depuis quelques années : Barika, Aïn el Ksar, M. Sila, Châteaudun, Bélezma, la Séfia, Souk Ahras, les Eulmas, Rhiras, Takisount, Aïn Tarta, la Meskiana, Aurès, Khenchela, Colbert dans le département de Constantine ; Chéliff, Maillot, Sidi Aïssa dans le département d'Alger ; Sebdou et Cassaigne dans le département d'Oran.

La persistance du virus en certains groupements reste toujours obscure. Il est difficile de l'expliquer dans tous les foyers par la présence de formes infantiles légères qui, partout échapperaient aux médecins et ne donneraient jamais de cas graves ; difficile aussi par la présence de porteurs de virus en état de prémunition ; quant à la conservation du virus pendant plus d'un an dans les déjections de poux, ainsi que le suppose Weigll, elle ne peut guère expliquer, plusieurs mois après, les cas de reviviscence. Plus souvent il semble que l'on puisse mettre en cause les déplacements des nomades du Sud qui, même en dehors de la transhumance, ne cessent d'apporter des éléments nouveaux parmi les tribus des départements.

Tableau récapitulatif des cas de typhus en Algérie depuis 1921

Années	*Cas*	*Années*	*Cas*
1921	1.116	1929	151
1922	860	1930	179
1923	1.478	1931	186
1924	430	1932	367
1925	528	1933	839
1926	301	1934	361
1927	723	1935	545
1928	614	1936	1.145

Les équipes sanitaires mobiles jouent un rôle très important dans la prophylaxie et sont mobilisées à peu près dans tous les cas. Les mesures consistent surtout à assurer de la façon la plus rapide et la plus complète les opérations d'épouillage.

Le vaccin avec virus vivant de Laigret (Institut Pasteur de Tunis) a été essayé au douar d'Aïn Touta (département de Constantine) sur 829 individus ; il n'a donné aucune complication et

aucun cas n'a été observé parmi les vaccinés, bien qu'une bouffée épidémique ait été observée dans le groupement.

Un service de sérum de convalescents a été créé à l'Institut Pasteur d'Alger par le Professeur Edmond Sergent il y a deux ans ; il dispose en permanence de plusieurs litres de sérum et est extrêmement apprécié pour le traitement des malades et pour l'immunisation rapide des personnes exposées au danger. En 1936 il a été mis à la disposition des médecins un total de 625 doses de ce sérum.

Fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde se présente avec 796 cas, c'est un peu plus que son bilan ordinaire annuel, mais sans caractère inquiétant.

La plupart des cas sont sporadiques et disséminés dans les trois départements. Deux bouffées épidémiques d'origine hydrique ont été toutefois observées dans les communes de Bourkika et de Cassaigne ; elles ont été rapidement enrayées par la vaccination de la population et la javellisation de l'eau, tous les travaux nécessaires pour la remise en état des canalisations d'eau potable et pour la protection des puits ont été exécutés.

Tableau récapitulatif des cas de fièvre typhoïde en Algérie depuis 1921

Années	Cas	Année	Cas
1921	1.213	1929	527
1922	726	1930	610
1923	670	1931	504
1924	689	1932	818
1925	547	1933	795
1926	734	1934	669
1927	908	1935	533
1928	730	1936	796

Peste. — Quatre cas de peste bubonique ont été observés dans les ports d'Algérie au cours de l'année.

Le service de dératisation fonctionne activement, accompagné du contrôle bactériologique des rats ; ce service est particulièrement bien organisé dans le port d'Alger.

Les cas de peste murine décelés au microscope ont été exceptionnels. L'organisation « ratproof » est peu à peu étendue à tous les magasins et aux quais (en particulier dépôts de céréales) dans les différents ports.

Tableau récapitulatif des cas de peste en Algérie depuis 1921

Années	Cas	Années	Cas
1921	203 (1)	1929	3
1922	22	1930	21
1923	6	1931	86 (2)
1924	7	1932	0
1925	2	1933	0
1926	56	1934	8
1927	11	1935	5
1928	9	1936	4

Variole. — Aucune épidémie de variole en 1936, toutefois le nombre des cas est un peu plus élevé que pendant les dernières années : 77 dont 12 de varioloïde.

Ces cas ont été signalés dans les communes de Rovigo, Arris, Souk Ahras, Philippeville, Aïn M'lila, la plupart parmi les nomades.

Les vaccinations sont obligatoires et sont régulièrement assurées par les médecins municipaux, les médecins de colonisation et leurs auxiliaires, sages femmes et adjoints sanitaires techniques.

Tableau récapitulatif des cas de variole en Algérie depuis 1924

Années	Cas	Années	Cas
1924	463	1931	21
1925	1.747	1932	17
1926	2.475	1933	29
1927	1.336	1934	19
1928	383	1935	11
1929	137	1936	77
1930	33		

(1) Epidémie d'Aumale.
(2) Epidémie d'Aïn M'Sila de Constantine.

Vaccinations antivarioliques depuis 1924

Années	Vaccinations	Années	Vaccinations
1924	390.378	1930	543.345
1925	671.875	1931	428.097
1926	2.002.022	1932	483.873
1927	1.677.723	1933	588.176
1928	474.264	1934	601.002
1929	669.380	1935	648.818

Scarlatine et rougeole. — Il a été observé pendant l'année :

230 cas de scarlatine
et 527 cas de rougeole.

Contrairement au fait observé parmi les races de couleur en Afrique tropicale, à Madagascar et en Indochine, la population indigène d'Algérie n'est nullement à l'abri de la scarlatine et elle a présenté plusieurs foyers.

L'isolement des malades et des contacts suspects, les sérumnisations préventives, la désinfection des locaux contaminés ont permis d'éteindre rapidement les différentes bouffées.

Diphtérie. — La diphtérie a donné 349 cas en 1936 contre 267 cas en 1935.

Malgré le chiffre un peu plus élevé de la dernière année, on constate qu'elle est d'une manière générale, en régression et ne présente plus une menace sérieuse pour les populations.

Les cas sont surtout observés dans les villes et ils sont relativement rares parmi les indigènes, beaucoup moins exposés aux risques de contagion.

La pratique de la vaccination par l'anatoxine se répand de plus en plus dans les centres urbains.

L'activité cellulaire et le vin (1)

Par M. le Professeur M. LOEPER

C'est, je crois, Olivier de Serres, agriculteur d'avant-garde, qui écrivait au XVIIe siècle : « Après le pain vient le vin, second aliment donné par le créateur pour entretenir la vie ».

Sans doute, une telle opinion est-elle quelque peu partiale, trop sympathique et trop exclusive, mais elle contient une part de vérité. Pourtant, le vin est un aliment et il peut être aussi un médicament.

Nous ne sommes plus au temps où l'on refusait à l'alcool une valeur alimentaire. Duclaux, Atwater, Bouchardat ont fait justice de cette erreur.

Mais on doit en préciser l'emploi, en fixer les indications et en prévenir les abus. On ne doit l'utiliser ni le prescrire à tort et à travers, sans poids ni mesure. Alors même qu'il est une des richesses de la France et qu'il mérite qu'on le considère avec déférence et sérieux il ne doit être prôné qu'avec réserve.

On sait que le vin est plus un aliment que l'alcool parce que ses divers composants s'ajoutent à l'alcool même.

Sa richesse de 730 calories au litre est considérable et ces calories s'ajoutent évidemment aux autres calories alimentaires, souvent moins rapidement, moins aisément, consommées, absorbées ou assimilées.

Depuis sa découverte que la légende attribue assez gratuitement à Noé et qui est certainement très ancienne, le vin a glorieusement traversé les siècles. Tous les poètes l'ont chanté : depuis Horace jusqu'à Raoul Ponchon. Il a reçu tous les éloges et essuyé toutes les critiques.

Sur les murs d'une tombe Egyptienne, comme sur les fresques du Latium, sur les toiles Hollandaises comme sur nos vieilles estampes, des processions chargées de grappes, des

(1) Conférence faite au Centre Rural le 3 juillet 1937.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

danses autour du pressoir, « de grappe en grappe, la voilà la jolie grappe » célèbrent ses vertus.

C'est souvent même le verre en main, où scintille le rubis ou la topaze, que les Maitres de Harlem ou d'ailleurs se font représenter.

Il est, ce vin, de Messine ou de Syracuse, de Palerme ou de Bordeaux, des vignes de Charles V ou des côteaux de Suresnes, et il est chanté partout. Il est aimé de Caton le Sage comme de Pétrone et même de Richard Cœur de Lion. Panurge sable le Champaigne avec ses amis, tandis que les grives volent autour de la barbe touffue de frère Jean.

Nunc est bibendum, disait Horace, à quoi les bons amis du bailli de Weimar, sur l'air bien connu de Massenet, répondent au superlatif : Semper vivat Bacchus, et ils philosophent et titubent à la fois.

N'a-t-on point dit que le vin versait la chaleur à l'estomac et au cœur, qu'il était plus hygiénique que le thé ou le café que consomment les peuples secs, plus hygiénique même que le cidre qui délabre parfois l'estomac, ou que la bière qui alourdit l'esprit.

Nous avons accoutumé de définir le vin par sa robe, c'est-à-dire sa couleur, par sa douceur ou sa dureté, sa finesse ou sa souplesse, autant de termes séduisants ou exacts.

Nous le disons enveloppé, étoffé, bien assis ; nous lui attribuons comme à un être humain, du montant, de la chaleur, de l'élégance et de la race, du brillant ou de la platitude.

Et c'est Raoul Ponchon qui dit que le vin de Suisse a des jambes mais peu de cuisses. Le médecin ajoute d'ailleurs qu'il est souple, musclé, charnu et qu'il a du corps : il l'envisage en physiologiste. Constantin Weyer a même avec emphase mais élégance, parlé de l'âme du vin. Bien grand mot certes et qui me rappelle cette pièce amusante où le bon argentier Eloi parlant de Dagobert à quelque envoyé qui doutait de son cœur : le roi n'a pas un cœur, il en a cent. Le vin est un peu comme le bon roi de France. Il n'a certes pas qu'une âme, il en a cent.

Mais il ne faut pas nier, alors même qu'on s'accorde avec des esprits chagrins, qui n'ont pas le vin gai, que le vin provoque l'ivresse comme l'alcool et que cette ivresse peut être aussi brutale, aussi violente ou égarée que celle de l'alcool, et qu'il peut être la cause de bien des maux, de la sclérose de nos vaisseaux comme de l'égarement de nos cerveaux, de nos violences, de nos révoltes même, et l'on n'a pas tout à fait tort de dire de nos révolutions.

Je voudrais calmer de trop grands enthousiasmes autant qu'apaiser des préoccupations excessives. La vérité est comme toujours entre les deux extrêmes, pour le vin comme pour la viande, les œufs, le poisson, les épices ou le gibier. Tout est question de dose, de quantité et aussi de qualité.

***

J'ai souvent parlé du vin et publié même, avec Alquier, Michaux et de Sèze, des observations cliniques ou expérimentales que j'ai faites aussi rigoureuses, aussi impartiales que possible. J'ai le plaisir et l'honneur de voir les unes et les autres reproduites un peu partout dans les rapports ou conférences faits sur le vin depuis quelques années.

J'ai vanté il est vrai en même temps et parallèlement les eaux minérales, non pour me créer un alibi, ou pour relier l'œnologie à l'hydrologie, mais pour être simplement dans la vérité, et montrer que l'un et les autres peuvent être d'utiles choses.

Il ne me paraît pas utile de répéter en détail ce que j'ai dit ailleurs et qui fut à l'ordre du jour de plusieurs Congrès. Je rappellerai seulement les points principaux pour donner à mon étude actuelle sur l'activité cellulaire et le vin, une base plus solide et moins discutable.

***

L'un des composants les plus importants du vin est certainement l'alcool : l'alcool éthylique dont la proportion varie de 5 à 18 %, soit 40 à 120 grammes par litre. C'est à cet alcool que vont les critiques et les enthousiasmes, mais non à lui seul. Le vin est autre chose que l'alcool et plus que lui.

Il contient d'autres alcools de moindre importance et de moindre quantité et aussi de la glycérine à laquelle il doit son mœlleux, des éthers auxquels il doit son bouquet, et qui prennent naissance au cours de la fermentation, quelques protides et acides aminés, du phosphore et du fer, des sels et du tannin auxquels il doit même une certaine valeur thérapeutique.

On ne peut nier que tous ces ingrédients sont des aliments de nos cellules nerveuses, de nos os, de notre sang, des agents de notre équilibre humoral et acidobasique.

Et je ne parle pas des vitamines, de la vitamine C qui paraît négligeable, de la vitamine B2 dont la proportion est assez faible, non plus que de la radioactivité qui est minime.

Le vin est un alcool dilué, peu irritant pour l'estomac, mieux supporté par l'organisme, c'est un alcool parfumé, plus agréable et plus sapide, c'est un véritable condiment. Mais c'est aussi un produit nutritif de valeur indiscutable.

***

L'action du vin sur la cellule vivante est souvent nocive : de fortes proportions tuent les microbes ainsi que Richet, Carrière l'ont bien, lors des inondations, indiqué pour le bacille typhique. Mais, en proportion réduite, il ne nuit pas aux cultures.

C'est sur le vin que Pasteur fit ses premières recherches de Bactériologie. Et l'on peut faire pousser des graines sur des milieux additionnés d'alcool ou de sucre, comme on les fait pousser sur des milieux arrosés d'Eaux minérales. Je cite le fait que nous avons vérifié avec Mougeot et Aubertot sans recommander spécialement ce mode de culture.

Les cellules animales comme celles des plantes peuvent bénéficier du vin. Des cobayes qui pourtant ne sont guère habitués à pareille alimentation reçoivent pendant trois mois une ration de vin de 28 grammes par kilo. Ils croissent mieux que les témoins et leur mortalité, comme celle de leur descendance, est moindre que celle de leurs voisins.

De là à prescrire le vin aux jeunes enfants, il n'y aurait pas loin, mais nous ne sommes plus au temps où le père d'Henri IV faisait prendre à son nouveau-né de l'ail et du Jurançon. D'ailleurs il faudrait réduire les doses car une telle ration correspondrait pour l'enfant au chiffre prohibitif de un litre, et le risque dépasserait le profit.

Avant d'aborder la nutrition cellulaire, il faut parler de la nutrition générale.

Le vin épargne la consommation d'autres principes alimentaires. Il favorise aussi la fixation de l'azote et du phosphore par nos cellules osseuses, nerveuses, musculaires.

Alquier, qui fit sur ce point de bien intéressants et consciencieux travaux, a constaté chez des paysans une moindre déperdition de l'azote des matières fécales avec le régime vinique qu'avec le régime sans vin. Le gain journalier était de 4 à 5 grammes de matière musculaire sèche. Et le phosphore, fixé ou retenu, passait de 0,16 à 0,58 avec un régime additionné de 6 à 900 grammes de vin par tête et par jour.

Comme Albertini l'a lui-même vu ultérieurement, comme d'autres l'ont confirmé récemment, l'administration du vin à doses minimes ou moyennes a pour conséquence une augmentation évidente de force. Certains soutiennent qu'il raffermit les muscles des lutteurs. Il est vrai que d'autres prétendent qu'il coupe les jambes. Et il faudrait s'accorder.

La cellule musculaire est en tous cas la première à se ressentir de cette action. On ne sait trop pourquoi elle rend plus et dépense moins. Mais c'est un fait fréquent et chez l'homme, chez les chevaux, le vin permet souvent un accroissement de travail de près de 22 %, tout au moins chez les adultes sains ou chez les animaux jeunes, et à un degré moindre chez les sujets vieux ou surmenés. L'excitation de la cellule musculaire dépasse parfois le tonus pour atteindre la contraction ou même la contracture. On vérifie le fait sur les fibres lisses elles-mêmes, puisque le vin à petites doses renforce les con-

tractions de l'estomac, et à plus forte dose les paralyse ou au contraire les transforme en spasme.

Comme la cellule musculaire, la cellule cartilagineuse est sucrée, glycogénée. Ses réactions sont à la base de nombreux processus articulaires. Et le tissu cartilagineux est un tissu en perpétuelle activité.

Le vin paraît en hâter les transformations et je me demande si le soufre, que contient le vin, n'est pas pour quelque chose dans cette activité.

Certes, je ne désire pas des vins richement sulfatés, où la mèche de soufre ou l'addition d'acide sulfureux ou des sulfites, accroît au-delà des limites fixées par les commissions la richesse en soufre. Mais je sais que le soufre est un agent équilibrant pour ce tissu bleuté, nacré, transparent qu'est le cartilage, qu'il en maintient la composition et le gel, qu'il y empêche les précipitations et la fibrillation et je pense que l'action bienfaisante, parfois paradoxale même, de certains vins dans la goutte et le rhumatisme, sur quoi insistait encore récemment Weissenbach, s'explique par le soufre même qu'il contient.

La cellule nerveuse est une cellule bien différente, granuleuse, en perpétuel mouvement, mais bien mystérieuse. Elle doit subir l'influence du vin puisque l'alcool l'imprègne aisément. On a beaucoup étudié l'action du vin sur le système nerveux. On l'a tantôt vanté, tantôt blâmé, toujours discuté.

La cellule pyramidale, aussi bien que le cylindraxe, sont des organismes fragiles où le vin, à fortes doses, comme l'alcool mais moins vite que lui, fait apparaître des turgescences, des vacuoles, des chromatolyses nombreuses avant de créer même des réactions névrogliques et des scléroses. La traduction de ces lésions n'est autre que la paralysie chez l'animal, la psychose et les névrites chez l'homme ou plutôt chez la femme. Il n'est pas jusqu'aux noyaux de la base du cerveau qui ne puissent être touchés.

Cette même excitation ne peut-elle, à faibles doses, être favorable et inoffensive, parce que passagère, discrète et peu renouvelée. Le vin n'aiguise-t-il pas les perceptions, ne mobilise-t-il pas les images, ne multiplie-t-il pas les associations d'idées, ne facilite-t-il pas l'effort intellectuel et ne diminue-t-il pas la fatigue.

Les exemples ne manquent pas de travailleurs intellectuels, d'orateurs, de poètes et de peintres dont les conceptions hardies, heureuses, colorées, lumineuses se sont développées dans le vin. Le rêve est aux confins de l'ivresse, ce rêve où les images poétiques ou musicales se pressent, puis se précisent. Je ne puis citer que des morts : Chabrier et Schubert, Verlaine et Musset, qui aimaient assez le vin et d'autres encore, peut-être Beethoven dont l'hérédité alcoolique était si chargée. Chez eux d'ailleurs le vin fait parfois la poésie plus triste, la musique plus angoissante et plus désabusée. Certes, le mathématicien, le philosophe, profitent moins du vin que les êtres d'imagination.

Claudel a dit à Bruxelles : le vin est le professeur du goût. Il nous forme à la pratique de l'attention intérieure, il est le libérateur de l'esprit et l'illuminateur de l'intelligence. C'est trop. On a ajouté avec emphase qu'il donnait l'énergie et la confiance, le courage et le mépris du danger, l'enthousiasme et l'altruisme et cela n'est pas inexact.

De cette action psychique comme de nos pensées on ne sait point la base histologique. L'état des cellules nerveuses est inconnu. Nous n'avons point de substratum chez l'animal, à plus forte raison chez l'homme et, sans doute, des réactions discrètes, passagères, physiologiques en quelque sorte, ne sont pas encore perceptibles à nos méthodes d'investigation.

D'ailleurs, lorsqu'il s'agit du caractère, des sentiments, de l'enthousiasme peut-on dire que toujours le système nerveux est directement en cause et qu'il ne subit pas l'influence de nos glandes internes qui le modèlent et l'animent. La torpeur est souvent thyroïdienne, l'affectivité et l'amour dépendent des glandes génitales et de l'hypophyse, le tempérament sympathique est en relation avec l'activité surrénale. Les changements de caractère ne sont souvent que des ruptures d'équilibre. Le vin doit aussi toucher ces glandes c'est certain, exciter leurs cellules et modifier ou intensifier leurs sécrétions.

On a peu étudié l'action du vin sur les glandes en dehors de l'alcoolisme chronique. Il semble que les faibles doses accroissent la corticale surrénale, multiplient les éosinophiles de l'hypophyse, gonflent les cellules thyroïdiennes, précipitent la maturation des spermatozoïdes. Ce n'est qu'à dose forte, dans la longue et lente intoxication, celle qui précède ou accompagne les cirrhoses, que se voient les atrophies, les vacuolisations, l'accroissement de la matière colloïde, ou la multiplication des chromophobes, jusqu'à ce que vienne une sclérose véritable étouffer les assises glandulaires, comme le montraient encore récemment Villaret et ses collaborateurs.

C'est dans Pantagruel que l'on trouve cette phrase savoureuse et toute imprégnée de l'euphorie du vin : « s'ils connais- « saient la Sagesse, la Sagesse longuement acquise, nous la « mettons en bouteille, avecques la divination, les sept Arts « libéraux, l'oubly des chagrins, la Bonté, la Générosité, la « Douceur, la Force, le Courage, l'Audace et non la Témérité, « l'Amour, la Galanterie, la Mignotise et la Longévité, toutes « qualités et vertus que comprend la Sagesse. Quelques Phyoles « et nous voilà, Plato, Aristoteles, Alexandre Macedon, Virgi- « lius et Naso ».

Je ne doute pas que notre cerveau soit pour beaucoup dans l'éclosion de telles qualités diverses et conjuguées, mais la science actuelle nous dit que les endocrines n'y sont pas étrangères. L'excitation cellulaire qu'y détermine le vin en enfante peut-être quelques unes. Il est même possible qu'elle varie avec les vins de Champagne, Bordeaux ou Bourgogne, dont les divers composants ont pour certaines cellules un tropisme particulier et une action différente.

Le pouvoir cytophylactique du vin apparaît donc certain. Mais il faut fixer la dose, celle qui est bienfaisante et non nuisible Elle est, nous l'avons dit avec Alquier, de 5 ou 6 grammes par kilogramme d'individu.

A vrai dire il est difficile de différencier l'action cellulaire vraie de l'action circulatoire. Le rein lui-même qui subit l'action du vin ne nous montre point de réactions cellulaires indiscutables. Pourtant certains vins sont diurétiques, les vins blancs surtout et les vins sucrés : Le Muscadet est un des plus vantés, si l'on en croit les Nantais, et le Bourgogne blanc aussi. Cette action diurétique est sans doute en partie circulatoire, car le vin agit sur les vaisseaux du rein un peu à la manière de la théobromine et du café, grâce à ses divers composants : alcool, glucides, glycérine et sels de K. Mais il n'est pas certain qu'ils agissent sur la cellule elle-même. Après injection de vin, le rein est en activité certes : les cellules s'affaissent, perdent leurs granulations, la bordure en brosse se dissocie. Mais cet aspect est plus une conséquence de la diurèse que sa cause et l'on ne peut dire qu'elle ne soit pas circulatoire ou neurovasculaire. D'ailleurs l'injection veineuse n'est point comparable à l'absorption humaine. Comment juger de l'action du vin puisque l'on ingère le vin et que pour les glandes internes comme pour le rein, le contact est alors très indirect et fort atténué

Le vin doit être administré par voie buccale. Les muqueuses qu'on doit étudier sont celles qu'il impressionne directement partant celles de l'estomac, de l'intestin et à la rigueur du foie. Là nous trouverons des réactions directes et normales. D'abord une excitation des cellules salivaires d'où résulte un afflux de salive qui n'est pas seulement réflexe ou nerveux, puis, comme dans les expériences de Pawlow, la sécrétion gastrique et le suc d'appétit. Quand le vin arrive dans l'estomac, il agit alors sur les cellules de la muqueuse. D'abord, il provoque leur contraction, car il a une forte concentration moléculaire. Dilué, il fait une réaction moins vive et les gonfle. Il agit sur les cellules bordantes surtout et moins sur les cellules principales. Il en résulte de l'acide chlorhydrique et de la pepsine, comme dans l'épreuve de Carnot et Libert, mais mieux que dans cette épreuve et moins brutalement.

L'afflux de suc est notable chez le sujet normal, il peut être mal supporté chez l'ulcéreux, il est nul chez le cancéreux et je vois là des éléments non négligeables de diagnostic.

L'absorption est rapide et le contact est bref, mais il en reste quelque chose chez le sujet normal, la mise en route de

LABORATOIRES CHAIX

HUGON & CAZIN, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
8 et 10, Rue Alphonse Bertillon — PARIS (XVe)

Adresse télégraphique : **Organiques-Paris** — Téléphone : **Vaugirard 16-11**

SPLÉNOMÉDULLA (Extraits concentrés de rate et de moëlle osseuse associés)

COLLOIDOGÉNINE DU Dr BAYLE Extrait splénique spécial
Sirop, Ampoules injectables et buvables

OPOTHÉRAPIE INTÉGRALE (Réalisée par les glandes stabilisées)
(Procédé Breveté — Communication à l'Académie de Médecine 22 Juillet 1930)

AMPOULES — CACHETS — COMPRIMÉS — EXTRAITS FLUIDES

SUROVARINE (Complexe Opothérapique : Ovaire — Thyroïde — Surrénale — Hypophyse)

ZOOCRINES (Hormones Glandulaires — Comprimés et Ampoules injectables)

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des États Artérioscléreux et Carences Siliceuses

GOUTTES : 10 à 25 par dose.
COMPRIMÉS : 3 à 6 par jour.
AMPOULES 5 C³ intraveineuses : tous les 2 jours.

Dépôt: **P. LOISEAU**, 7, Rue du Rocher, Paris. — *Echantillons:* Laboratoire **CAMUSET**, 18, Rue Ernest-Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOUTTES
15 à 50 par dose. — 300 Pro Die
(en eau bicarbonatée)
AMPOULES A 2C³. Antithermiques.
AMPOULES B 5C³. Antinévralgiques
1 à 2 par jour avec ou sans médication intercalaire par gouttes.

Antinévralgique Puissant



OVULES CHAUMEL

POUDRE CHAUMEL



HYGIÈNE

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Traitement des états de mal asthmatique

Nous avons dans une consultation antérieure (*Progrès Médical* nº 20, 15 mai 1937, p. 749) indiqué le traitement de la crise d'asthme banale. Parfois l'asthme, au lieu de procéder par paroxysmes, isolés ou groupés en attaques communes, tend à devenir en quelque sorte subintrant, sans pour cela perdre rien de son allure dramatique. Il s'agit en un mot d'un véritable « état de mal » (Brissaud).

On conçoit la nécessité d'une thérapeutique puissante et décisive. Mais les différents moyens n'en sont, pour la plupart, pas dépourvus de désagréments. Il faut donc éviter de traiter automatiquement toutes les crises d'asthme comme s'il s'agissait d'asthmes sévères. Il y a bien entendu des formes de transition et des cas d'espèce, mais on doit exiger pour porter le diagnostic d'état de mal les critères suivants :

La durée et l'allure progressive suffisamment marquées pour qu'on en vienne à redouter de désagréables éventualités.

L'altération importante de l'état physique et psychique, stigmatisée en particulier par le *considérable amaigrissement et par l'hypotension artérielle*, pratiquement constante, généralement accompagnée de tachycardie, et contrastant avec le fait que le sujet a reçu et reçoit des doses importantes et répétées d'adrénaline.

La résistance complète à la thérapeutique habituelle de la crise d'asthme : en particulier l'adrénaline demeure strictement inefficace ou même aggrave la situation, en favorisant l'hyperémie et l'hypercrinie bronchique.

Ainsi la pathogénie classique, semble insuffisante. Il paraît bien prouvé que l'hypervagotonie n'est ni constante ni nécessaire, et que le spasme bronchique est contingent car il peut avoir cessé et que l'asthme continue au point même que le malade en meure. Il faut en revenir au moins pour partie aux idées de Cullen et mettre l'accent sur la part vasculaire et vaso-motrice.

Mais ce mécanisme accepté, au moins comme hypothèse, pourquoi va-t-il n'avoir aucune tendance à l'arrêt spontané et résister à la thérapeutique banale ? Dans certains cas il se peut faire qu'il faille incriminer la permanence du contact avec l'allergène auquel le sujet est sensible. Mais le plus souvent on ne décèlera rien de net. Certes on accuse bien les lésions respiratoires nasales et broncho-pulmonaires, mais leur rôle déjà accessoire, seulement adjuvant, dans le déterminisme de l'asthme banal, ne mérite pas d'être mis au premier plan. En tout cas la thérapeutique de l'état de mal n'en tire aucune indication certaine. Il en est de même pour la tuberculose que certains auteurs accusent à nouveau d'être fréquemment responsable de l'asthme, ce qui me paraît particulièrement problématique.

Intéressante à retenir est l'hypothèse qu'a formulée Jacquelin. Dans certains cas d'état de mal il existerait une *névrite* des terminaisons du pneumogastrique.

La plupart du temps on en est réduit à incriminer un état spécial du terrain (humoral, endocrinien, neuro-psychique) avec toute l'imprécision qui s'attache à une telle appréciation.

***

De ce qui précède il est facile de déduire les buts théoriques de la thérapeutique. Elle doit s'efforcer de lutter non pas tellement contre le spasme bronchique que contre la congestion et l'encombrement broncho-pulmonaire : voilà pour l'action immédiate. Elle doit tâcher à modifier profondément le « terrain » : voilà pour l'action libératrice durable. En réalité chaque moyen thérapeutique participe plus ou moins à l'une ou l'autre action et, sans nous occuper plus avant d'un classement d'après la mode d'action pathogénique, nous allons maintenant donner le liste des méthodes qui, d'après l'expérience des auteurs et d'après la nôtre, ont fait leurs preuves.

A. *La saignée.* Elle peut être locale au moyen de ventouses scarifiées, dispensées *larga manu*, ou de sangsues (à la manière forte de Broussais). Mieux, sans doute, elle peut être générale, sans parcimonie, comme pour un œdème aigu du poumon. Le mode d'action de la saignée ne se borne pas, vraisemblablement, à une décongestion immédiate. La modification apportée aux conditions biologiques générales de l'organisme sont mal connues mais certainement profondes. Et c'est, de toute sorte, une excellente thérapeutique de l'état de mal. Elle a été remise en honneur dans le traitement de l'asthme par Pasteur Vallery-Radot et ses collaborateurs. Elle est indiquée déjà dans l'inoubliable clinique de Trousseau à propos d'un malade dont les crises, «en raison de leur violence, le mettaient quelquefois aux portes du tombeau. La saignée était alors le seul moyen qu'on eût de le soulager ».

B. *L'anesthésie chloroformique.* Elle a été proposée il y a quelques années par Troisier. On donne une anesthésie de 30 à 40 minutes. Les résultats peuvent être magnifiques, mais ils ne sont pas constants. Enfin, au cas de soulagement important mais temporaire il faut éviter que le sujet n'en vienne de lui-même à abuser de l'inhalation chloroformique, tel ce malade, que cite Trousseau, qui avait fini par en consommer 500 grammes par jour et ainsi ruina sa bourse et sa santé.

C. *Le gardénal injectable.* A la dose de 0 gr. 40 il peut arrêter certains états de mal asthmatique, comme il arrête l'état de mal épileptique.

D. *Le choc insulinique.* Proposé par Wegierko, il constitue un puissant moyen d'action. On injecte sous la peau 40 unités d'insuline et on laisse se dérouler jusqu'aux abords du coma les accidents classiques de l'hypoglycémie. On intervient à ce moment par l'administration de sucre à doses suffisantes. L'asthme est suspendu, définitivement dans les cas remarquables, pour quelques jours ou heures dans les cas moins brillants, mais alors on peut recommencer le choc et il semble que tout se passe comme si les effets étaient cumulatifs. L'inconvénient de la méthode est de nécessiter une surveillance médicale stricte durant le déroulement du choc. Enfin elle est à éviter chez les sujets âgés (déclenchement possible d'une hémiplégie par spasme d'une artère athéromateuse).

E. *La pyrétothérapie.* Nous en avons indiqué dans une consultation antérieure (*Progrès Médical*, nº 8, 20 février 1937, p. 293) les divers moyens chimiques, biologiques, physiques. Ici on retiendra surtout *l'huile soufrée*, qui a l'inconvénient de déterminer des réactions locales souvent douloureuses, et le *Dmelcos.*

Le mode d'action de la pyrétothérapie est des plus complexe : modifications humorales profondes, déviation du tonus végétatif vers l'hypersympathicotonie (Pasteur Vallery-Radot). Les résultats sont inconstants mais parfois remarquables.

F. *L'abcès térébenthiné.* La technique en est bien connue (voir *Progrès Médical*, nº 8, 20 février 1937, p. 293). Il est capital d'inciser tard, d'inciser peu, d'entretenir la suppuration, au besoin, un certain temps.

On a beaucoup discuté du mode d'action de l'abcès de fixation. Pour les uns il agirait comme agent de pyrétothérapie banale. Pour les autres ce qui importe c'est la suppuration et le remaniement leucocytaire. Je suis tout à fait de cet avis. Maintes fois j'ai vu la plus violente pyrétothérapie échouer et l'abcès térébenthiné réussir. Mieux encore : j'ai vu l'état de mal asthmatique demeurer immuable au début de l'abcès térébenthiné, pendant les 2 ou 3 jours de formation du pus, alors même que la température est déjà à 39º5 ou 40º. Et dès que le pus a commencé de se former franchement, l'asthme, au contraire, cède et parfois si bien que pour des mois dans les cas heureux, toute médication devient inutile.

G. *Les méthodes adjuvantes.* Je passe sur tous les petits moyens. J'insiste sur la nécessité d'être particulièrement sobre dans l'usage des *opiacés*. Je signale pour mémoire un moyen sans doute un peu trop négligé : *l'ipéca*, administré à doses nauséeuses, selon la méthode de Trousseau. C'est un décongestif énergique de la petite circulation et un expectorant majeur.

L'émétine a pu parfois être également utile pour les mêmes raisons et malgré son pouvoir bronchoconstricteur. La crainte théorique de son action tensio-dépressive en restreint l'emploi. *Les méthodes physiothérapiques* ne sauraient (à l'exception de la fièvre provoquée par les ondes courtes) passer pour des médications d'action rapide.

H. *Les méthodes chirurgicales.* Blocage anesthésique de l'étoilé, stellectomie, voire section vagale, autant d'audaces aux résultats un peu incertains et qui ne vont pas sans faire reculer et le malade et son médecin. On ne s'y résoudrait qu'en désespoir de cause.

***

Pour conclure, et choisir, je conseillerais de commencer, si rien ne presse, par *la saignée* et *le gardénal sodique*. Si ces moyens échouent recourir au *choc insulinique*, à *la pyrétothérapie* (huile soufrée). Si la situation est dramatique, le temps mesuré, si les autres méthodes ont échoué, avant de recourir à la chirurgie, on pratiquera, sans perdre de temps, *l'abcès térébenthiné* qui demeure la thérapeutique en quelque sorte héroïque des asthmes rebelles et sévères.

Dr Marcel PERRAULT
Chef de clinique à la Faculté


DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
LABORATOIRE CHOAY. 48, rue Théophile Gautier. PARIS (XVIe)

la sécrétion. Non dilué, à doses fortes, surtout à doses répétées le vin, le vin riche en alcool, en tannin, le vin falsifié plus que le vin naturel, détermine à la longue des lésions. « Pour être bon, disait-on à Salerne, il faut qu'il soit clair, « viel, mûr et subtil, pétillant, bien trempé, pris avec pruden- « ce. »

L'atrophie des cellules bordantes, la multiplication ou le développement des cellules muqueuses, la sclérose même de la muqueuse et son atrophie viennent en général de trop de vin et surtout de mauvais vin.

La gastrite, les gastrites les plus diverses, peuvent en résulter, que Hayem a déjà bien étudiées, mais on doit admettre aussi que l'excitation peut être physiologique, passagère et sans lendemain.

J'ai décrit avec Marchal, la leucopédèse gastrique. Elle est un phénomène physiologique et non pathologique et elle est fort utile. Elle apparaît avec la sécrétion. Elle se manifeste très vite et très abondamment après le vin. Elle atteint 1.500 leucocytes par millimètre cube à la première heure et 2.000 à la deuxième. Elle est plus intense avec les vins doux qu'avec les vins rudes et très tanniques. Son importance est presque égale à celle que détermine le sucre en solution isotonique, un peu inférieure à celle des peptones et du bouillon.

Le même phénomène va, au fur et à mesure de la digestion, se produire dans l'intestin, puis dans le foie qui se remplit de leucocytes lui aussi, enfin dans le rein.

Leucopèdèses étagées, vagues successives, toutes déclenchées par le vin et se déclenchant peut-être les unes les autres et qui en montrent le tropisme spécial et vraiment suggestif.

Cette leucopédèse viscérale est suivie, très vite, de la leucopédèse sanguine, plus vite qu'avec le lait, parce que l'absorption du vin est rapide. Celle-ci apparaît à son tour et monte à 15 ou 20.000 leucocytes.

Le vin est donc un leucopédétique et peut-être est-il aussi un élément de défense appréciable dans les infections ; peut-être préserve-t-il même le sujet sensible de certaines intoxications alimentaires ; sans doute il excite le sympathique plus que le vague ; peut-être est-il un élément de désensibilisation puisque le vin ajouté à un aliment mal toléré, accroît souvent la tolérance.

Le foie est imprégné très vite après l'ingestion du vin, la leucocytose intrahépatique est déjà un signe de cette imprégnation. Mais à côté de la leucocytose il est d'autres signes d'activité cellulaire : quelques mitoses d'abord, la disparition du glycogène aussi qui est à peu près constante ; parallèlement l'accroissement de l'oxydation du soufre, de la desamination, l'élévation du cœfficient azoturique, l'abaissement du cœfficient de Maillard.

On est donc tenté d'appliquer aux malades l'absorption de vin, comme on le fit de sucre et de miel, pour juger de l'intégrité hépatique, voire de pratiquer le tubage duodénal au vin pour apprécier la fonction biliaire.

C'est ce que j'ai fait avec Michaux. Nous avons vu que le vin provoquait l'afflux rapide de bile dans le duodénum, bile B et bile C aussi abondante que le sulfate de magnésie dans l'épreuve de Meltzer-Lyon. Il est donc un chalagogue et un cholérétique. Il a une action sur la cellule et la fonction biliaire autant que sur la vésicule. Il a même une action sur la cellule pancréatique, puisque le suc recueilli contient un chiffre élevé de lipase.

Que ces réactions soient réflexes, qu'elles aient pour cause la mise en route de la sécrétine, qu'elles dépendent de l'action du vin sur la cellule glandulaire même, peu importe, elles sont patentes et indéniables.

Et si l'on sait fort bien que l'abus du vin fera demain des lésions cellulaires durables, des adiposes, des dégénérescences, des scléroses, on ne peut nier que l'action passagère se borne à une excitation quasi physiologique et qui peut par conséquent être favorable, voire utile. *Le tout est de ne pas abuser.*

* * *

Je ne veux pas prolonger outre mesure une conférence qui est déjà longue.

Si le vin anime le cerveau du poète ou du musicien, s'il réveille les énergies endormies, s'il fait oublier les tristesses, s'il a pu, par une euphorie immédiate, donner insouciance et courage aux guerriers de 1914, il agit aussi sur nos organes, sur nos cellules, il y fait apparaître des réactions discrètes mais certaines, passagères ou durables, utiles ou dangereuses, comme tout autre produit d'action pharmacodynamique défini.

A dose faible, il paraît inoffensif et quelquefois utile. A des doses répétées, multiples, élevées, il peut déterminer des réactions durables ou des lésions.

L'effet immédiat est une suractivité.

L'effet lointain est un épuisement.

L'effet trop répété, à trop forte dose, peut être une lésion.

La distinction me paraît capitale. Et le problème ne peut être résolu d'un sourire ou d'une plaisanterie. Il faut savoir que l'action du vin ne se limite pas à l'ivresse, pas plus que ses réactions n'aboutissent fatalement à des lésions.

L'enthousiasme irréfléchi est aussi pernicieux que le mépris systématique.

On a compris, un peu tard, que le vin méritait une étude physiologique au même titre que tout aliment, que tout médicament.

C'est le grand Pline d'ailleurs qui disait déjà il y a vingt siècles :

« Il faut discuter du vin avec la gravité qui convient à un Romain lorsqu'il traite des arts ou des sciences, non pas tant comme un médecin que comme un juge, chargé de se prononcer sur la santé physique et morale de l'humanité. »

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL

Thyroïdectomie totale et insuffisance cardiaque

Dans quelques cas judicieusement choisis et d'ailleurs d'une relative rareté, la thyroïdectomie totale améliore d'une façon très nette un état asystolique parfois grave et ancien, incompatible avec une vie sociale normale. Mais il s'agit là de malades peu résistants et d'une opération sévère. On conçoit donc le soin avec lequel doit être posée l'indication à l'intervention, et la nécessité d'une étude étroite et prolongée du sujet par son médecin, un spécialiste cardiologue et un chirurgien spécialisé dans cette très délicate chirurgie.

Ce qu'on cherche à obtenir par l'intervention

Par la thyroïdectomie totale, on cherche à créer chez l'insuffisant cardiaque un état de thyréoprivation qui, en diminuant la vitesse du sang et le métabolisme basal, rétablisse un équilibre entre les besoins de l'organisme et l'apport sanguin que le cœur est encore capable de fournir. En somme chez le malade, on cherche à réduire les demandes de tissus par la thyroïdectomie, car on ne peut plus augmenter l'apport sanguin par une action directe sur le cœur.

Indications et contre-indications

Leur choix est difficile et ne peut être fait que par un examen prolongé du malade sous surveillance médicale.

L'origine de la cardiopathie responsable de l'asystolie doit être d'abord précisée :

Tout malade chez lequel en effet la lésion causale de l'asystolie continue à évoluer ne doit pas être opéré.

Il en est ainsi des lésions du rhumatisme cardiaque évolutif, des endocardites malignes évolutives, des cardiopathies syphilitiques, de l'infarctus du myocarde, des cardiopathies emboligantes et d'une manière plus générale, de toutes les affections cardiaques fébriles.

L'allure évolutive même de l'asystolie est importante à étudier :

En principe on doit éviter toute intervention en cas d'asystolie rapidement progressive, quelle qu'en soit l'étiologie.

Au contraire une cardiopathie évoluant par poussées successives, mais sur un myocarde suffisamment résistant entre ces périodes d'aggravation, constitue une bonne indication.

Les réactions de la cardiopathie à l'influence des traitements médicaux correctement suivis donnent aussi des indications d'un grand poids. Si la thérapeutique usuelle est sans effet sur les accidents asystoliques, œdèmes, ascite, hydrothorax, malgré un repos au lit prolongé, il vaut mieux éviter l'intervention.

Il est important que les malades conservent ce qu'on appelle une « réserve cardiaque » suffisante, c'est-à-dire une capacité fonctionnelle du cœur telle qu'ils puissent tirer avantage de l'intervention. On l'appréciera par les épreuves habituelles en cardiologie, telles que celle de la tolérance à l'effort.

L'état du myocarde mérite une évaluation aussi exacte que possible par la prise de la tension artérielle, de la pression veineuse, l'étude de la vitesse circulatoire, de la capacité respiratoire et des coefficients qui en dérivent, la radiographie du cœur et l'électro-cardiographie.

L'examen complet du sujet mettra en évidence des contre-indications tirées de l'état général ; insuffisance rénale, cirrhose hépatique, affections pulmonaires chroniques, troubles psychiques même minimes, âge trop avancé du malade.

Enfin l'opération qu'on se propose de pratiquer a pour séquelles des troubles physiologiques divers et bien connus.

Les indications devront donc être prudentes chez les malades présentant un *métabolisme basal* déjà diminué. La limite inférieure sera un métabolisme basal de — 15 %.

En résumé on peut donner à titre de repère, les caractéristique du cas idéal (Blumgart). C'est un asystolique de 30 à 50 ans dont l'insuffisance relève d'une lésion cardiaque ancienne, fixée et à évolution très lente. Il a présenté des périodes d'aggravation et des intervalles de rémission où les toni-cardiaques et le repos au lit, soulageaient les troubles existants.

L'opération et ses suites

L'intervention elle-même devra être précédée de soins préopératoires attentifs.

Ces malades sont des cardiaques décompensés. On cherchera donc à leur donner par le repos prolongé au lit, les diurétiques et les tonicardiaques correctement et longuement administrés, le meilleur état cardiaque possible.

Ces malades sont des nerveux. Le repos en chambre isolée, à l'abri de chocs moraux et physiologiques, l'administration de sédatifs nervins légers sont indispensables. Le jour même de l'intervention ne doit pas être annoncé à l'avance.

L'anesthésie la plus simple et la moins shockante est *l'anesthésie locale* qu'on pourra dans quelques cas compléter d'un peu de protoxyde d'azote.

L'acte opératoire obéit à quelques règles : hémostase minutieuse au contact même du corps thyroïde ; nécessité d'enlever tout le tissu thyroïdien visible, de rechercher soigneusement les lobes aberrants possibles mais rares.

Le point dangereux de l'intervention est la libération de la face postérieure des lobes latéraux. Le plus grand soin doit être mis à la ligature des branches terminales de la thyroïdienne inférieure, au contact du parenchyme de la glande, pour conserver la vascularisation et l'innervation des parathyroïdes.

Mais c'est surtout le récurrent dont on doit redouter la lésion on peut procéder à l'examen laryngoscopique direct pendant l'opération. En tout cas si un récurrent est blessé ou s'il on a des doutes sur son intégrité, il vaut mieux remettre à plus tard l'extirpation de l'autre lobe. Enfin après l'intervention l'examen de la pièce est nécessaire pour vérifier qu'elle ne contient pas de parathyroïde. Dans le cas contraire on doit tenter la greffe de celle-ci.

Les soins post-opératoires

Les suites sont généralement légères. Il faut continuer les toni-cardiaques institués avant l'opération. Les accidents possibles de dyspnée ou de cyanose seront améliorés par l'administration d'oxygène.

Le repos au lit prolongé de trois à quatre semaines est indispensable.

Il y a deux *complications importantes*, la paralysie récurrentielle, déjà vue, et les accidents de tétanie. Pour diagnostiquer cette dernière le laboratoire n'est d'aucun secours au début. Il faut attacher beaucoup plus de valeur à la recherche systématique des signes cliniques qui posent une indication thérapeutique précise et précoce :

Administration de chlorure ou de lactate de calcium, de vitamine D, et à un degré de plus, greffe parathyroïdienne.

La *mortalité opératoire* est de 6 à 10 pour 100. La mortalité tardive est environ de 16 %, elle dépend de la continuation des processus évolutifs que la thyroïdectomie totale dans certains cas ne peut qu'entraver momentanément.

Les résultats

Les résultats immédiats portent d'abord sur les *signes fonctionnels*, améliorés d'une manière souvent rapide : diminution de la dyspnée, des palpitations, des douleurs précordiales. L'amélioration des *signes physiques* est aussi assez précoce : les œdèmes périphériques ou viscéraux, la congestion hépatique, la cyanose diminuent.

L'impulsion cardiaque s'apaise, l'asthénie cardiaque et les arythmies s'atténuent peu à peu.

On peut dire que dans les cas d'insuffisance cardiaque les résultats satisfaisants sont de l'ordre de 50 ou 60 pour cent, les meilleurs résultats sont ceux ou il n'y a pas de rechute des signes d'insuffisance cardiaque bien que l'activité sociale soit augmentée.

Certains résultats ne sont que moyens : les symptômes sont moins sévères avec une activité modérément augmentée.

Dans 50 % les résultats sont passables : les symptômes sont moins graves mais l'activité n'est pas accrue. Enfin il y a des résultats mauvais sans amélioration durable du malade.

Les causes d'échecs sont surtout les facteurs évolutifs rendant une cardiopathie rapidement progressive On signale en outre le rôle d'un métabolisme déjà abaissé avant l'opération, et l'erreur qui consiste à avoir laissé un fragment de tissu thyroïdien.

En résumé, il y a là une méthode thérapeutique nouvelle, dont les résultats sont encourageants dans des cas bien choisis correspondant à des indications précises. Mais il serait dangereux, de vouloir étendre ces techniques d'une manière abusive, à des cardiopathies insuffisamment étudiées.

J. CALVET.

Références essentielles :

Louis BARRAYA : La thyroïdectomie totale. Thèse Paris, 1936.
Garcia CARRILLO : La thyroïdectomie totale. Thèse Paris, 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1937

Des mesures propres à élever le taux de la natalité. — ***M. Couvelaire*** expose les mesures propres à enrayer le dépeuplement. Il faut : 1. diminuer le taux de la morti-natalité et de la mortalité infantile ; 2. augmenter le nombre des naissances. Les mesures à envisager sont de deux ordres : d'ordre politique et moral. « Si l'état veut des enfants, a dit M. Jean-Louis Faure, il faut qu'il les paye. » Il ne faut pas que dans la vie d'un couple la venue d'un enfant soit une charge. L'auteur passe en revue les différentes mesures qui ont été prises dans ce but depuis 1813, et surtout depuis vingt-cinq ans ; elles sont de deux sortes : l'assistance matérielle directe, les dégrèvements ; il ne semble pas que ces mesures — ou demi-mesures — aient produit des résultats appréciables. Au point de vue social, un ensemble de faits contribue, depuis plus d'un siècle à amener une diminution progressive du nombre des procréations : le bouleversement apporté par la loi à la transmission de la propriété rurale, l'exode des populations rurales vers les agglomérations urbaines, l'organisation de plus en plus centralisée du travail collectif standardisé, etc.

Le dépeuplement d'origine obstétricale. — ***M. Brindeau*** examine la question du point de vue obstétrical. Cette étude comprend les causes de stérilité volontaire ou non, l'avortement prématuré et toutes les causes qui peuvent provoquer la mort du nouveau-né et celle de la mère dans le cours de la puerpéralité.

L'évolution de la protection infantile. — ***M. Jules Renault*** passe en revue les lois, décrets et règlements pris pour protéger les enfants et en particulier les enfants du premier âge.


αρθριτισμε
οβησιτη

Séance du 6 juillet 1937

Nouvel aspect du problème de la tuberculose chez les noirs. — *MM. F. Bezançon* et *Arnould* montrent toute l'importance de la question de la tuberculose des noirs puisque 275.000 hommes ont été prélevés sur notre domaine colonial dont 180.000 pour l'Afrique noire. Ils rappellent qu'il ne faut pas prendre à la lettre l'observation de Borrel sur les tirailleurs sénégalais rassemblés au camp de Fréjus pendant la grande guerre, et qu'il ne faut pas généraliser les conclusions qui en furent tirées sur l'extrême gravité de la tuberculose des noirs,

L'expérience du camp de Fréjus a eu une suite ; un fort contingent de Sénégalais réside actuellement à la Rochelle, et tout en présentant une mortalité tuberculeuse encore supérieure à celle des troupes métropolitaines est bien loin d'être décimé par la tuberculose comme les Sénégalais du camp de Fréjus.

Les auteurs montrent que l'on a attribué à tort l'extrême gravité de la tuberculose des Sénégalais à l'absence d'allergie tuberculeuse constatée par Borrel.

La tuberculose présente une très grande gravité chez les noirs qui travaillent dans le Sud de l'Afrique dans les mines d'or, et cependant ceux-ci réagissent à la tuberculine avec la même fréquence que les européens. Elle semble même avoir plus de gravité chez les allergiques que chez les autres.

L'expérience considérable des médecins américains montre d'autre part, qu'alors que les cuti-reactions positives sont aux Etats-Unis au moins aussi fréquentes chez les nègres que chez les blancs, la tuberculose revêt, cependant, chez les nègres une gravité beaucoup plus grande.

La gravité de la tuberculose des Sénégalais du camp de Fréjus doit être attribuée pour une grande part à la transplantation, à l'entraînement rapide et aux conditions matérielles et morales entraînées par la guerre. Dès que les noirs vivent dans de bonnes conditions d'hygiène et ne sont pas transplantés, la tuberculose perd son caractère d'extrême gravité.

Le type anatomo-clinique présenté par les sénégalais du camp de Fréjus, signalée depuis chez les noirs par de nombreux auteurs montre cependant que l'on doit se demander si, à côté du problème social qui domine la question, il n'y a pas aussi un problème racial qui expliquerait la fragilité relative des voies respiratoires chez les noirs et la tendance aux localisations ganglionnaires et à la généralisation.

Les résultats obtenus par le Service de Santé à La Rochelle par le dépistage systématique des cas nouveaux, l'entraînement progressif, les conditions d'hygiène parfaites montrent que l'on peut utiliser les troupes noires pour la défense de la Métropole moyennant ces précautions.

La lutte contre la lèpre dans les colonies françaises. — *M. E. Marchoux.* — Aujourd'hui la lutte contre la lèpre a pris son essor dans toutes nos colonies. Partout on adopte une politique qui, pour différer suivant les pays, les races et le niveau de la culture intellectuelle, s'inspire néanmoins des principes. Evidemment, nous ne pouvons pas en cinq ans prétendre à une réduction dans le nombre des malades, mais dans tout notre empire colonial l'organisation sanitaire en vue de la protection de la population contre la lèpre se développe et s'étend.

Quelques considérations sur les conditions de réalisation du programme de protection démographique aux colonies. — *M. Lasnet* qui, pendant de longues années, a dirrigé le Service de santé des Colonies, a fait un rapide exposé des efforts réalisés dans les territoire d'Outre-Mer, avec l'appui de l'académie de médecine, pour leur assurer les races nombreuses et fortes nécessaires à leur mise en valeur.

Il rappelle que le premier programme de protection sanitaire à caractère vraiment démographique, a été conçu à Madagascar en 1901 par le général Galliéni et que ce sont les collaborateurs formés à son école au premier rang desquels le maréchal Lyautey au Maroc et le gouverneur général Carde en A. O. F. et en Algérie qui en ont étendu l'application. Repris en 1924 par M. Daladier, ministre des Colonies, ce programme a été généralisé et est devenu la charte de la défense sanitaire des populations autochtones sur laquelle s'appuient les mesures actuellement en cours.

M. Lasnet a signalé ensuite les conditions les plus indispensables pour le succès d'une entreprise aussi vaste et aussi difficile :

la collaboration de tous les services, de tous les groupements, de toutes les personnalités en contact avec les populations autochtones et pouvant exercer sur elles une action ;

la continuité et la ténacité dans une œuvre qui exige des efforts persévérants et obscurs dont les effets ne peuvent se faire sentir qu'à longue échéance ;

l'attribution de crédits suffisants dont une partie pourrait être fournie par le prélèvement de 10 % sur les sommes réservées aux grands travaux sur fonds d'emprunts en conformité de la décision votée par le Parlement au moment des grands emprunts coloniaux en 1931.

Médecins coloniaux d'autrefois et d'aujourd'hui. — *M. Sorel.*

L'instruction médicale des indigènes aux colonies. — *M. Achard.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1937

Diabète et lithiase biliaire associés. Amélioration du diabète après cholecystectomie. — *MM. F. Rathery* et *P. Froment* rapportent le cas d'une malade lithiasique ancienne qui fit secondairement du diabète à type consomptif léger. Sous l'influence de l'intervention chirurgicale la tolérance glucidique augmenta et on put obtenir de l'aglycosurie avec un régime plus riche en féculents qu'avant l'intervention, tout en supprimant l'insuline.

Les auteurs discutent, à l'occasion de cette observation, les rapports entre la lithiase biliaire et le diabète sucré.

Spirochétose méningée avec léger subictère — Augmentation considérable de la lipidémie et du rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang — Irido cyclo choroïdite bilatérale. — *MM. P. Nicaud, M. Laudat* et *J. Gerbeaux* avaient déjà étudié, dans un cas de spirochètose ictéro hemorragique, la lipidémie et le rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang. Ils ont pu, dans une nouvelle observation, confirmer leurs premières constations.

Il s'agissait d'une spirochètose méningée avec subictère généralisé, azotémie à 1 gr. 50. Le L. C. R., normal au troisième jour, a montré au onzième jour des modifications importantes (180 lymphocites par millimètre cube, albumine 1 gr. 20).

Une rechute est survenue au dix huitième jour, signes méningés malgré un L. C. R. redevenu presque normal.

Au vingt-cinquième jour est apparue une irido cyclo choroïdite hémorragique bilatérale qui a évolué vers la résolution en vingt jours.

La nature spirochétosique de l'affection a été démontrée par le séro-diagnostic du sang, du L. C. R. et par les inoculations au cobaye du sang, du L. C. R. et des urines au quinzième jour.

Comme dans la première observation, les auteurs ont constaté une augmentation sonsidérable de la lipidémie qui s'est élevée jusqu'a 12 gr. 20, alors que le cholestérol était seulement legèrement augmenté (2 gr. 20) ; il y a ainsi élévation du rapport $\frac{\text{lipides totaux}}{\text{cholestérol}}$ du sang.

Des modifications analogues de la lipidémie et du cholestérol ont été trouvées chez le cobaye ; il y a donc concordance parfaite entre les résultats biologiques expérimentaux et cliniques.

D'après les auteurs, ces modifications dans la quantité des lipides et le rapport lipides-cholestérol ne seraient pas propres à la spirochètose. Ils ont pu en effet les observer dans deux cas d'ictères bénins non spirochètosiques. Il parait difficile d'attribuer aux lésions hépatiques souvent discrètes un rôle exclusif dans l'augmentation de la lipidémie.

Un traitement sérothérapique de 150 c. c. commencé au cinquième jour n'a pu prévenir, ni une rechute au dix-huitième jour, ni l'irido cyclo choroïdite survenue au vingt-cinquième jour.

Un cas de lévulosurie chez l'enfant. Etude d'un trouble rare du métabolisme hydrocarboné. — ***MM. G. Paisseau, J. Ferroir et A. Mangeot*** rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans atteint depuis deux ans de lévulosurie.

Ils ont identifié ce sucre d'une manière certaine par dosage, par réduction et polarimétrie, recherche de l'osazone, du pouvoir fermentescible de la réaction de Selivanoff.

Ils ont éliminé toute possibilité de pouvoir lévogyre dû à l'adjonction d'acide B oxybutyrique par les méthodes de Bergell et Van Slyke et de dérivés glycuroniques par la méthode de Tollens et d'hydrolyse acide etc...

Ils font à ce propos une étude critique de la différenciation des sucres et ils ont étudié l'élimination du lévulose chez leur malade.

Ils ont constaté que la lévulosurie augmentait après les repas, était maximum dans la deuxième heure qui le suivait, que l'élimination variait de 10 à 18 % de la dose ingérée. Ils ont étudié aussi le métabolisme du glucose qui était normal sauf un affaissement de la courbe d'hyperglycémie provoquée, les métabolismes du saccharose, du galactose et de la sorbite.

Ils concluent à un trouble bénin de pathogénie complexe hépato-endocrinienne sans que le pancréas semble jouer un rôle.

Un cas cliniquement presque pur de myoclonies pelato-pharyngo laryngées chez un adulte. — ***MM. Molaret, Jean Delay*** et ***Iglesias y Bettancourt*** présentent un adulte de 44 ans chez lequel on constate un syndrome myoclonique au niveau du voile du palais, des piliers et des cordes vocales, battant à 106 à la minute et dont le rythme n'est modifié par aucun facteur. Le point intéressant réside dans la pureté du syndrome, le sujet présentant tout au plus une légère latéropulsion droite.

Périarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona et localisée dans le territoire de l'éruption. — ***MM. Jean Delay et J. Le Beau*** présentent une malade atteinte d'une variété exceptionnelle d'arthropathie nerveuse : l'arthropathie du zona. Dans le décours d'un zona brachial, siégeant dans le territoire de C^8 D^1, sont apparues des arthrites à topographie strictement radiculaire, localisées dans le territoire de l'éruption. Les auteurs soulignent l'importance prépondérante des perturbations sympathiques, également notée dans les précédentes observations d'arthropathies zostériennes.

Un nouveau cas de syndrome de Wilkman. — ***M. Garcin.***

Agranulocytose à rechutes consécutive à l'absorption de pyramidon. — ***M. Roch*** (Genève).

Polyglobulies d'origine centrale et érythrémies du type Geisbock. — ***M. P. Lechelle***, a propos du procès verbal, revient sur la communication de J. Decourt, P. Mathieu et G. Blaire, faite à la séance du 4 juin 1937 :

Erythrémie du type Geisbock, échec de la radiothérapie infundibulo hypophysaire. Rémission sous l'influence de la radiothérapie osseuse et splénique.

Il estime que l'échec de la radiothérapie était très probable dans ce cas, où aucune manifestation clinique apparente (acromégalie, dystrophie, adiposo-génitale, diabète insipide, etc...) ne venait appuyer de manière indubitable l'hypothèse de l'origine centrale de la polyglobulie.

Il rappelle en outre que, antérieurement aux publications de Mariano Castex dont les plus anciennes sont : La doctrina de la hipertension artérial Prensa med. Arg. 29 novembre 1928 et la Patogenia de la Policitemia hipertonica de Geisbock, publiée à Buenos-Aires en 1929, il a présenté le 30 mars 1928 à la Société Médicale des Hôpitaux avec ses Collaborateurs D. Douady et R. Joseph, un malade dont l'observation se résumait ainsi :

Syndrome adiposo-génital, diabète sucré, exophtalmie bilatérale et hémiparalysie droite des nerfs de l'étage antérieur du crâne dus à un méningiome ou à un sarcome partiellement calcifié. Erythrose cutanée avec polyglobulie.

P. Lechelle, Douady et Joseph indiquaient à la fin de cette observation l'hypothèse d'un centre encéphalique régulateur de l'hématopoïèse, qui depuis a retenu l'attention des auteurs. Cette observation est le premier fait clinique apporté à l'appui d'une origine centrale des polyglobulies déjà envisagée antérieurement au point de vue théorique et expérimental.

Michelle Zagdoun-Valentin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1937

A propos du cancer pulmonaire. — ***M. Rosenthal*** émet sur ce sujet quelques réflexions du point de vue clinique et thérapeutique.

M. Soulas montre la gravité de l'intervention chirurgicale dans ces cas.

M. Nemours Auguste insiste sur la nécessité et la difficulté d'un diagnostic radiologique précoce.

A propos de l'abcès du poumon. — ***M. Hinault*** n'est pas d'avis qu'il faille opérer rapidement les abcès du poumon, certains guérissent médicalement.

M. Soulas est du même avis.

Présentation de malade atteint de névralgie faciale. — ***MM. Laignel-Lavastine*** et ***Held*** présentent un malade ancien comitial qui a été guéri d'une névralgie faciale violente et rebelle par un traitement par le gardénal.

M. Alquier fait des réserves sur la véracité de ce diagnostic et demande quelques précisions.

M. Galiot demande s'il n'y a eu aucun signe de syphilis.

Cholestérol et cancer. — ***M. Taguet*** attire l'attention sur le rôle prédisposant et adjuvant du cholestérol dans la genèse et l'évolution du cancer. En étudiant les statistiques, il fait remarquer que les Nordiques, gros consommateurs de cholestérine, sont plus atteints que les Méridionaux où le végétarisme domine ; il signale aussi la localisation élective du cancer sur les organes producteurs du cholestérol endogène et sur ceux qui, par leur surcharge graisseuse, accumulent cette même substance. Enfin, en se basant sur l'expérimentation et les observations cliniques, il a soumis les malades à une thérapeutique lécithinée cholestérolytique et à un régime hypocholestériné. Il attribue à cette ligne de conduite certains ralentissements, voir même la stabilisation de l'évolution cancéreuse.

A propos des os et des arêtes dans l'œsophage. — ***M. Guisez*** établit qu'une des conditions pour qu'un petit os ou une arête reste fixé dans l'œsophage, c'est que ce petit corps étranger ait piqué ou perforé la paroi œsophagienne. De là la gravité toute particulière de cette variété d'accident sur laquelle on ne saurait trop insister. Si ces corps ne sont pas enlevés trop rapidement, et comme ils sont très septiques, ils déterminent des phénomènes de suppuration qui, sans doute, peuvent se collecter, mais aussi diffusent très rapidement vers le médiastin.

Le diagnostic clinique par la dysphagie douloureuse conserve toute sa valeur et il ne faut pas perdre un temps précieux en essayant de les déceler sous la radiographie qui, souvent, ne donne rien pour ces petits os et surtout les arêtes. L'œsophagoscopie a amélioré considérablement le pronostic, et dans la statistique de l'auteur qui porte sur 215 cas de corps étrangers de cette nature qui sont les plus fréquents chez l'adulte, la mortalité globale ne dépasse pas 2 % et il s'agissait alors toujours de cas opérés très tardivement.

L'usage du brise-os, imaginé par l'auteur dans les cas de corps fortement enclavés, rendra les plus grands services.

M. Soulas insiste également sur la gravité des lésions causées par ces corps étrangers qui donnent toujours des complications.

M. Payr demande quel est le microbe le plus souvent en cause dans ces infections.

Sténose du pylore et azotémie. — ***MM. G. Luquet*** et ***H. Bertreux***, étudiant l'ascension du taux de l'urée sanguine chez les sténosés du pylore, montrent d'après 12 cas, que cette augmentation non seulement ne doit pas retarder l'intervention chirurgicale mais au contraire doit inciter à la faire assez vite car il n'y aura aucun ennui post-opératoire du fait de cette urémie accidentelle, laquelle bien plus disparaîtra rapidement dans les jours suivants.

La rétroactivité neuro tonique conjonctivo-lymphatique. — ***M. Alquier*** montre que cette retroactivité est une réaction active qui présente des caractères d'un réflexe analogue à la vaso-motricité dont elle est l'homologue pour la circulation lymphatique. Son insuffisance permet les œdèmes mous et atones, son hypertonie explique les spasmes et enraidissements de ce qu'en France nous appelons la cellulite.

G. Luquet.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Maladies infectieuses

Le problème de la pathogénie de la méningite cérébro-spinale comporte encore de nombreuses inconnues, qui s'opposent à sa solution définitive.

Un seul fait est acquis, et déjà de longue date : c'est la pénétration du méningocoque au niveau du rhino-pharynx, avec sa faculté de déterminer la production d'une rhino-pharyngite spécifique, point de départ de l'infection méningée. C'est le seul point qui échappe à la discussion. Quant à savoir la voie que prend ultérieurement le germe pour infecter les espaces sous arachnoïdiens, les avis restent partagés entre l'idée de la propagation directe et celle de sa dérivation par la voie circulatoire. On doit remarquer cependant que, depuis quelque temps, la première subit un regain de faveur a laquelle les expériences de W.-E. Legros-Clarke ne sont certainement pas étrangères ; elles ont apporté des précisions nouvelles en montrant le chemin que peut prendre le méningocoque pour atteindre, sans passer par la grande circulation, les espaces sous-arachnoïdiens ; de plus, les lésions vasculaires, que de Lavergne estime devoir être également rapportées à la propagation par voie directe au même titre que l'infection méningée, méritent d'attirer particulièrement l attention, car au lieu d'être l'effet de la septicémie elles pourraient bien être la cause ; dès lors, la doctrine de l'origine hématogène des accidents méningés perdrait une grande partie du terrain qu'elle s'était acquis. Mais ne faut il pas, au moins en certains faits, réserver une part au rôle qui lui a été attribué ?

Il est permis de se demander si toutes les atteintes relèvent d'une seule et même pathogénie ; il semble même que, dans le cadre limité de chacune des conceptions en cours, le mode d'éclosion de la méningite cérébro-spinale puisse ne pas être univoque pour toutes les formes cliniques observées. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de se prononcer, et ce n'est qu'à la faveur de recherches nouvelles, systématiquement entreprises, que pourra être dissipé le mystère qui enveloppe encore la solution du problème.

(Ch. Dopter. — La pathogénie de la méningite cérébro-spinale. Ses inconnues. *Paris Médical*, 29 mai 1937.)

Les brillants résultats expérimentaux obtenus par la chimiothérapie antistreptococcique n'ont pas été démentis par la clinique — Dans les infections déclarées, la chimiothérapie constitue encore l'arme la plus puissante que nous possédions contre le streptocoque. Il ne faut pas craindre dans ces cas d'utiliser des doses massives, souvent répétées et pendant longtemps. Mais c'est surtout à titre préventif que la chimiothérapie pourra donner les résultats les plus remarquables. Il faudra l'utiliser dans tous les cas où une complication streptococcique est à craindre, et notamment dans l'accouchement, où son emploi devrait se généraliser. C'est, ainsi qu'on pourra assurer, dans les meilleures conditions, une protection antimicrobienne rapide, puissante et pratiquement sans danger.

(F. Nitti et A. Simon. Etat actuel de la chimiothérapie antistreptococcique. *Paris Médical*, 5 juin 1937.)

Un cas de toxi-infection alimentaire à paratyphique A, consécutive à l'ingestion d'un pâté de foie de porc, a été observé par MM. P. Harvier et Lévy-Bruhl.

Il s'agit, d'une malade, de 39 ans qui, quelques heures après l'absorption d'un pâté de viande de porc de conserve, présenta des symptômes d'embarras gastrique. La courbe thermique s'éleva progressivement, quoique irrégulièrement, au delà de 40°, en même temps que le foie augmenta de volume et que de discrètes taches rosées firent une éphémère apparition.

Les observations de ce genre se comptent. Dans la littérature française, on ne retrouve qu'une observation de ce genre (Ménétrier, Isch-Wahl et Surmont), on ne saurait admettre désormais que les *Salmonella*, tels que le paratyphus B, le bacille de Gärtner ou d'Ærtrycke, le bacille *sui pestifer* soient seuls responsables des intoxications alimentaires d'origine microbienne.

Le paratyphique A, quoique plus rarement en cause que les précédents, prend également place dans l'étiologie des infections alimentaires par conserves de viande.

(P. Harvier et Lévy Bruhl Toxi-infection d'origine alimentaire à paratyphique A., *Paris Médical*, 5 juin 1937.)

Radiologie

Dès qu'une pratique qu'elle qu'elle soit, tourne à l'automatisme, elle ne manque pas de nous entraîner à l'erreur, à l'absurdité. — Or, c'est aujourd'hui une fatalité véritable. Dès que le mot appendicite est prononcé, le mot radiologie surgit de lui-même à sa suite ; si nous hésitons à le prononcer, c'est le malade qui le prononcera, ou son entourage. Et il nous sera difficile de dire non, même si nous avons quelque raison pour cela.

La radiologie n'a pas, *a priori*, de prépondérance sur la clinique, dans le diagnostic de l'appendicite chronique ;

Elle a une valeur considérable quand elle nous montre que la douleur siège autre part que sur le bord interne du cæcum ; mais elle perd de son intérêt quand il n'y a aucune douleur à la pression en un point quelconque ;

Même lorsque le diagnostic clinique est évident, il est utile de faire un examen radiologique, mais plus pour fixer certains détails que pour étayer le diagnostic ;

L'examen radiologique doit être pratiqué dans une période où existe de la sensibilité, faute de quoi il perd sa valeur ;

Quand il y a discordance entre des signes cliniques nets et la radiologie, et surtout s'il y a eu de petites crises, il est prudent d'intervenir *en dépit* de la radiologie ; et, par contre, bien entendu, on ne songera pas à opérer, malgré toutes les images radiologiques, lorsque tout signe clinique fait défaut.

(Y. Fiolle. Les méfaits du « rite » radiologique dans le diagnostic de l'appendicite. *Le Concours Médical*, 9 mai 1937.)

Vénéréologie

Il existe chez les prostituées âgées un ulcère chronique simple de la fourchette — « ulcus simplex vulvœ chronicum » qui évolue indépendamment de toute maladie vénérienne et qui est conditionné seulement par des traumatismes sexuels s'exerçant sur un tissu rendu plus fragile par l'involution ménopausique, physiologique ou chirurgicale.

Les caractères cliniques se résument de la façon suivante :

1° Siège à la fourchette ;

2° Forme arrondie et bords en forme de bourrelet dur d'aspect et de consistance cicatricielle, ce bourrelet pouvant ne pas entourer complètement l'ulcération ;

3° Indolence absolue ;

4° Evolution torpide, résistance à tous les traitements locaux et généraux, notamment antisyphilitiques ;

5° Absence de lésions concomitantes, telles que : œdèmes éléphantiasiques, ulcérations sur d'autres parties de la vulve, végétations à structure d'éléphantiasis, rétrécissement du rectum. En somme, ulcération mono-symptomatique.

Le seul traitement qui se soit montré efficace dans quelques cas consiste en des scarifications linéaires quadrillées, la malade étant au repos génital.

(Clément Simon. — Ulcus simplex vulvœ chronicum. *Le Bulletin Médical*, 22 mai 1937.)

A propos d'un cas d'ulcus vulvæ acutum dont ils rapportent l'observation, MM. Marcel Pinard et R. Delaitre rappellent les éléments capitaux du diagnostic de cette affection individualisée en 1912 par Lipschütz : apparition chez une jeune fille de quinze à vingt ans, d'un groupe d'ulcérations vulvaires non vénériennes, non contagieuses, à allure aiguë fébrile, à évolution rapidement favorable ; ces caractères cliniques tirent toute leur valeur du contrôle bactériologique : présence dans le pus de l'ulcération d'un bacille à bouts carrés : le *Bacillus crassus*.

Les formes les plus fréquentes sont :

La forme aiguë gangreneuse ;
La forme subaiguë ;
La forme miliaire.

La forme aiguë gangreneuse et ses ulcérations multiples entraînent de notables pertes de substance, s'accompagnant d'une fièvre élevée, de douleurs vives, tous symptômes qui vont d'ailleurs de pair avec une cicatrisation rapide en une quinzaine de jours.

La forme subaiguë : fièvre et douleurs, y sont beaucoup plus atténuées. Mais les ulcérations plus ou moins profondes, à fond grisâtre recouvert d'une couche purulente, simulent volontiers l'aspect de chancrelles, d'où le nom de vénérien, que Lipschütz accole à ce type clinique.

La forme miliaire et ses nombreuses ulcérations de dimensions minimes, d'apparition rapide, à halo rouge et qu'il faut distinguer de l'herpès et des aphtes (ulcérations post-herpétiques à contour polycyclique ; ulcérations aphteuses à bords parfois déchiquetés, recouvertes d'une membrane fibrineuse jaune).

Une autre forme, assez rare : l'*ulcus vulvæ acutum*, est intéressante, en raison de la confusion possible — cliniquement — avec un accident syphilitique primitif.

Cette forme d'*ulcus vulvæ acutum* se rapproche du chancre syphilitique par l'absence fréquente de bords de l'ulcération et l'induration possible ; elle s'en distingue par : l'existence d'une couche purulente, la sensiblité à la pression, l'absence de pléiade ganglionnaire.

En réalité, ce sont là des nuances et l'hésitation doit être tranchée par des examens complémentaires. Ceux ci vont révéler les caractères bactériologiques propres à l'*ulcus vulvæ acutum*.

Dans toutes les formes d'*ulcus vulvæ acutum*, le *Bacillus crassus* est un hôte constant. On le trouve en quantité considérable. Lipschütz refuse le nom d'*ulcus vulvæ acutum* à toutes les ulcérations où l'on ne peut le mettre en évidence.

La maladie guérit spontanément et rapidement. On se contentera donc de lavages à l'eau bouillie ou d'applications de poudres légèrement antiseptiques.

(Marcel Pinard et R. Delaitre. — A propos d'un cas d'*ulcus vulvæ acutum*. *Paris Médical*, 6 mars 1937.)

Hygiène industrielle

Le plâtre est-il nocif pour l'appareil respiratoire ? Les expériences sur l'animal, comme les examens cliniques, concordent pour rassurer l'hygiéniste, touchant le pouvoir pathogène des poussières de plâtre sur le poumon. L'action nocive des poussières de plâtre n'a pu être établie objectivement qu'en ce qui concerne les muqueuses conjonctivales et nasales des ouvriers ensacheurs. Et l'on doit conclure que la morbidité générale chez les ouvriers plâtriers apparaît comme une morbidité banale, telle que pourrait l'être celle d'une profession quelconque.

(André Feil. — Le plâtre est il nocif pour l'appareil respiratoire ? *Le Concours Médical*, 23 mai 1937.)

Varia

Tout récemment, un personnage important de la République me demandait s'il serait possible juridiquement de concevoir des laboratoires d'Etat, qui prépareraient, sous cachet d'origine, des produits pharmaceutiques officinaux, ou magistraux, ces derniers devant concurrencer les spécialités les plus usuelles. On aboutirait ainsi à une fabrication d'Etat, d'autant plus que mon interlocuteur admettait la possibilité pour les grands magasins de vendre ces produits sous cachet d'origine, sans le concours d'un pharmacien, alors que les ordonnances magistrales des médecins pourraient être exécutées dans des laboratoires soumis au contrôle de l'Etat.

Somme toute, ai-je fait remarquer, on envisagerait la création d'offices pharmaceutiques analogues aux charges ministérielles des avoués, notaires, ou greffiers. Cette opinion mérite qu'on s'y arrête, car toute la profession pharmaceutique est visée.

(Docteur Paul Boudin. — Exécution irrégulière des ordonnances médicales par quelques pharmaciens. *Le Concours Médical*, 9 mai 1937.)

***

L'*asthme essentiel des vieillards*, dont je suis atteint depuis plus de vingt-cinq ans, est un *protée* véritable, susceptible de prendre les formes les plus bizarres, dont aujourd'hui je ne citerai ici que *deux*, parce que je les ai supportées souventes fois :

1° Le coryza spasmodique, c'est-à-dire cet *écoulement nasal*, si tenace qu'il est *inguérissable*, au moins chez moi !

2° La douleur, épouvantable, qui siège surtout au niveau de l'articulation sacro-iliaque !

Formes qu'aucune thérapeutique n'a pu atteindre ni éteindre chez moi, alors que rien ne m'est plus aisé que de faire cesser en un clin d'œil la crise d'asthme vrai, la plus pénible qui puisse m'atteindre.

J'ajoute que :

1° Quand je n'ai pas d'*asthme vrai*, j'ai toujours du *coryza spasmodique*, lequel résiste à toute médication ;

2° Quand je ressens le *coup de fouet de la Fesse*, comparable au vieux *coup de fouet musculaire* des jambes, immédiatement cesse totalement ce *fameux coryza*, inattaquable autrement !

(Docteur Marcel Baudoin. — Une maladie inconnue. L'asthme de la fesse. Le coup de fouet de l'articulation sacro-iliaque. *Journal des Praticiens*, 22 mai 1937.)

Echos et Glanures

De la méthode pour bien conduire sa raison dans la connaissance et la pratique de la médecine. — *Sous ce titre, M. Achard a fait, le 7 juillet, à l'occasion des* Journées internationales de la Santé publique, *une conférence dont voici un résumé :*

M. Achard expose d'abord les phases successives par lesquelles passe la connaissance des maladies : on observe les symptômes, puis on cherche à les expliquer, à déterminer leur cause et l'on peut alors instituer un traitement rationnel. Or, c'est par ces mêmes phases que passe, sans qu'il s'en doute, l'esprit des cliniciens en présence d'un malade, et c'est aussi cette méthode naturelle que suit l'étudiant qui apprend et de même l'enfant nouveau-né, ce « débutant intégral », qui fait connaissance avec le monde extérieur avant qu'on lui apprenne aucune science abstraite.

Pour connaître vraiment la maladie, le médecin doit faire une analyse détaillée des symptômes, puis en faire la synthèse en rétablissant en pensée tout le processus à partir de la cause jusqu'aux symptômes.

Il y a plusieurs écueils à éviter, dont l'un des plus dangereux est de mettre une hypothèse à la place d'un fait qui manque et d'avoir foi dans cette hypothèse.

Examinant l'œuvre de Descartes en ce qui concerne la médecine, M. Achard remarque qu'il ne s'est pas toujours conformé aux préceptes excellents qu'il a formulés. Il a donné trop de créance à beaucoup d'hypothèses imaginées et Claude Bernard a fort bien relevé ces imperfections.

Peut-être faut-il expliquer ces contradictions par la foi qui inspirait Descartes. Unir sous le même crâne la loi et la raison n'est pas chose facile. Chez Descartes, la paix régnait entre les deux voisins et il n'abandonnait jamais tout à fait sa foi quand il raisonnait ni sa raison quand il croyait.

En concluant, M. Achard reconnaît en Descartes un des libérateurs de la pensée humaine qui a eu le mérite et le courage, quatre ans après l'abjuration imposée à Galilée, de proclamer dans un langage admirable la souveraineté de la raison sur le dogme et la tradition.

L'histoire du bachot, c'est l'histoire de l'inflation sans limites des programmes d'examen. — *De M. Georges Girard dans* Le Figaro littéraire (3 juillet 1937) :

. . .Pour ouvrir les portes dont il avait la clef, il s'était contenté jusqu'en 1830 d'une simple épreuve orale portant sur les matières des grandes classes des lycées : français,latin,philosophie, mathématiques, physique et chimie.

Je ne sais si de 1808 à 1820, on s'est plaint du surmenage et de la surcharge des programmes. Mais je tiens à préciser qu'ils comportaient alors deux leçons de français ou latin par semaine de deux heures chacune, quatre leçons de philosophie et deux de physique et chimie de même durée, et deux leçons de mathématiques d'une heure. J'éprouve quelque inquiétude à songer aux comparaisons que ne manqueront pas d'établir les écoliers d'aujourd'hui à qui ces lignes tomberont sous les yeux. Mon érudition, je la dois au savant livre de M. Piobetta (1). La science et le talent avec lesquels, il présente cette triste histoire font de sa thèse de doctorat un ouvrage que beaucoup de parents d'élèves liront avec intérêt.

L'histoire du bachot, c'est l'histoire de l'inflation sans limites des programmes d'examen. Au programme sommaire de 1810, ne comportant que des épreuves orales, on ajouta, en 1820, le grec.

En 1830, on instaure un écrit (composition française, ou traduction d'auteur classique) ; en 1840, cette composition écrite devient une version latine éliminatoire ; l'oral comporte des explications de textes et des interrogations.

Cette réforme, dans le sens de la quantité des matières à absorber, fait fleurir l'industrie du manuel et des boîtes à bachot. Le baccalauréat devient une affaire qu'on traite à forfait, comme aujourd'hui le permis de conduire. M. Piobetta a relevé quelques annonces de l'année 1849, dont voici une :

« Baccalauréat. Cours de M. Lespinasse. Traite à forfait. Payable après réception. »

C'est l'époque où fleurit encore l'industrie des « passeurs », des gens qui passent le baccalauréat régulièrement pour les cancres. Jules Vallès en a longuement parlé ; il prétend qu'ils exerçaient leur métier avec la complicité d'un garçon de salle qu'on assu-

(1) J.-B. Piobetta. — *Le Baccalauréat* (Baillière).

rait être un bâtard de Saint-Marc Girardin et qui se retira dans son Jura natal avec une rente de dix mille francs.

Soyons sérieux, et retenons que c'est vers ces temps que le bachot, démesurément enflé, commença de perdre sa vraie signification, c'est-à-dire « celle d'un diplôme qui fût réellement la sanction des études classiques en même temps que la garantie sérieuse d'une instruction générale lentement et méthodiquement acquise. »

Le second métier. — *Détaché d'un article de M. Yves-Alain Florenne, dans le* MERCURE DE FRANCE (15 juin 1937), *intitulé* EXIGENCES DE LA CRÉATION.

.... C'est une providentielle assistance que celle du second métier.

On peut craindre, malheureusement, qu'il n'y ait pas, qu'il n'y ait plus de second métier.

Je veux dire que dans l'organisation actuelle du monde, en dépit des apparences de loisir, la vie assaille, presse l'homme, exige et obtient tant de lui, qu'il n'a pas trop de toutes les forces de son esprit ou de son corps pour satisfaire convenablement, honnêtement, à une seule activité ou à un seul ordre d'activités. Non, en vérité, s'il y eut des activités accessoires — et n'était-ce pas plutôt des loisirs déguisés que rétribuait une société indulgente — il n'en existe plus guère, et il y en aura de moins en moins dans l'avenir immédiat. La machine nous a donné la mesure du rendement de l'homme ; ce rendement doit être maximum, appliqué à une tâche précise et on ne tolère pas qu'il soit dispersé.

Songeons un instant au labeur de l'ingénieur à l'usine ; songeons au médecin (la médecine par les vues qu'elle donne sur l'homme, peut apparaître comme le « second métier » par excellence ; la médecine, mais non l'exercice de la médecine, songeons au médecin dont toute l'attention, la pitié, le temps — n'y aurait-il que le temps ! — vont aux malades. Sans parler du temps de vivre qui ne coïncide pas toujours, hélas ! comme ce peut-être pour le médecin, avec celui où l'on exerce la profession. Eh bien, pense-t-on que cet ingénieur, que ce médecin pourront, je ne dis pas écrire un livre, mais faire une œuvre, mais piller ce trésor d'heures toujours prêtes, les heures de méditation, de rêverie, de recueillement, les plus nécessaires, celles où le miel s'élabore, où le fruit germe et croît dans sa cosse ?

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Les Conifères, par L. PARDÉ. Un volume 310 pages, 26 planches de dessins et 61 reproductions photographiques. Prix : 32 francs. Librairie de la Maison rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Cet ouvrage est dépouillé de tous les termes techniques inutiles, et pourtant il est très précis, très savant et très facile à lire par tous. Il permet avec l'aide de tables dichotomiques et de bonnes descriptions, de reconnaître et de déterminer très facilement toutes les espèces et variétés que l'on rencontre sauvages dans nos forêts ou cultivées dans les parcs, jardins et collections dendrologiques.

La Vie de la Cellule végétale, par Raoul COMBES : *L'enveloppe de la matière vivante*. Un volume in-16, 26 figures (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broché : 13 francs.

Le troisième volume de « La vie de la cellule végétale », qui vient de paraître, termine cet ouvrage, dont le but était une mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur la structure et le fonctionnement de l'élément cellulaire chez les végétaux. La matière vivante avait fait l'objet du premier volume, les enclaves en suspension dans cette matière vivante étaient examinées dans le second ; il restait donc à traiter de l'enveloppe de la matière vivante : c'est ce que s'est proposé l'auteur dans ce troisième volume. Plusieurs chapitres de cette partie de la physiologie cellulaire ont fait, au cours de ces dernières années, d'importants progrès, et certains sont encore en active évolution, par exemple ceux qui concernent la structure physique de la matière membranaire, la constitution chimique de la cellulose et des composés pectiques, les hormones de croissance, la biochimie des résines, etc... Il était utile de mettre au point l'état de ces questions. L'auteur l'a fait en suivant le mode d'exposition adopté dans les deux précédents volumes, étudiant successivement les aspects morphologique, physique, chimique et physiologique des problèmes qui se posent.

Mont Saint-Michel, par Marcel AUBERT et Pierre MOREL. Un vol. 40 héliogravures en pleine page. Prix : 15 francs. Arthaud, édit., Grenoble.

Les auteurs font un historique succinct mais complet des bâtiments qui se sont succédé sur le mont depuis l'an 708 jusqu'à l'époque contemporaine. Incendies, guerres, lentes dégradations et destruction du temps font comprendre l'entassement prodigieux et la juxtaposition d'éléments disparates : bâtiments romans sévères et lourdement membrés, ensemble incomparable de légèreté connu sous le nom de « Merveille » ; fastueux bâtiments abbatiaux et chevet flamboyant de l'église. De manière accessible à tous et très brièvement les auteurs présentent les caractères propres à chaque monument.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

ARTHUS (Dr Henri). — **Vivre. Hymne à la vie.** Br. : 24 fr. (*J. Oliven*).

BERCHER (Louis). — **L'homœopathie sans mystère.** 120 p. Br. : 32 fr. (*Doin*).

JONNARD (R.). — **Réfractométrie interférentielle et structure du sérum sanguin.** 154 p. Br. : 30 fr. (*Maloine*).

PINOTEAU (Roger). — **Les expressions morbides des émotions dans la neurologie et dans l'art.** 170 p. Br. : 28 fr. (*Doin*).

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 29 — 17 JUILLET 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 1 fr. 50 en timbres-poste

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hopital Tenon (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — I. Cours de révision des acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne (du lundi 8 au samedi 13 novembre 1937).

Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile Sergent et du Professeur agrégé C. Lian, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, professeurs agrégés médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, professeur agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi, présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi à l'hôpital Tenon, de 3 à 4 heures démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du Docteur Lian, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon.

Un certificat est remis aux auditeurs du cours.

II. Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (Insuffisance cardiaque, angine de poitrine, douleurs précordiales, syncopes, cyanose).

Ce cours, qui aura lieu à l'hôpital Tenon du 15 au 25 novembre 1937, sera fait par MM. C. Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus et F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; J. Facquet, ancien interne des hôpitaux, assistant du service ; Abraza, Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, Odinet, Pautrat, Puech, Siguier, anciens internes du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électro-cardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I. ; J.-J. Welti, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 h. 1/2, deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

III. Droits d'inscription ; 250 francs pour chacun de ces deux cours.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Lian, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Lyon. — A la suite des épreuves du concours, ouvert le 28 juin pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, M. le Docteur Paul Lagèze a été proposé.

Concours du prosectorat. — A été nommé : M. Michel Latarjet.

Concours de l'adjuvat. — Ont été nommés : MM. Cavailher, Francillon, Violet.

M. Favre, professeur d'anatomie pathologique, est transféré dans la chaire de clinique dermatologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire M. Nicolas).

M. Patel, professeur de chirurgie opératoire est transféré dans la chaire de clinique gynécologique, à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire M. Villard).

La classe exceptionnelle des professeurs de Faculté. — La Faculté des lettres de Bordeaux s'élève contre les inégalités qu'entraîne parmi les professeurs de Faculté, la création de la classe exceptionnelle. A l'unanimité, elle émet le vœu que, pour sauvegarder la vie morale de l'Université, les sentiments d'amitié qui lient tous ses membres, la dignité des fins de carrières, la foi commune dans la valeur du travail libre et indépendant, poursuivi jusqu'au dernier jour, la classe exceptionnelle soit abolie.

Légion d'honneur. *Ministère de l'Intérieur.* — Sont nommés chevaliers : Docteur Gouvernaire, de Montluçon. Docteur Legrand, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Docteur Royet, médecin de l'hôpital de Montluçon.

Ministère de la santé publique. — Sont promus :

Officiers : MM. Barthe, docteur en médecine, à Gennevilliers ; Charpentier, docteur en médecine à Neuilly-sur-Seine ; Frison, directeur de l'école odontotechnique de Paris ; Gauzère, médecin chef de l'hôpital civil et de l'hospice Dubroca-Depret, à Tartas (Landes) ; Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris ; Sauvain, docteur en médecine, à Paris ; Tixier, pharmacien, directeur de laboratoires, à Paris,

Sont nommés :

Chevaliers : MM. Bafailhe, médecin-directeur du sanatorium de Dreux ; Bardin, médecin de l'hôpital-hospice de Valréas (Vaucluse) ; Chapt, ancien médecin chef de l'hôpital d'Epernay ; Colombet, médecin électro-radiologiste de l'hôpital de Périgueux ; Dubois, médecin chef de l'asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand ; Duverger, professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Limoges ; Mme Geismar, docteur en médecine, à Paris ; MM. Goguey, radiologiste, à Clamart ; Goujon, pharmacien, à Neuilly-sur-Seine ; Gourichon, docteur en médecine, à Paris ; Lacroix, docteur en médecine, à Paris ; Petit, docteur en médecine, président de la commission administrative du bureau de bienfaisance de Molesmes (Côtes-d'Or) ;

Titres exceptionnels. Sont nommés :

Chevaliers : MM. Besanco, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; Grinda, chef du service de traumatologie des hôpitaux de Nice ; Hauduroy, docteur en médecine, directeur du bureau d'hygiène de Colombes ; Leibovici, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Machebœuf, chef de laboratoire à l'institut Pasteur à Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Ministère de la Marine. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Toulon et Rochefort aura lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, le 4 octobre 1937, dans les conditions fixées par le décret du 20 décembre 1930 et l'arrêté du 22 décembre 1930, modifié le 26 juillet 1934.

Les médecins de première et de deuxième classe ayant accompli une année d'embarquement dans leur grade seront autorisés à prendre part à ce concours.

Jury d'examen. — Président : M. le directeur du Service de

santé de la 3e région maritime. Membres : M. Solcard, médecin en chef de deuxième classe, chirurgien des hôpitaux maritimes; M. Badelon, médecin de première classe, professeur agrégé (chirurgie générale). Membre suppléant : M. Perves, médecin principal, professeur agrégé (chirurgie générale).

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums publics.* — M. le Docteur Faget a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Saint-Sever (Calvados), à dater du 14 mars 1937.

— M. le Docteur Depoire a été nommé médecin directeur stagiaire du sanatorium de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt, à dater du 14 avril 1937.

— *Listes d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur et médecin-adjoint des sanatoriums publics.*

Conformément aux dispositions des décrets des 10 août 1920 et 21 novembre 1935, sont inscrits les candidats ci-après (par ordre alphabétique) :

1° *Médecin-directeur* : M. le Docteur Châtonnier, Mlle le Docteur Chemin, M. le Docteur Choffé (pour les sanatoriums traitant les tuberculoses osseuses et ganglionnaires seulement), Mlle le Docteur Fié, Mlle le Docteur Jamin, Mme le Docteur Marquant-Kuntz, M. le Docteur Thomson, M. le Docteur Warnery.

2° *Médecin-adjoint.* Mlle le Docteur Allain, M. le Docteur Arribehaute, M. le Docteur Benau, M. le Docteur Gau, M. le Docteur Gautheron, M. le Docteur Jacquet, M. le Docteur Langeard, M. le Docteur Lecoq, M. le Docteur Le Moniet, M. le Docteur Liron, M. le Docteur Machelidon, M. le Docteur Meyer, M. le Docteur Pérol, Mme le Docteur Poivet-Sarthou, M. le Docteur Pressat, Mlle le Docteur Raymond, M. le Docteur Rossignol, Mlle le Docteur Tarrade, M. le Docteur Temple, M. le Docteur Vivant.

Ces inscriptions sont valables pendant le deuxième semestre 1937.

Internat de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à une place d'interne en médecine et pour la désignation de six candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, au cours des années 1937-1938 à des places d'interne provisoire, s'ouvrira à la Préfecture de police, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Les candidats reçus seront nommés indifféremment à la « Maison de Saint-Lazare » ou au « Dispensaire de salubrité » suivant les besoins et dans l'ordre de leur admission.

Le registre de l'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le samedi 14 août à 16 heures.

Semaine médicale internationale de Salsomaggiore. — La grande station gynécologique italienne de Salsomaggiore organise, du 29 août au 5 septembre 1937, une semaine internationale sous la présidence du Professeur Nicolas Pende, sénateur du royaume d'Italie, assisté, comme secrétaires, du Professeur Antognetti Lorenzo et du Professeur de Blasi Vito. Sont prévues des conférences du Professeur Delore (de Lyon) sur « La médecine et la science de l'homme », du Professeur Pende sur « La sélection des sportifs », du Professeur Temesvary (de Budapest) sur « L'endocrinologie gynécologique », du Docteur Cawadias (de Londres) sur « la prévention de l'infantilisme génital », du Professeur Acconci (de Gênes) sur « Les organisations sociales italiennes pour la prévention de la stérilité féminime », du Professeur agrégé H. Vignes (de Paris) sur « la thérapeutique thermo-minérale en gynécologie », du Professeur Setz (de Francfort) sur « l'endocrinologie féminine dans ses rapports avec les cures thermales », du Professeur Alfieri (de Milan) sur « les maladies gynécologiques justiciables de salsomaggiore », du Professeur Aschener (de Vienne) sur les rapports de la gynécologie et de la thérapeutique constitutionnelle, du Docteur Martiny (de Paris) sur « la spécificité biologique », du Professeur Cova (de Turin) sur « le sport et la fonction maternelle », du Professeur Daniel (de Bucarest) sur « la stérilité féminine » et du Professeur Gaiffami (de Rome) sur « les lésions gynécologiques prépubertères dans leurs rapports avec la stérilité ».

Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris. — Programme des stages, conférences et travaux pratiques du lundi 3 janvier au samedi 7 mars 1938, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques Paris (XIVe).

Syphilis. — *a*) Microbiologie et expérimentation. — *b*) Sérologie. Réactions de fixation du complément. Réactions de floculation. — *c*) Syphilis nerveuse. Examen du liquide céphalo-rachidien. — Blennorragie. — Chancre simple. Maladie de Nicolas-Favre. Herpès. Balanoposthites.

I. *Le stage préparatoire* commencera le lundi 3 janvier 1938, à 9 heures, sous la direction de M. le Docteur Pierre GIRAND, chef des travaux. Les séances de stage auront lieu chaque jour, matin et soir.

II. *Conférences et travaux* : Lundi 17 janvier, 14 heures, M. LEVADITI, leçon d'ouverture : Considérations générales sur la sérologie appliquée à la syphilis. — 15 h. 15, Conférence, M. CAVAILLON : Rôle du laboratoire dans la lutte contre la syphilis.

Mardi 18 janvier, 9 heures, conférence, M. LEVADITI : Le tréponème pallidum. — 10 heures, travaux pratiques, M. GIRAULT :

Recherche du tréponème ; ultra-microscope coloration des frottis. — 14 heures, conférence et travaux pratiques, M. LEVADITI : Le tréponème dans les tissus.

Mercredi 19 janvier, 9 heures, conférence et travaux pratiques, M. LEVADITI : La syphilis expérimentale. — 14 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Préparation et titrage du sérum hémolitique et du complément.

Jeudi 20 janvier, 9 heures, conférence, M. MILIAN : Rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise. — 10 heures, travaux pratiques, M. GIRAULT : Recherche du tréponème ; ultramicroscope, coloration des frottis. — 14 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Préparation et titrage des antigènes.

Vendredi 21 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : La réaction de Bordet-Wassermann classique. — 13 h. 30, conférence : M. GOUGEROT : Le séro-diagnostic de la syphilis acquise ; les réactions tests de la Société des Nations ; valeur diagnostique du Bordet-Wassermann ; discussion des Bordet-Wassermann positifs. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Perfectionnement de la réaction de Bordet-Wassermann ; modifications de DEMANCHE et DEBAINS.

Samedi 22 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. GIRAUD : Réactions de DESMOULIÈRE et de JACOBSTHAL. — 13 h. 30, conférence, M. GOUGEROT : Discussion des Bordet-Wassermann négatifs ; réactions de Bordet-Wassermann paradoxales. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. PEYRE : Procédés de mesure des réactions de BORDET-WASSERMANN.

Lundi 24 janvier, 11 heures, conférence, M. PINARD : Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis. — 13 h. 30, travaux pratiques, M. LETULLE : La réaction de Bordet-Wassermann modifiée par CALMETTE-MASSOL.

Mardi 25 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Réactions tests de la Société des Nations ; réactions de SORDELLI-MIRAVENT et de HARRISON-WYLER. — 13 h. 30, conférence, M. PINARD : La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation. — 14 h. 30, suite des travaux pratiques de la matinée.

Mercredi 26 janvier, 9 heures, conférence, M. MILIAN : La réactivation de la séro-réaction. — 13 h. 30, conférence, M. GOUGEROT : Sérologie de la syphilis latente ; les Bordet-Wassermann oscillants et les Bordet-Wassermann irréductibles. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Réaction de HECHT ; technique de l'Institut Pasteur.

Jeudi 27 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. RONCHÈSE, réaction de HECHT ; technique de RONCHÈSE. — 14 heures, travaux pratiques, M. RONCHÈSE : Interprétation et causes d'erreur des réactions de Bordet-Wassermann.

Vendredi 28 janvier, 9 heures, conférence, M. PAIC : Les conditions chimio-physiques des réactions de floculation. — 10 heures, travaux pratiques, M. BERGERON : La réaction de A. VERNES. — 14 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : La réaction de KAHN : réaction standard et réaction présomptive.

Samedi 29 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Les réactions de SACHS-GEORGI de SACHS-WITOBSKY et de MULLER. — 13 h. 30, conférence, M. SÉZARY : Paralysie générale. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. HAGUENAU : Réaction de l'or colloïdal.

Lundi 31 janvier, 9 heures, travaux pratiques, M. GIRAND : Réaction de BORDET-WASSERMANN dans le liquide céphalo-rachidien. — 13 h. 30, conférence : M. GARCIN : Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien et valeur de cet examen. — 14 h. 30, travaux pratiques, Mlle Olga ELIASCHEFF : Examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien.

Mardi 1er février, 9 heures, conférence et travaux pratiques M. MILIAN : Les hémocultures. — 14 heures, travaux pratiques, M. DEMANCHE : Les réactions de MEINICKE ; réaction d'opacification et réaction de clarification.

Mercredi 2 février, 9 heures, conférence, M. MILIAN : Microbiologie du chancre simple. — 10 heures, travaux pratiques, M. GIRAULT : Le bacille de DUCREY : morphologie et cultures. Préparation des vaccins. — 13 h. 30, conférence, M. GUILLAIN : Syphilis nerveuse ; réaction du benjoin colloïdal. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. GUY-LAROCHE : La réaction du benjoin colloïdal et la réaction de l'élixir parégorique.

Jeudi 3 février, 9 heures, conférence et travaux pratiques, M. MILIAN : Herpès et balanoposthites. — 13 h. 30, conférence, M. JANET : Microbiologie des écoulements uréthraux. — 14 h. 30, travaux pratiques, M. RIVALIER : Le gonocoque ; morphologie et biologie ; coloration du gonocoque ; microbes associés.

Vendredi 4 février, 14 heures, conférence, M. CHEVASSU : Critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie.

Samedi 5 février, 9 heures, travaux pratiques, M. RIVALIER : Sérologie de la gonococcie et du chancre simple. — 14 heures,

conférence, M. LEVADITI : Maladie de NICOLAS et FAVRE. — Antigène de FREI.

III. *Le stage d'application* commencera le lundi 7 février, sous la direction de M. Pierre GIRAND, pour se terminer le 5 mars : les séances de travaux pratiques auront lieu chaque jour, matin et soir.

IV. *Examens* : Vendredi 6 mars 1938, 9 heures, sérologie pratique. — 14 heures, microbiologie pratique.

Samedi 7 mars 1938, 9 heures, examens oraux.

ADMISSION. DIPLOME. — Les cours de l'école de sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'école, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de médecine de Paris.

Les cours comprennent :

1° Un stage préparatoire de deux semaines ;

2° Le cours proprement dit : Conférences et travaux pratiques pendant trois semaines ;

3° Un stage d'application de quatre semaines.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de médecine (Décret du 2 juin 1927).

PROGRAMME DES EXAMENS. — Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur ou agrégé de la Faculté de médecine.

Les examens comprendront :

1° Deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes ni livre, éliminatoires.

La nature et la durée des épreuves seront fixées par le jury. Ces épreuves comprendront :

1° Une épreuve de sérologie ;

2° Une épreuve de microbiologie.

Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10.

Pour être admissible: il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves.

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement. Elle sera cotée de 0 à 10 ; la note 4 est éliminatoire.

Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques et de stage.

INSCRIPTION. DROITS. — Le nombre des élèves est limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), avant le 1er décembre 1937.

Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'école.

Les élèves admis recevront un avis dans la première semaine de décembre et devront alors s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, et payer les droits suivants :

1° immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 210 francs ; 2° scolarité, leçons théoriques A, 200 francs ; 3° travaux pratiques B, 250 francs ; 4° travaux pratiques C, 100 francs ; 5° frais de stage, 100 francs ; 6° droits d'examen, 100 francs ; 7° diplôme, p. m.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

Croisière de l'Association Guillaume Budé. — L'Association Guillaume Budé organise en Méditerranée orientale, du 14 août au 3 septembre, une dixième croisière dont l'itinéraire est fixé comme suit :

Marseille, Corfou, Ithaque, Mistra, Sparte, Nauplie, Mycénes, Argos, Tirynthe, Corynthe, Megare, Eleusis, Daphni, Athènes, Thèbes, Aulis, Khalkis, Volo, Mont Pelion, Skyros, Troie, Chio, Naxos, Paros, Delos, Tinos, Mykonos, Delphes, Marseille.

Dirigée par M. Jean Mayle, délégué général de l'Associalion, la croisière sera accompagnée à titre de conférenciers, par MM. C. Bouglé, professeur à la Faculté des Lettres de Paris, directeur de l'Ecole normale supérieure et Y. Bequignon, ancien secrétaire de l'Ecole française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Caen. Des lectures seront faites à bord par M. Jacques Copeau.

Pour tout renseignement, prière de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris, VIe. Téléphone : Littré 70-55.

TRAVAUX ORIGINAUX

Effets des alcaloïdes de l'ergot de seigle dans l'organisme

Par **Edgard ZUNZ**

L'ergot de seigle est mentionné pour la première fois par Lonicer en 1582 dans une flore allemande, puis en 1585 par Joannes Thalius dans sa Sylva Hercynia, flore des montages du Harz. La première illustration de l'ergot se trouve dans le livre de Caspar Bauhin, Theatrum botanicum, édition de Bâle en 1658, publiée par son fils (1). Ce n'est toutefois qu'en 1853 que Tulasne (2) reconnut la nature réelle de cette drogue.

L'ergot de seigle (Secale cornutum) est le sclérote d'un champignon, le *Claviceps purpurea* (Fr) Tul., de la famille des hypocréacées, qui se développe dans les années humides sur l'épi de *Secale cereale* L. On récolte le sclérote entier sur l'épi à peu près mûr. C'est un corps allongé, légèrement recourbé, marqué d'un ou de plusieurs sillons longitudinaux, long de 2 à 3 centimètres, épais de 2 à 6 millimètres. La surface est lisse, d'un noir violacé. La consistance est cornée, compacte. La coloration est blanche au centre, rouge foncé à la périphérie. L'odeur de l'ergot récent rappelle celle des champignons en général. La saveur est désagréable. L'ergot de seigle s'altère rapidement à l'air et perd ainsi en partie ou totalement ses propriétés.

Par suite des progrès de l'agriculture le *Claviceps purpurea* n'infecte plus qu'exceptionnellement le seigle en Europe occidentale. On fait venir la drogue de diverses contrées, en particulier de Hongrie, de Pologne, de Russie, d'Espagne, du Portugal.

Dans l'édition de 1588 du livre de Thalius, publiée par Joachim Camerarius, on mentionne que l'ergot de seigle est utilisé en obstétrique par la médecine populaire. Et Lonicer en parle déjà en 1582.

En 1676 Dodart a prétendu que l'ergot était la cause des cas de gangrène survenus à cette époque en Sologne et dans le Gâtinais ; à l'heure actuelle nous savons que cette gangrène est due à divers alcaloïdes dont il sera question plus loin. En 1695, on a attribué en Allemagne à l'ergot une intoxication convulsivante qu'on a tout récemment reconnue comme provenant essentiellement ou uniquement d'une carence en vitamines.

Au XVIIIe siècle des accoucheuses employaient déjà en France, en Allemagne et en Italie l'ergot, mais à cause des effets toxiques de cette drogue, son usage fut défendu vers 1750 dans le Palatinat et en 1780 dans le royaume de Hanovre.

A partir de 1777, Desgranges (de Lyon) utilisa l'ergot en obstétrique, mais il ne publia ses observations qu'en 1818 dans le *Nouveau journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc., sous le titre de « Sur la propriété qu'a le seigle ergoté d'accélérer la marche de l'accouchement et de hâter sa terminaison ». Desgranges pensait que la poudre obstétricale d'ergot constituait le médicament secret du célèbre accoucheur hollandais Rathlauw (1717).

Auparavant John Stearns avait publié en 1801 dans le *Medical Repository of New-York* (3) ses observations sur « pulvis parturiens a remedy for quickening child-birth » sur lesquelles il revient en 1818 et 1822 en parlant de l'ergot et Oliver Prescott publia en 1813 à Boston une dissertation sur les effets médicaux de l'ergot, présentée le 2 juin de cette année à la Massachusetts medical Society.

En 1791 Erasme Darwin parle de l'ergot de seigle dans le Botanic Garden, première partie, chant 4, lignes 511 à 514. En 1794 Thomas Beddoes déclare que la maladie du seigle appelée ergot est la même que le scorbut chez les animaux.

Les épidémies d'ergotisme ont été fréquentes au Moyen-Age. On en a constaté en 857 aux bords du Rhin, en 945 aux environs de Paris. Ces épidémies d'ergotisme gangreneux forment une partie des épidémies du feu de Saint-Antoine ou mal des ardents. On a signalé de violentes épidémies en 994 dans l'Aquitaine et le Limousin, en 1089 à Lille, en 1092 à Louvain, en 1094 dans le Limousin et à Nivelles, puis à diverses périodes en France jusqu'en 1855 (Lyon et Isère). Pendant longtemps on préconisait les prières à Saint-Antoine pour guérir l'ergotisme gangreneux. Les fresques de la Chapelle de Saint-Antoine à Waltalingen près de Zurich, datant du XVe siècle, montrent des personnes atteintes d'ergotisme soit gangréneux, soit convulsivant. Un ouvrage de chirurgie militaire, publié en 1535 à Strasbourg par Gerssdorff, reproduit une gravure montrant un égrotant suppliant le grand saint de le guérir.

En Russie on a encore observé une épidémie d'ergotisme de septembre 1926 à août 1927 dans la région de Sarapoul entre Kazan et les Monts Oural. 11.139 cas furent déclarés et 93 moururent.

De nombreuses recherches ont été effectuées pour s'efforcer de reconnaître les principes actifs de l'ergot de seigle. La première en date est due à Vauquelin (4) et s'intitule « Recherches sur l'ergot de seigle du Bois de Boulogne » mais en réalité, ce mémoire n'apportait aucun fait net. Les nombreux travaux publiés par la suite avant les recherches de Tanret n'ont guère de valeur. Mentionnons néanmoins qu'en 1831 Wiggers attribuait les effets ocytociques de l'ergot à une résine ; il avait, en outre, isolé du cholestérol et un sucre. En 1869 Ludwig constate la présence de deux stérols. En 1864 Wenzell (5) signala, le premier, l'existence d'alcaloïdes.

En 1875 Charles Tanret (6) isola l'ergotinine cristallisée dont on ne reconnut toutefois pas immédiatement l'importance thérapeutique.

On a proposé d'injecter, par voie sous-cutanée, l'ergotinine (en solution à 1 p. 1.000 dans une solution aqueuse à 2 p. 1.000 d'acide lactique), à la dose de 1/4 de mg. qu'on peut répéter quatre fois par jour. Toutefois, les effets ainsi obtenus ont été beaucoup moins nets que par l'emploi des préparations officinales d'ergot de seigle.

Toute une série de produits impurs et de composition inconstante furent décrits sous les noms de picrosclérotine, sécaline acide sclérotique, acide sphacélique, sphacélotoxine, ecboline, chrysotoxine, cornutine. Ces différents produits provoquaient, tout comme l'ergot, des manifestations gangréneuses.

En 1906, Dale (7) mit en évidence une autre propriété caractéristique de ces produits impurs. Elle consistait en la paralysie des effets moteurs dus à l'adrénaline ou à la stimulation des nerfs sympathiques. Dans de nombreux cas, l'effet vaso-constricteur de l'adrénaline se trouvait inversé et provoquait par conséquent de la vaso-dilatation.

En 1906, Barger et Carr (8) isolèrent l'ergotoxine à l'état amorphe et Kraft (9) transforma l'ergotinine en hydroergotinine qui fut reconnue par la suite être la même substance que l'ergotoxine. Celle-ci ne fut obtenue cristallisée qu'en 1930 par Smith et Timmis (10). En 1935 Stoll a signalé que l'ergotoxine et l'ergotinine représentent des alcaloïdes isomères ayant la même formule $C_{35} H_{39} O_5 N_5$.

La différence au point de vue pharmacologique consiste dans le fait que l'ergotoxine est une substance extrêmement active produisant à petites doses des phénomènes caractéristiques de gangrène aussi bien que les effets paralysants des fibres motrices sympathiques. Lorsqu'on l'injecte par voie intraveineuse ou qu'on l'applique sur l'organe isolé, il se produit une contraction tonique très puissante de l'utérus. Au contraire l'ergotinine a une action pharmacologique très faible.

En 1910, on a constaté [Barger et Dale (11), Kutscher (12)^e^] que l'ergot contient, outre ces alcaloïdes, des acides amino-carboniques décarboxylés dont la tyramine et l'histamine sont les plus importants.

On a préconisé comme succédanés de l'ergot de seigle soit le phosphate acide d'histamine, soit la ténosine, solution contenant, par centimètre cube 12,5 mg. de tyramine et 0,25 mg. de bichlorhydrate d'histamine. Pourtant la chute très considérable de la pression artérielle provoquée par l'histamine constituait une contre-indication fréquente à son emploi. En réalité, d'après Moir (13) ni l'histamine ni la tyramine n'ont le moindre effet ocytocique quand on les administre par voie buccale. Ils stimulent par voie parentérale, de façon énergique mais fugace, l'utérus puerpéral. Si l'on a parfois obtenu des résultats meilleurs avec des préparations contenant ces amines biogènes, ceci est à coup sûr dû à la présence d'une certaine quantité des alcaloïdes du deuxième groupe dont il sera question tantôt.

On a encore trouvé dans l'ergot de seigle de l'acétylcholine, de l'ergostérol (Tanret 1889) aux dépens duquel se forme le calciférol ou vitamine D, de l'ergothionéine (Tanret 1909).

En 1918, Stoll (14) retira de l'ergot de seigle l'ergotamine et son isomère, l'ergotaminine. Dale et Spiro (15) reconnurent l'analogie considérable des effets de l'ergotoxine et de l'ergotamine sur l'utérus isolé.

On préconisa l'injection sous-cutanée soit de tartrate d'ergotamine (en solution à 1 p. 2.000 dans une solution aqueuse d'acide tartrique), soit d'éthanesulfonate d'ergotoxine, pour remplacer l'ergot de seigle en obstétrique. Puisqu'ils considéraient ces deux alcaloïdes comme les principes actifs essentiels de l'ergot, on comprend aisément que les pharmacologistes se soient élevés contre l'emploi thérapeutique de l'extrait aqueux de seigle ergoté.

En ces dernières années la composition de l'ergot de seigle a fait de grands progrès. Toute une série de nouveaux alcaloïdes ont été isolés : la pseudo-ergotinine, isomère de l'ergotoxine, en 1931 par Smith et Timmis (16), l'ergométrine en 1935 par Dudley et Moir (17), l'ergosine et l'ergosinine en 1936 par Smith et Timmis (18), l'ergomonamine en 1936 par Holden et Diver (19). A l'heure actuelle on peut les classer en trois groupes.

Les deux premiers dérivent soit de l'acide lysergique (Jacobs et Craig, 1934) (20), ou de son isomère l'acide isolysergique (Smith et Timmis, 1936), (21) $C_{16}\ H_{16}\ O_2\ N_2$, soit des bases correspondantes l'ergine (Smith et Timmis, 1932) (22) ou son isomère, l'isoergine (Smith et Timmis 1936) (21) $C_{17}\ H_{17}\ ON_3$. Par suite de l'existence de ces acides ou de ces bases dans leurs molécules, ces alcaloïdes se colorent en bleu foncé par la p-diméthylaminobenzaldéhyde en solution sulfurique et en bleu violacé par le chlorure ferrique en présence d'acide acétique glacial et d'acide sulfurique.

Le premier groupe est constitué par les alcaloïdes sympathicolytiques. Il est contenu en quantité fort variable dans l'ergot. D'après Stoll (23), un kilogramme d'ergot en renferme parfois jusqu'à 2 grammes.

Küssner (24) a examiné 16 échantillons provenant de Russie et 16 autres provenant d'Espagne. Il a trouvé dans les premiers 0, 005 à 0, 048 ‰, soit en moyenne 0, 023 ‰, dans les autres 0, 058 à 0, 108 ‰, soit en moyenne 0, 081 ‰ d'ergotamine et des alcaloïdes analogues. Il existe donc des différences considérables dans la teneur en alcaloïdes du premier groupe, selon la provenance de la drogue. De plus, les proportions des différents alcaloïdes à effet fort et à effet faible sur l'utérus varient beaucoup d'un échantillon à l'autre.

Ces alcaloïdes provoquent la gangrène de la crête du coq. Ils inversent l'action hypertensive de l'adrénaline sur la pression sanguine et entravent les effets excitants du système nerveux ortho-sympathique. Ils empêchent la contraction de l'utérus par l'adrénaline et la transforment même d'ordinaire en relâchement. On doit donc les considérer comme des sympathicolytiques. Ils ne diffèrent pharmacologiquement que par certains effets accessoires ; c'est ainsi que l'ergotoxine a une action plus hyperthermisante que l'ergotamine chez le lapin (25). Ils n'ont guère d'effets stimulants sur l'utérus quand on les administre par voie buccale mais sont très actifs par voie parentérale. Ils présentent des propriétés toxiques considérables, analogues à celles de l'ergot lui-même.

Ils comprennent trois groupes d'isomères qu'on peut ranger de la façon suivante :

Effet fort sur l'utérus		*Effet faible sur l'utérus*
ergotoxine	$C_{35}\ H_{39}\ O_5\ N_5$	ergotinine, pseudo-ergotinine,
ergotamine	$C_{33}\ H_{35}\ O_5\ N_5$	ergotaminine,
ergosine	$C_{30}\ H_{37}\ O_5\ N_5$	ergosinine.

Il y a lieu, en outre, de mentionner la sensibamine décrite en 1931 qui est, en réalité, suivant Stoll (26) une combinaison moléculaire d'ergotamine et d'ergotaminine et l'ergoclavine isolée par Küssner (27) en 1933 et qui représente, suivant les recherches récentes de Smith et Timmis (1937) (18), une combinaison moléculaire d'ergosine et d'ergosinine. Küssner (24) admet, lui aussi maintenant, que le produit qu'il avait obtenu en 1933 est une combinaison de deux alcaloïdes isomères, l'ergoclavine et l'ergoclavinine. Il semble préférable, pour éviter des confusions, de réserver aux deux constituants les appellations d'ergosine et d'ergosinine proposées par Smith et Timmis.

Or, pendant longtemps, on a surtout employé en obstétrique des extraits aqueux d'ergot qui ne contenaient que des quantités excessivement faibles des alcaloïdes sympathicolytiques à grosse molécule ou même paraissaient ne pas en renfermer du tout. Dès la découverte de l'ergotoxine, Sir Henry Dale avait reconnu que l'action ocytocique des extraits aqueux n'était pas due à cet alcaloïde. En effet, les extraits aqueux étaient actifs par voie buccale et dès lors on devait attribuer leur action à d'autres principes que l'ergotoxine et les alcaloïdes du même groupe, puisque aucune de ces substances n'exerce, par la voie buccale, l'action thérapeutique favorable si puissante des extraits aqueux d'ergot. Cette question ne fut toutefois éclaircie qu'en 1932 lorsque Chassar Moir (13) eut recours à la méthode simple et précise préconisée par Bourne et Burn pour inscrire les contractions de l'utérus humain après la gravidité. Elle consiste à introduire à l'orifice de l'utérus, d'ordinaire au septième jour après l'accouchement, un ballon en caoutchouc réuni à un manomètre à mercure dont le flotteur permet d'inscrire sur un cylindre enregistreur les variations de la pression intra-utérine. Grâce à ce procédé, Moir arriva à la conviction que les extraits aqueux d'ergot sont très actifs chez la femme. Ces préparations, administrées par voie buccale, provoquent au bout de 3 à 4 minutes des contractions de l'utérus et augmentent le tonus de cet organe. Ces effets rapides et intenses par voie buccale étaient beaucoup plus énergiques et efficaces que ceux de l'ergotoxine, de l'ergotamine, de l'histamine et de la tyramine. Administrées par voie buccale, l'ergotoxine et l'ergotamine n'augmentent l'intensité des contractions utérines qu'au bout de 35 minutes au moins et souvent on observe aucun effet, même après 2 heures. Quand les contractions apparaissent, elles sont faibles et irrégulières ; il ne se produit pas de spasmes de l'utérus. Comme Moir (28) l'a plus récemment déclaré, il est probable que l'administration répétée de ces alcaloïdes par voie buccale exciterait davantage l'utérus, mais ceci n'est guère à conseiller. L'ergotoxine et l'ergotamine produisent, en effet, souvent de la céphalalgie, des nausées et une dépression générale de l'organisme. Leur emploi fréquent par voie intramusculaire peut provoquer de la gangrène. Par voie intramusculaire, appparaissent au bout d'environ 20 minutes de violentes contractions utérines, puis un spasme très marqué qui peut persister pendant une heure et demie pour faire ensuite place pendant plusieurs heures à de fortes contractions isolées survenant à intervalles réguliers.

Koff (29), utilisant la même méthode que Moir, arriva à des constatations analogues en comparant, chez la femme 5 à 6 jours après l'accouchement et deux heures au moins après le dernier repas, les effets sur l'utérus de diverses préparations officinales d'ergot d'une part, de tartrate d'ergotamine et d'ergotoxine d'autre part. Koff a, en outre, mis en évidence que la substance à laquelle on doit attribuer les effets cliniques de l'ergot de seigle, administré par voie buccale, n'est pas de l'ergotinine, mais un autre alcaloïde.

Davis, Adair, Rogers, Kharasch et Legault (30), par le même procédé que Moir et Koff, sont amenés, eux aussi, à conclure que le tartrate d'ergotamine et l'ergotoxine n'ont guère d'effets sur l'utérus humain quand on les administre par voie buccale, même à fortes doses. Jones et Barlow (31), qui ont eu recours à une méthode quelque peu différente, sont arrivés à des conclusions semblables. Trabucchi (32) a obtenu des résultats analogues à ceux de Moir et conclut, lui aussi, à l'existence dans l'ergot de seigle d'un principe ocytocique très énergique et encore inconnu.

Moir entreprit ensuite des investigations chimiques en collaboration avec Dudley (33) dans le laboratoire de Sir Henry Dale. Le 16 mars 1935, ils annonçaient l'isolement d'un alcaloïde plus simple que l'ergotoxine et les autres composés de poids moléculaire relativement élevé. Il s'agissait d'une substance beaucoup plus soluble dans l'eau que les alcaloïdes sympathicolytiques et possédant un effet ocytocique très considérable par voie buccale. Ils lui donnèrent le nom « d'ergométrine ». Presque en même temps, Kharasch et Legault (34) de Chicago (19 avril 1935), Stoll et Burckhardt, de Bâle (35) (13 mai 1935), Thompson de Baltimore (36) (28 juin 1935) décrivirent des alcaloïdes solubles dans l'eau et agissant sur l'utérus par voie buccale. Ils les appelèrent respectivement ergotocine, ergobasine et ergostétrine. Par la suite ces divers expérimentateurs (37) ont reconnu qu'il s'agit de la même substance à laquelle on a proposé aux Etats-Unis de donner le nom d'ergonovine. Celui-ci me paraît mal choisi, puisque depuis l'isolement de cet alcaloïde, quatre autres alcaloïdes (ergométrinine, ergosine, ergosinine, ergomonamine) ont été retirés de l'ergot. Il me semble qu'on doit réserver le nom d'ergométrine à l'alcaloïde isolé, à la suite des recherches cliniques de Chassar Moir, par cet auteur et Dudley.

L'extraction de l'ergométrine est relativement facile. Moir et Dudley ont traité l'ergot par de l'alcool ammoniacal, en ont séparé le groupe des alcaloïdes sympathicolytiques en dissolvant cet extrait dans de l'eau en milieu acide puis ont extrait l'ergométrine par le chloroforme et ont aisément obtenu l'alcaloïde à l'état cristallisé.

Le deuxième groupe d'alcaloïdes est constitué jusqu'à présent par deux isomères, l'ergométrine et l'ergométrinine (38) $C_{19}\ H_{23}\ O_2\ N_3$, stimulant l'utérus par voie buccale, paraissant dépourvus de toute propriété anti-adrénergique ou sympathicolytique aux doses agissant sur l'utérus et aussi à des doses plus considérables, ne provoquant pas les manifestations gangré-

neuses amenées par les alcaloïdes de l'ergot. L'ergométrine est aisément soluble dans l'eau. Sur l'utérus non gravide de lapine *in situ* l'ergométrine a une action deux fois plus énergique que celle de l'ergotamine et quatre fois plus faible que celle de l'ergotoxine. Sa propriété la plus caractéristique est d'agir à faibles doses de façon efficace et rapide quand on l'administre par voie buccale ou qu'on l'introduit dans le duodénum à divers mammifères ayant eu des jeunes quelques jours auparavant. Peu de temps après cette administration l'utérus provenant d'une chatte ayant mis bas deux jours auparavant présente des mouvements tout à fait analogues à ceux de l'accouchement normal, sans contracture permanente. En outre l'ergométrine est beaucoup moins toxique que l'ergotamine et surtout l'ergotoxine (39 à 43). Il n'est donc pas douteux que l'ergométrine possède une importance particulière au point de vue obstétrical. L'activité de cet alcaloïde sur l'utérus est beaucoup plus énergique que celle de l'ergométrinine (44). Si l'on obtient rapidement une augmentation de la fréquence des contractions utérines par l'ergométrine, celle-ci est toutefois plus fugace que la stimulation de la motilité utérine provoquée par l'ergotamine et l'ergotoxine. Aussi est-on parfois obligé d'administrer l'ergométrine à plusieurs reprises par voie buccale. Il se pourrait que ceci présente des inconvénients dans certaines occurrences. C'est à l'expérimentation clinique à déterminer les indications particulières de l'ergométrine et de l'ergotamine en obstétrique. Il y a peut-être aussi lieu d'étudier l'utilisation clinique simultanée de ces deux alcaloïdes, envisagée par Stoll (23).

Signalons encore que l'ergot de seigle ne renferme qu'une quantité relativement faible d'ergométrine ; elle ne dépasse pas 60 mg. par kgr. de drogue d'après Stoll et est comprise entre 50 et 100 mg. par kgr. d'après Küssner. Ceci rend onéreux le prix de cette substance. Toutefois les doses thérapeutiques sont très minimes. Moir (28, 45) a bien mis en évidence que l'ergométrine, administrée par voie buccale à la dose de 0,5 à 1 mg., a une action très rapide. Au bout de 5 à 8 minutes (7 minutes en moyenne) de fréquentes contractions de l'utérus surviennent et un spasme utérin bien caractérisé se produit. Cet état est déjà atteint au bout de 3 minutes 1/2 en moyenne après l'injection intramusculaire de 0,5 mg. et au bout d'une minute après l'injection intraveineuse de 0.125 mg. chez la femme. La période de spasme utérin et de contractions fréquentes persiste environ une heure puis de violentes contractions isolées se montrent à intervalles réguliers pendant 1 h. 1/2 à 3 heures. On peut administrer les doses plus élevées d'ergométrine (1,5 mg. par voie buccale, 0.75 mg. par voie intramusculaire, 0.15 mg. par voie intraveineuse) sans le moindre symptôme d'intolérance. L'ergométrine ne provoque ni céphalalgie, ni nausées, ni dépression de l'état général.

Adair, Davis, Kharasch et Legault (46) ont étudié, par la même méthode que Moir, les effets de l'ergotoxine et de l'ergométrine sur l'utérus chez des femmes 6 à 8 jours après l'accouchement. Leurs constatations sont entièrement d'accord avec celles de Moir. En outre, les auteurs américains n'ont pas constaté de modifications de la pression sanguine après l'administration par voie buccale de 0,4 mg. d'ergométrine.

Ce qui précède prouve les avantages considérables de cette substance par rapport aux alcaloïdes du groupe de l'ergotoxine et de l'ergotamine lors du traitement des hémorragies consécutives à l'accouchement et lors des autres indications thérapeutiques de l'ergot de seigle en obstétrique.

Rappelons que dès 1808 Stearns a obtenu avec certaines préparations d'ergot les effets ocytociques de l'ergométrine et qu'en 1897 Jacobj (47) les décrivit à nouveau lors de recherches pharmacologiques effectuées avec la chrysotoxine, produit qui paraît avoir contenu surtout de l'ergométrine.

Ajoutons que Stoll n'a pas trouvé d'ergométrine dans de nombreux échantillons d'ergot de provenance russe et polonaise. Les échantillons particulièrement riches en ergotamine seraient précisément dépourvus d'ergométrine.

L'ergotoxine, l'ergotamine et l'ergométrine dévient la lumière polarisée à gauche, leurs isomères peu actifs sur l'utérus (ergotinine, pseudo-ergotinine, ergotaminine, ergométrinine) la dévient au contraire à droite.

Jacobs et Craig (20) ont obtenu les produits de dégradation suivants de l'ergotoxine et de l'ergotinine : l'acide lysergique, l'acide isobutyrylformique, la phénylalanine, la proline, l'ammoniaque. Dans l'ergotamine et l'ergotaminine, l'acide pyruvique prend la place de l'acide isobutyrylformique et la proline n'a pas pu être identifiée avec certitude.

Mentionnons encore que d'après les recherches de Jacobs et Craig d'une part, de Stoll et Hoffmann d'autre part, l'ergométrinine est formée par la réunion d'une molécule d'acide lysergique (ou d'acide pseudo-lysergique) et d'une molécule de I-oxy-2-aminopropane ou alanilol.

Tout récemment, Holden et Diver (19) ont isolé un alcaloïde, l'ergomonamine C_{19} H_{19} O_4 N, qui ne donne pas les réactions caractéristiques de l'acide lysergique et des composés analogues. Jusqu'à présent l'ergomonamine représente, seule, le troisième groupe d'alcaloïdes retirés de l'ergot.

Arnstein et Redlich (48) ont établi que l'injection sous-cutanée de tartrate d'ergotamine, effectuée à plusieurs reprises à une demi-heure d'intervalle, entrave nettement, chez des chiennes à fistule vésicale permanente, la diurèse par ingestion d'eau ou de solution chlorurée sodique.

En collaboration avec M. Fernand Jourdan (49), j'ai vérifié les constatations d'Arnstein et Redlich. En outre, j'ai montré que l'ergotamine parvient à entraver l'action diurétique de l'urée et tend à diminuer la quantité d'urine émise à jeun.

Il m'a paru intéressant de poursuivre systématiquement chez des chiennes à fistule vésicale permanente, l'étude des effets sur la diurèse des divers alcaloïdes retirés de l'ergot de seigle. La plus grande partie de ces recherches a été effectuée en collaboration avec Mme Olga Vesselovsky (50). Voici les principales données ainsi recueillies jusqu'à présent.

Signalons tout d'abord que l'ergotoxine, l'ergotamine, l'ergotaminine, l'ergosinine, l'ergoclavine et la sensibamine amènent des vomissements chez le chien. Or, chaque fois que ceux-ci ou seulement des nausées apparaissent, on observe de suite une réduction du flux urinaire et même parfois son abolition pendant quelques minutes. Afin d'être certain que les effets sur la diurèse sont bien dus à des alcaloïdes, on est, par conséquent, obligé de n'avoir recours qu'à des doses ne déterminant ni nausées ni vomissements. Les injections intramusculaires d'ergotinine, d'ergométrine, d'ergométrinine, d'ergine, d'isoergine, d'acide lysergique, d'acide isolysergique, d'ergomonamine ne provoquent ni nausées ni vomissements chez les chiennes à fistule vésicale permanente, même à doses relativement élevées et dépassant notablement celles ayant manifesté des effets diurétiques ou antidiurétiques.

L'ergotoxine diminue nettement la diurèse aqueuse.

L'ergoclavine réduit beaucoup la quantité d'urine émise soit à jeun, soit après ingestion ou bien d'eau, ou bien de solution chlorurée sodique, et se comporte donc à ces points de vue d'une manière analogue à l'ergotamine. Mais tel n'est plus le cas pour ce qui concerne la diurèse consécutive à l'ingestion d'une solution d'urée ; dans ces circonstances le flux d'urine diminue parfois quelque peu, mais le plus souvent il manifeste un accroissement plus ou moins marqué.

L'ergotaminine, isomère de l'ergotamine, augmente quelque peu la diurèse consécutive à l'ingestion d'eau. Cet alcaloïde accroît la quantité d'urine émise à jeun, et ceci parfois de façon très considérable. L'ergosinine, l'un des deux isomères qui constituent l'ergoclavine, se conduit de la même manière que l'ergotaminine.

La sensibamine, tantôt réduit dans une mesure plus ou moins accentuée la quantité d'urine émise après ingestion d'eau, tantôt l'exagère modérément, sans qu'il paraisse exister de relation bien nette entre la dose injectée et le flux urinaire. Ceci s'explique par les effets opposés de l'ergotamine qui réduit la quantité d'urine et de l'ergotaminine qui les accroît de façon modérée. Tout se passe comme si tantôt l'un, tantôt l'autre de ces isomères l'emporte sur son congénère sans qu'on puisse actuellement reconnaître les circonstances dont dépend cette prédominance. Ces constatations viennent à l'appui de l'opinion de Stoll, qui considère la sensibamine comme une combinaison moléculaire d'ergotamine et d'ergotaminine.

Par voie intramusculaire, l'ergométrine exerce une puissante action diurétique. Elle s'obtient à plus petites doses après l'ingestion d'eau qu'à jeun ou après l'ingestion de solution soit de chlorure sodique, soit d'urée. L'ergométrinine, isomère de l'ergométrine, accroît de façon modérée le flux urinaire, tant à jeun qu'après l'ingestion d'eau et de solution chlorurée sodique. On doit injecter dans ce but, par voie intramusculaire, des quantités plus considérables d'ergométrinine que celles nécessaires pour obtenir les effets diurétiques de l'ergométrine.

Les injections intramusculaires de faibles doses d'ergine réduisent la quantité d'urine émise tant à jeun qu'après l'ingestion soit d'eau, soit de solution chlorurée sodique, soit de solution d'urée. Aux doses moyennes, l'ergine augmente au contraire la diurèse. Aux doses plus élevées, l'ergine diminue de nouveau le flux urinaire.

L'isoergine augmente à toutes les doses actives la diurèse consécutive à l'ingestion d'eau et ceci de façon très considérable.

L'acide lysergique et l'ergomonamine diminuent quelque peu

la diurèse aqueuse. L'acide isolysergique ne paraît pas la modifier.

Tous les alcaloïdes de l'ergot envisagés jusqu'à présent entravent la diminution du taux de l'urine en chlorures au cours de la diurèse aqueuse, à l'exception de l'ergomonamine qui tend à exagérer ce phénomène. L'acide lysergique intervient de la même manière que l'ergomonamine.

L'ergoclavine et l'ergométrinine entravent la diminution du taux de l'urine en urée au cours de la diurèse consécutive à l'ingestion d'eau : l'ergotinine et l'ergométrine l'exagèrent au contraire. L'ergotamine tend à l'entraver, tandis que l'ergotaminine tend à l'exagérer. Rien d'étonnant dès lors que la réduction graduelle du taux en urée soit tantôt entravée, tantôt au contraire exagérée par la sensibamine. Ajoutons que l'exagération de la diminution graduelle du taux en urée au cours de la diurèse aqueuse s'observe quand le flux urinaire augmente ou ne décroît guère sous l'influence de la sensibamine, tandis que la diminution graduelle du taux en urée est entravée quand la quantité d'urine diminue nettement. Dans la première occurrence l'influence de l'ergotaminine l'emporte dans l'organisme sur celle de l'ergotamine, dans l'autre c'est précisément l'inverse.

L'ergotoxine, l'ergomonamine et l'acide lysergique ne modifient pas de façon appréciable la réduction graduelle du taux en urée au cours de la diurèse aqueuse.

Les injections intramusculaires d'ergine tendent à exagérer la diminution du taux en chlorures et du taux en urée après ingestion d'eau quand la quantité d'urine ne varie pas ou décroît ; elles tendent au contraire à entraver la diminution graduelle des teneurs en chlorures et en urée quand la diurèse s'accroît.

Les injections intramusculaires d'ergotamine et d'ergine tendent à entraver l'accroissement graduel de la teneur en chlorures de l'urine à jeun. L'ergoclavine et l'ergométrine tendent au contraire à l'exagérer. Ce phénomène n'est pas modifié de façon appréciable par l'ergotaminine, la sensibamine et l'ergométrinine.

L'accroissement graduel du taux en urée de l'urine à jeun est entravé par l'ergométrine et les fortes doses d'ergine à effets antidiurétiques. Ce phénomène n'est pas modifié par les faibles doses d'ergine à effets antidiurétiques, par les doses moyennes d'ergine à effets diurétiques, par l'ergotamine, l'ergotaminine, la sensibamine, l'ergoclavine, l'ergométrinine.

L'ergotamine et l'ergométrine n'entravent pas l'accroissement de l'élimination des chlorures par l'urine lors de la diurèse chlorurée sodique et tendent parfois même à l'accentuer. Au contraire l'ergoclavine tend à l'entraver et il en est quelquefois de même de l'ergométrinine. L'ergotamine et l'ergoclavine s'opposent dans une certaine mesure à la diminution du taux en urée de l'urine déterminé par la diurèse chlorurée sodique. L'ergométrine et l'ergométrinine ou bien ne modifient pas la réduction graduelle de la teneur de l'urine en urée ou bien accentuent ce phénomène. L'ergine ne modifie ni l'accroissement de l'élimination des chlorures ni la diminution graduelle du taux de l'urine en urée au cours de la diurèse chlorurée sodique.

L'ergotamine et l'ergométrine tendent à exagérer l'accroissement de l'élimination d'urée provoqué par l'ingestion de cette substance. Il en est parfois de même de l'ergoclavine qui d'autres fois ne modifie pas de façon appréciable l'élimination uréique. Les doses moyennes diurétiques et les faibles doses antidiurétiques d'ergine interviennent dans le même sens, tandis que par contre les fortes doses antidiurétiques s'opposent à l'exagération de la quantité d'urée éliminée par l'urine. L'ergoclavine et l'ergométrine entravent quelquefois la baisse graduelle du taux de l'urine en chlorures observée au cours de la diurèse uréique tandis que l'ergotamine et l'ergine ne modifient pas ce phénomène.

Au point de vue des fonctions rénales, l'ergométrine est certes à préférer aux autres alcaloïdes de l'ergot de seigle. Ceci m'a engagé à étudier de façon plus approfondie son action sur la diurèse.

Aux doses de 0,032 à 0,040 mg. (injectées à quatre reprises à une demi-heure d'intervalle par voie intramusculaire par kilogramme de poids corporel), l'ergométrine accroît beaucoup l'élimination des chlorures dans l'urine tant émise à jeun qu'après ingestion d'eau, et ceci est déjà le cas à partir de la dose de 0,02 mg. pour l'urine à jeun. Ces constatations tendent à rapprocher la diurèse amenée par cet alcaloïde de celles obtenues sous l'influence de certains diurétiques mercuriels et bismuthiques et des substances du groupe des méthylxanthines. La réduction du taux en urée lors de la diurèse aqueuse et de l'élimination d'urine à jeun établit un autre rapprochement entre les effets de l'ergométrine et ceux des diurétiques bismuthiques et mercuriels.

Si chez une chienne à fistule vésicale permanente l'on injecte à une seule reprise 0,02 mg. d'ergométrine dans la veine saphène (par kilogramme de poids corporel), on observe une augmentation de la quantité d'urine émise pendant les trois heures qui suivent l'ingestion de 300 c. c. d'eau. On met nettement ce phénomène en évidence si l'on compare la courbe de la diurèse aqueuse lors d'un essai témoin et lors d'un essai au cours duquel on a injecté l'alcaloïde quarante minutes après l'ingestion d'eau. Par exemple, une chienne émet en trois heures 486 c. c. d'urine lorsqu'elle reçoit de l'ergométrine par voie intraveineuse au lieu de 307,1 c. c. dans l'essai témoin ; ceci correspond à une augmentation de 57,27 % de la valeur après ingestion d'eau sans autre intervention.

Il suffit, d'ailleurs, de dissoudre l'ergométrine dans l'eau ingérée pour constater l'accroissement du flux urinaire. Ce phénomène tend à être d'autant plus accusé que la quantité administrée par voie buccale est plus considérable. Toutefois en portant la quantité d'ergométrine au quintuple chez une même chienne, on n'accroît que de 55 % l'augmentation du volume urinaire observée sous l'influence de la première dose.

La teneur en chlorures du sang ne subit pas de variations appréciables après l'ingestion de 300 c. c. d'eau chez les chiennes à fistule vésicale permanente. Il en est de même quand l'eau ingérée renferme 0,02 à 0,2 mg. d'ergométrine (par kilogramme de poids corporel). Quant au nombre des globules rouges, il augmente légèrement dans le sang veineux au moment du maximum de la diurèse aqueuse sans que l'ergométrine paraisse accentuer ce phénomène.

Ceci tend à prouver que l'effet diurétique de l'ergométrine, administrée par voie buccale en même temps qu'une grande quantité d'eau, ne dépend pas d'un état d'hydrémie.

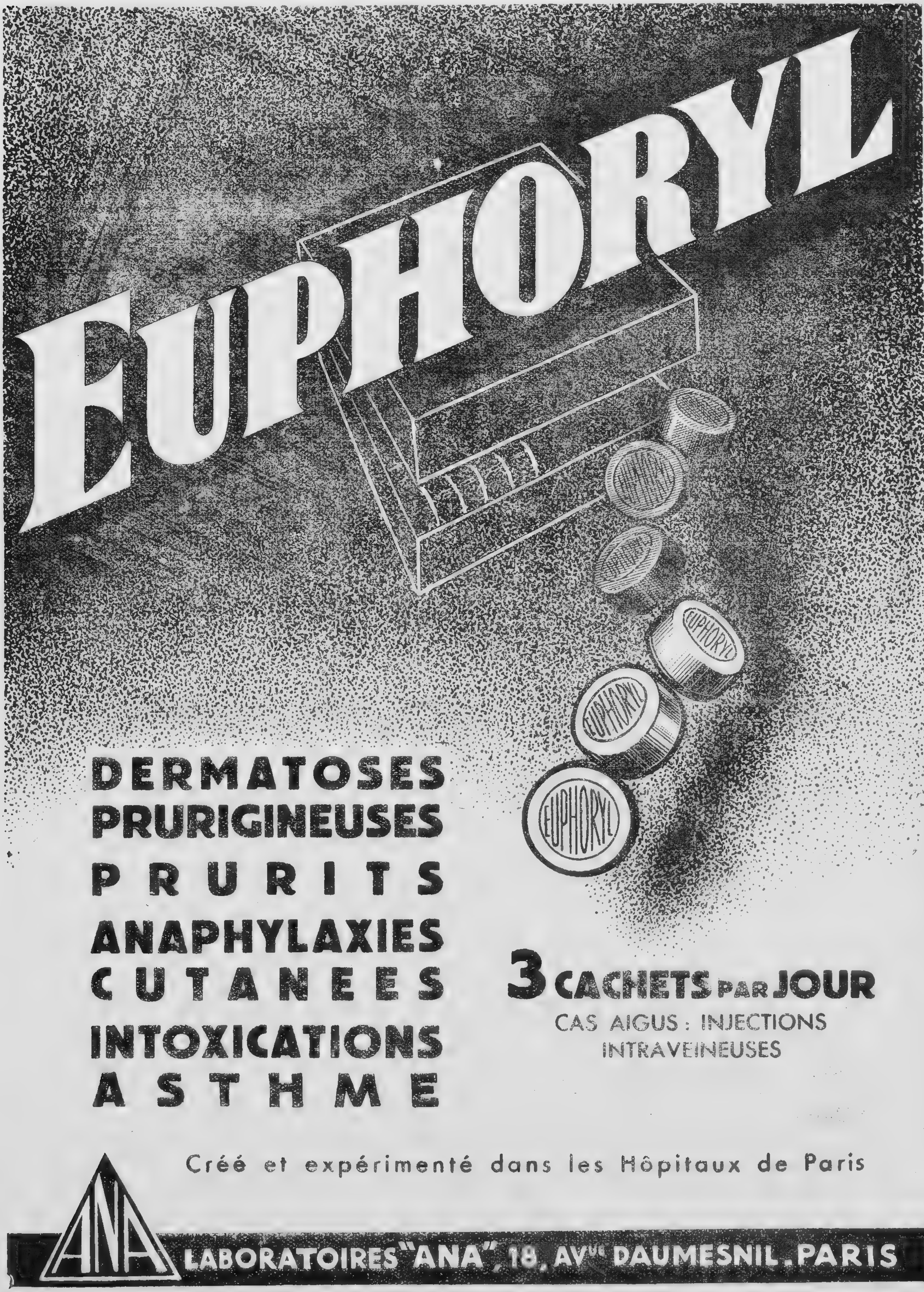
Si l'on injecte à jeun par voie intraveineuse une seule fois 0,02 mg. d'ergométrine (par kilogramme de poids corporel) chez une chienne à fistule vésicale permanente et si l'on compare la quantité d'urine émise pendant les trois heures consécutives à celle obtenue lors d'un essai témoin analogue sans administration d'ergométrine, on constate que cet alcaloïde accroît notablement le flux urinaire, et ceci dans une proportion aussi forte que lorsqu'on procède à plusieurs injections intramusculaires de cette même quantité.

Pour étudier les effets de l'ergométrine sur le volume rénal, j'ai eu recours à des chiens chloralosés. Dans ces conditions, la sécrétion mesurée en recueillant l'urine au moyen de canules placées dans les uretères, subit une entrave plus ou moins notable et l'on ne parvient pas à mettre en évidence d'effet diurétique de l'ergométrine injectée par voie intramusculaire. Mais si l'on fait pénétrer dans la veine saphène, à la vitesse de 1,5 c. c. par minute et kilogramme de poids corporel, du liquide de Ringer porté au préalable à 37° C, le flux urinaire s'accroît au bout de dix à vingt minutes et atteint d'ordinaire un niveau relativement stable au bout d'une heure et demie. On constate dans ces circonstances, en employant l'oncomètre de Tournade, une dilatation rénale graduelle sans modifications appréciables de la pression carotidienne. Injectons alors par voie intramusculaire 0,02 à 0,04 mg. d'ergométrine (par kilogramme de poids corporel). La quantité d'urine subit un nouvel accroissement qui atteint le plus souvent son maximum au bout de quinze à vingt minutes. En même temps le volume rénal tend à augmenter tandis que la pression artérielle ne varie guère ou pas du tout. Il semble donc bien que l'accroissement du flux urinaire obtenu sous l'influence de l'ergométrine chez un chien recevant du liquide de Ringer de façon lente et continue dépend, en partie tout au moins, d'un plus grand afflux de sang aux reins.

Ainsi que nous venons de le voir, les recherches cliniques et pharmacologiques effectuées avec les divers alcaloïdes retirés de l'ergot de seigle ont conduit à d'intéressants résultats. Grâce à son activité rapide à faible dose par voie buccale due à sa facile résorption, grâce à l'absence de toxicité et plus spécialement du danger de gangrène, grâce à l'absence complète de céphalalgie, de sentiment de dépression et de nausées ou de vomissements, grâce au manque d'effets sympathicolytiques, grâce à ses propriétés diurétiques, l'ergométrine paraît devoir être préférée dans beaucoup d'occurrences en obstétrique.

Néanmoins les alcaloïdes à grosse molécule tels que l'ergotamine, inactifs sauf à doses considérables sur l'utérus par voie buccale (par suite de leur lente et difficile résorption) mais à action plus prolongée par voie parentérale, ne doivent peut-être pas être rejetés de l'arsenal thérapeutique, malgré leur toxicité. Leurs propriétés sympathicolytiques peuvent parfois être utiles dans certaines affections, par exemple dans la maladie de Basedow et dans certaines migraines dues à l'hyperexcitabilité sympathique. Pourtant il ne faut pas perdre de vue que divers sympathicolytiques de synthèse, tel que le F 933 ou pipéridométhyl-3-benzodioxane, de toxicité beaucoup plus faible, doivent très probablement leur être préférés dans ces circonstances.

Nous ne sommes pas encore certains de connaître tous les


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
ASTHME
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS
INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, Av^{ue} DAUMESNIL. PARIS

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Les algies des amputés

La plupart des amputés souffrent de leur moignon si parfait soit-il au point de vue anatomique et fonctionnel.

Il ne s'agit pas ici des moignons récents d'amputations qui présentent presque toujours des troubles trophiques et douloureux.

Ces phénomènes douloureux ne durent que quelques semaines et disparaissent progressivement.

De même, nous n'envisageons pas ici les cas où la douleur correspond à des lésions locales siégeant sur la cicatrice cutanée, sur le squelette ou sur les nerfs sectionnés, et qui cèdent assez rapidement à une intervention judicieuse dirigée contre ces lésions.

Nous n'avons en vue ici que la névralgie « vraie » des moignons, « névralgie essentielle » où l'examen soigné du moignon, la radiographie n'ont révélé aucune des causes précédemment énoncées.

D'ailleurs, la plupart de ces blessés ont été opérés et réopérés une ou deux fois sans résultat.

Dans ces conditions, les douleurs sont cependant très fréquentes chez les amputés : 75 à 80 % se plaignent de souffrir de leur moignon. Ces douleurs les gênent souvent beaucoup plus que la privation fonctionnelle du membre, par les crises douloureuses, les nuits sans sommeil, les nombreux cachets qu'elles les contraignent d'absorber, faisant de ces blessés de perpétuels douloureux.

On peut évaluer à plus de 50.000 les amputés de la grande guerre, sur lesquels 32.000 sont encore vivants ; 25.000 au moins de ces amputés souffrent et sont justiciables d'une thérapeutique efficace.

Ces douleurs sont spontanées ou provoquées. La douleur spontanée est rarement continue, le plus souvent survenant par crises le jour et surtout la nuit. Elle est plus ou moins vive, depuis la simple gène auquel le blessé prête à peine attention jusqu'à la douleur vive, fulgurante ou pongitive, tantôt localisée en un ou deux points de la cicatrice ou des parties latérales avoisinantes, tantôt irradiée à tout le membre.

Tous les blessés connaissent bien l'influence des modifications atmosphériques, changements de temps et surtout pluie ; la fatigue, les émotions jouent également un rôle non douteux, les infections intercurrentes, la fièvre ont une action variable causant parfois une exacerbation des crises, dans d'autres cas amenant une sédation temporaire.

L'examen ne révèle que peu de symptômes, parfois une hyperesthésie du membre, des troubles vaso-moteurs : sudation, rougeur, éruptions rebelles.

La pression montre parfois l'existence d'un point douloureux, les mouvements ne sont pas sensibles. L'évolution de ces douleurs est variable, le plus souvent il y a des périodes d'amélioration et des reprises.

Plus rarement les douleurs sont provoquées par les mouvements ; plus fréquemment par un effort répété du membre.

De nombreuses méthodes thérapeutiques ont été préconisées pour le traitement de ces algies si rebelles : traitement chirurgical, traitement physiothérapique, traitement médical.

Ayant eu l'occasion depuis plusieurs années de traiter un grand nombre d'amputés qu'ont bien voulu nous confier successivement les Professeurs Proust et Lardennois, nous décrirons essentiellement les traitements que nous avons appliqués avec succès.

1° Naturellement, il est essentiel de vérifier que le moignon est correct, qu'il n'y a ni lésions cutanées ni osseuse, qu'il n'existe pas de névrome et dans ces cas, de faire pratiquer les interventions nécessaires ;

2° Les agents physiques peuvent être utiles. Rarement nous avons obtenu des résultats des rayons ultra-violets, de la diathermie ou des ondes courtes. L'ionisation est le plus souvent sans effet.

Par contre, la radiothérapie profonde appliquée *loco dolenti* et au niveau du plexus cervical ou lombaire, nous a donné avec nos collègues Maingot et Gally des résultats parfois remarquables (sept à huit séances de 500 à 600 R chacune) ;

3° De très bons résultats, surtout s'il existe des points douloureux à la pression ont été obtenus par les injections locales de lipiodol faites au niveau même du moignon que l'on « matelasse » pour ainsi dire de lipiodol (Sicard).

Il est nécessaire d'injecter d'abord de la novocaïne à 1/100, car l'injection dans les tissus cicatriciels est souvent très douloureuse.

On injecte ensuite par l'aiguille laissée en place 4 à 8 c. c. de lipiodol chauffé.

L'injection sera renouvelée trois ou quatre fois à quatre ou cinq jours d'intervalle.

Dans un certain nombre de cas, il se produit le soir de l'injection une réaction douloureuse assez vive qu'il faut soulager par des cachets calmants parfois même par une injection de morphine. Cette réaction est toujours passagère et l'amélioration survient selon les cas à la troisième ou à la quatrième piqûre.

Il est souvent nécessaire de renouveler la série des injections deux à trois fois par an dès que la douleur réapparaît.

S'il existe un point douloureux latéralement au niveau d'un trajet nerveux, c'est à ce niveau qu'on pratiquera les injections lipiodolées.

Dans les cas rebelles, nous utilisons avec succès les infiltrations novocaïnées des ganglions sympathiques telles que les a préconisées Leriche.

Pour les membres inférieurs, on infiltre les ganglions lombaires selon la technique de Leriche : l'aiguille (aiguille à ponction lombaire), est enfoncée au niveau de la II[e] lombaire à 5 cm. de la ligne médiane (trois travers de doigt) obliquement en dedans jusqu'au contact de l'apophyse transverse, on s'efforce alors de passer au-dessus ou au-dessous de l'apophyse et on enfonce jusqu'au contact osseux du corps vertébral (9 cm. environ) où est située la chaîne sympathique. On injecte alors 10 c. c. de la solution de novocaïne au 1/200.

Pour le membre supérieur, il faut infiltrer le ganglion stellaire.

Leriche avec sa merveilleuse habileté l'atteint facilement par voie antérieure cervicale.

Nous préférons, pour qui n'a pas sa prestigieuse adresse, la voie postérieure que nous avons préconisée avec Dreyfus-Lefoyer.

On utilise une aiguille à ponction lombaire s'adaptant bien à une seringue de 10 c. c.

L'aiguille est enfoncée au niveau du bord inférieur de la VII[e] cervicale (dont l'apophyse épineuse est nettement saillante) et à 4 cm. ou deux travers de doigt de la ligne médiane, après que l'on ait pratiqué à ce niveau un bouton d'anesthésie intradermique avec une aiguille fine. Elle est enfoncée perpendiculairement à la peau ; elle traverse une épaisseur de tissu variant entre 4 et 7 centimètres ; elle rencontre alors un obstacle osseux ; c'est le bord inférieur de la première côte.

On retire l'aiguille de 2 millimètres ; on la bascule légèrement de façon à glisser sous la première côte. Lorsque l'aiguille a perdu le contact osseux, il suffit de l'enfoncer encore de 1 cm. pour être au contact du ganglion stellaire. On injecte alors assez rapidement 10 à 20 c. c. de novocaïne à 1/200.

En quelques minutes, les modifications oculo-palpébrales classiques (syndrome de Claude Bernard-Horner) font la preuve de la réussite de l'opération.

Quelques heures après l'anesthésie, il y a sédation des douleurs, cette sédation durant plusieurs semaines ; à cette époque il n'y a aucun inconvénient à pratiquer une nouvelle injection.

Certains blessés sont améliorés définitivement au bout de quatre à cinq infiltrations. Pour d'autres, il faut régulièrement refaire une injection toutes les cinq à six semaines ; pour d'autres l'amélioration ne persiste pas et il faut recourir parfois à une intervention sur le ganglion lui-même (stellectomie).

Jean PARAF.

constituants de l'ergot de seigle, malgré plus d'un siècle d'investigations. Quoi qu'il en soit, l'histoire de cette drogue est des plus intéressante. Elle montre comment, après beaucoup de tâtonnements, l'association de la recherche pharmacologique et de l'expérience a permis de réels progrès thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. BARGER. *Ergot and Ergotism.* Londres et Edimbourg, 1931.
2. L.-R. TULASNE. *Ann. d. Sc. nat. Bot.*, 1853, 3e série, **20**, 5-56.
3. J. STEARNS. *Medical Repository of New-York*, 1808, **5**, 305.
4. VAUQUELIN. *Ann, Chim. et Phys.*, 1816, **3**, 337-349.
5. W.-T. WENZELL. *Amer. Journ. of Pharm.*, 1864, **36**, 193.
6. C. TANRET. *C. R. Ac. Sc.*, 1875, **81**, 896-897 ; *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1876, 4e s., **23**, 17-19.
7. H.-H. DALE. *Journ. of Physiol.*, 1906, **34**, 163-206.
8. G. BARGER et F.-H. CARR. *Chem. News*, 1906, **94**, 98 ; *Journ. Chem. Soc.*, 1907, 337-353.
9. F. KRAFT. *Arch. d. Pharm.* 1906, **144**, 336-359 ; 1907, **145**, 644-645.
10. S, SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1930, 1390-1395.
11. G. BARGER et H.-H. DALE. *Journ. Chem. Soc.*, 1910, 2592-2595 ; *Zentr. f. Physiol.*, 1910, **24**, 885-889.
12. F. KUTSCHER. *Zentr. f. Physiol.*, 1910, **24**, 163-165.
13. C. MOIR. *Brit. Med. Journ.*, 1932, **1**, 1119-1122.
14. A, STOLL, *Ver. Schweiz. Naturf. Ges.*, 1920, 190. *Die Naturwissenschaften*, 1923, p. 697-708 et 720-725.
15. H.-H. DALE et K. SPIRO. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1922, **95**, 337-350.
16. S. SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1931, 1888-1891.
17. H.-W. DUDLEY. *Proc. Roy. Soc., Series B., Biol. Sc.*, 1935, **118**, 478-484.
18. S. SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1937, 396-401.
19. G. W. HOLDEN et G.-R. DIVER. *Quart. Journ. of Pharmac. a. Pharmacol.*, 1936, **9**, 230-231.
20. W.-A. JACOBS et L.-C. CRAIG. *Journ. of biol. Chem.*, 1934, **104**, 547-551 ; 1934, **106**, 393-399 ; 1935, **113**, 767-778. *Journ. Amer. Chem. Soc.*, 1935, **57**, 960-961.
21. S. SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1936, 1440-1444.
22. S. SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1932, 763-766 et 1543-1544 ; 1934, 674-675.
23. A. STOLL. *Bull. Sc. pharmacolog.*, 1936, **38**, 465-490.
24. W. KÜSSNER. *Angewandte Chemie*, 1937, **50**, 34-38.
25. E. ROTHLIN. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1936, **181**, 154-155.
26. A. STOLL. *Schweiz. med. Woch.*, 1935, **65**, 1077-1080.
27. W. KÜSSNER. *Arch. d. Pharm.*, 1934, **272**, 503-504.
28. C. MOIR. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1935, **28**, 1654-1666.
29. A.-K. KOFF. *Surg. Gyn. a. Obst.*, 1935, **60**, 190-192.
30. M.-E. DAVIS, F.-L. ADAIR, G. ROGERS, M.-S. KHARASCH et R.-R. LEGAULT. *Amer. Journ. Obst. a. Gyn.*, 1935, **29**, 155-167.
31. J.-J. JONES et O.-W. BARLOW. *Amer. Journ. Obst. a. Gyn.*, 1935, **29**, 489-502.
32. E. TRABUCCHI. *Riv. ital. di. Terap.*, 1936, **10**, n° 6, 8 p.
33. H.-W. DUDLEY. *Proc. Roy. Soc.*, 1935, **118**, 478-484.
34. M.-S. KHARASCH et R.-R. LEGAULT. *Journ. Amer. Chem. Soc.*, 1935, **57**, 1140-1141.
35. A. STOLL et E. BURCKARDT. C. R. Ac. Sc., 1935, **200**, 1680-1682 ; *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1935, **42**, 257-266.
36. M. R. THOMPSON. *Journ. Amer. Pharmac. Ass.*, 1935, **24**, 24-38 et 185-196.
37. M.-S. KHARASCH, H. KING, A. STOLL et M.-R. THOMPSON. *Nature*, 1936, **137**, 403.
38. S. SMITH et G.-M. TIMMIS. *Journ. Chem. Soc.*, 1936, 1166-1169.
39. G.-L. BROWN et H.-H. DALE. *Proc. Roy. Soc.*, B, 1935, **118**, 446-477.
40. M.-E. DAVIS, F.-L. ADAIR, K.-K. CHEN et E.-E. SWANSON. *Journ. of Pharmacol. a. exper. Ther.*, 1935, **54**, 398-407.
41. RAYMOND-HAMET. *C. R. Ac. Sc.*, 1935, **201**, 176-179.
42. E. ROTHLIN. *C. R. Soc. Biol.*, 1935, **119**, 1302-1304.
43. K.-K. CHEN, E.-E. SWANSON et C.-C. HARGREAVES. *Proc. Soc. exper Biol. a. Med.*, 1936, **34**, 183-187.
44. RAYMOND-HAMET. *C. R. Soc. Biol.*, 1935, **120**, 1208-1212.
45. H.-W. DUDLEY et C. MOIR. *Brit. med. Journ.*, 1935, **1**, 520-523.
46. F.-L. ADAIR, M.-E. DAVIS, M.-S. KHARASCH et R.-R. LEGAULT. *Amer. Journ. Obst. a. Gyn.*, 1935, **30**, 466-480.
47. C. JACOBJ *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1897, **39**, 85-143.
48. A. ARNSTEIN et F. REDLICH. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmackol.* 1923, **97**, 15-29.
49. E. ZUNZ et F. JOURDAN. *Arch. int. Pharmacodyn. et Thér.*, 1934, **48**, 383-428.
50. E. ZUNZ et O. VESSELOVSKY. *Arch. int. Pharmacodyn. et Thér.*, 1936, **53**, 388-412 ; 1936, **54**, 75-98 ; 1937, **55**, 297-317. *C. R. Soc. Biol.*, 1935, **119**, 544-546 ; 1935, **120**, 1360-1362 ; 1936, **121**, 1343-1345 ; 1936, **123**, 126-128 et 1229-1231.

« Si nous en jugeons par la mentalité du malade français, celui-ci bien souvent n'a le sentiment d'être bien soigné, que quand il paie et parce qu'il paie, surtout dans les milieux populaires. C'est le retour instinctif, après avoir goûté de la médecine collective, à la médecine personnelle, et au médecin de son choix au prix d'un sacrifice volontaire parfois très lourd. » (J. OKINCZYC. — *Humanisme et médecine*, 1 vol., 1937, Labergerie, éd.)

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Psychanalyse et sexualité féminine [1]

Par le Docteur Georges PARCHEMINEY

Chez la femme comme chez l'homme, la sexualité ne peut être réduite au seul facteur génital : il est à peine besoin d'insister sur ce fait, et d'indiquer que toute l'activité sexuelle comporte une participation du psychisme, de l'affectivité, du monde sensoriel, en un mot de toute la partie de notre être mue par le dynamisme de l'instinct.

La psychanalyse tend à montrer que l'évolution de cet instinct sexuel ne date pas de la puberté au moment de la maturité des glandes génitales ; pour cette science en effet, à cette période de l'existence se trouvent déjà fixés les éléments essentiels de la personnalité du point de vue affectif. C'est d'une période plus précoce de l'évolution de l'instinct, que dépendra le déroulement plus ou moins satisfaisant de toutes les étapes ultérieures de la féminité.

Je désire donc vous expliquer ce que nous décrivons sous le nom de l'évolution de l'instinct, et quel est l'intérêt de cette évolution dans le développement de la personnalité.

Ce fut, il y a 50 ans environ, pour Freud un sujet d'étonnement quand étudiant l'hystérie, il se rendit compte que les symptômes morbides étaient créés de toute pièce par une partie du psychisme, ignorée du moi.

Sous l'influence de l'état hypnotique, les malades pouvaient revivre une série d'états psychiques ignorés à la période de veille, qui constituaient les raisons psychologiques inconscientes d'un symptôme.

Rapidement ces travaux mirent en relief deux éléments essentiels du mécanisme formateur des névroses : d'une part l'intérêt d'une activité psychique inconsciente, d'autre part l'importance d'une facteur psychique jouant le rôle de censure morale vis-à-vis de ces éléments : Freud donna le nom de refoulement au résultat de cette censure du moi.

Pour la première fois se précisait la notion de conflit entre des tendances instinctives et un moi vigilant, s'opposant à la prise de conscience de ces facteurs indésirables.

En fait, cet inconscient apparut comme formé par le monde des instincts, des pulsions de l'être, si l'on veut traduire plus fidèlement le mot allemand de Trieb qu'emploie Freud.

Ce monde de l'instinct a un caractère essentiel, c'est son dynamisme, sa tendance incessante à être satisfait.

Freud donna le nom de libido à cet ensemble de pulsions, voulant montrer l'importance de l'instinct sexuel, associé aux autres instincts primordiaux (instinct de défense, de conservation, etc.).

Rapidement l'analyse des névroses permit à Freud de se rendre compte que tout se passait comme si l'on trouvait chez tous les sujets, une série d'événements sexuels se rattachant à l'enfance, et que, suivant son expression, en s'occupant du présent, on remontait dans le passé.

Ce fut en fait la découverte de toute la sexualité infantile, qui constitue à l'heure actuelle une des acquisitions les plus solides de la psychanalyse.

Elle intervient dans le déterminisme de la sexualité adulte, dans le développement du caractère, de la personnalité, comme elle est à la base de certaines manifestations morbides.

---

(1) Leçon faite au service du Professeur agrégé VIGNES, Maternité des Enfants-Assistés.

Je vais donc essayer de vous donner un aperçu très schématique de l'évolution de la sexualité féminine, en soulignant que ceci résulte de longues années de clinique psychanalytique.

Deux remarques préalables s'imposent : d'abord il ne faut pas confondre ou réduire le sexuel au génital, par ailleurs il faut tenir compte que le psychisme infantile est fort éloigné de la pensée rationnelle de l'adulte, que les réalités psychiques de l'enfant procèdent beaucoup plus d'une mentalité primitive.

On distingue schématiquement trois phases dans l'évolution de la sexualité infantile.

La première phase dite orale, correspond chez le petit enfant, au plaisir de sucer, d'avaler, l'instinct de nutrition étant associé à cet érotisme oral, — nous en voyons plus tard les composantes chez l'adulte dans le baiser, que tout le monde s'accordera à ranger dans le cadre de la sexualité. — Le plaisir de mordre fait partie de cette période. Pour le nourisson mordre, avaler, constitue sa seule façon de manifester son intérêt, son aimance, il suffit d'étudier le comportement des enfants pour se convaincre de ces faits.

On a surnommé cette période, phase cannibalique, par analogie avec le comportement du primitif, chez qui le fait de dévorer constitue un acte d'amour : dans différents mythes religieux nous trouvons symboliquement transposée, cette tendance primitive.

Une deuxième phase a été appelée phase sadique anale, terme qui a été l'objet de critiques : cette phase correspond à l'intrication des premières tendances agressives de l'enfant vis-à-vis des éducateurs qui disciplinent chez lui les fonctions d'exonération. Je ne m'étendrai pas sur ce point, soulignerai toutefois qu'on ne peut enlever à la muqueuse anale un facteur d'érogénéité, le développement de certaines perversions sexuelles le démontre nettement.

Durant ces deux phases la libido infantile a une caractéristique essentielle : elle est auto-érotique, narcissique. L'enfant est à la fois sujet et objet.

Toute l'activité érotique est reportée sur lui-même.

Vers la troisième année environ, commence la phase génitale ou phallique. Cette expression peut surprendre : il paraît paradoxal de parler de stade phallique dans l'évolution de la petite fille, Il faut toutefois prendre en considération le fait d'une bisexualité primitive, qui s'avère très importante psychologiquement.

D'autre part dans les premières manifestations de l'organisme, la fillette ne prend pas conscience d'un vagin : la seule activité masturbatoire sera d'ordre clitoridien, qui représente un ersatz de l'organe mâle.

Certes de telles propositions peuvent heurter votre bon sens, il peut vous sembler naturel, évident que la séparation des sexes soit une représentation primitive, instinctuelle. Cependant, chez les névrosées, dans de nombreux cas de frigidité, tout se passe comme si, inconsciemment de telles malades ne pouvaient accepter leur position féminine et réagissaient devant cette constatation comme devant une frustration.

A cette période on voit se dessiner une attitude ambivalente vis-à-vis de la mère, et souvent vis-à-vis du père un fort attachement érotique. Nous nous trouvons en présence d'une situation identique, bien qu'inversée et de plus fort compliquée, qui a été décrite sous le nom de complexe d'œdipe.

Vers la sixième année environ l'activité sexuelle semble s'éteindre. L'enfant entre dans une période de latence, qui paraît être une phase atavique, biologiquement déterminée, phase ou la famille et les éducateurs enseignent à l'enfant les notions de pudeur, de morale, d'esthétique. Période dangereuse ou une répression excessive peut constituer des germes de névrose future, mais ce stade est indispensable pour faire de l'enfant vivant jusqu'alors sous le principe de plaisir, d'un hédonisme total, un être adapté à la réalité, aux nécessités sociales, bref aux renoncements qu'exige toute civilisation.

De ce fait la sexualité infantile subit un refoulement, ce qui explique l'amnésie apparente de l'enfant concernant les problèmes sexuels, mais l'énergie psychique de la libido est utilisée par un processus de dérivation, pour les forces intellectuelles ou corporelles de l'enfant,.

A l'approche de la puberté la sexualité s'éveille, se réveille suivant la théorie de Freud. Mais l'adolescente va trouver, à cette éclosion pubérale, un chemin déjà préparé, qui la fixera soit dans un sens normal, soit l'engagera dans des déviations névrotiques. On peut dire que le caractère, la personnalité de l'adulte ou les anomalies psychiques tireront leur physionomie de l'évolution plus ou moins réussie des stades précédemment décrits.

Si en effet l'évolution de l'instinct a présenté des stades de fixation à une période donnée de cette évolution, la femme en vertu, d'un mécanisme de répétition qui existe chez nous tous, se trouvera à la période adulte d'une façon virtuelle en état de conflit.

La résultante vitale dépendra de deux facteurs : l'un actuel qui sera en rapport avec les circonstances de la vie affective du sujet, l'un virtuel inconscient en rapport avec son degré plus ou moins réussi d'évolution de l'instinct.

Qu'un traumatisme psychique, déception effective par exemple intervienne sur un psychisme mal préparé à pouvoir le supporter, aussitôt par des phénomènes automatiques de regression que nous étudions en psychanalyse, pourront se développer des réactions morbides plus ou moins accusées.

* * *

Comment des conflits psychiques peuvent naître des symptômes. Toute l'idée maîtresse de la psychanalyse repose en effet sur la notion que le symptôme (phobie, obsessions, troubles sexuels, etc.) doit être considérée comme l'expression psychologique de conflits entre deux forces antagonistes, le moi moral d'une part, le groupe des pulsions dépendant de la sphère des instincts d'autre part.

Le refoulement de ces pulsions a comme conséquence que celles-ci ne peuvent plus traduire leur activité que dans le domaine du psychisme inconscient : mais alors, et ceci est capital pour la compréhension de cette théorie, ce psychisme inconscient a en quelque sorte une autonomie : il n'obéit plus aux lois de la pensée rationnelle, mais à des lois propres à l'inconscient que Freud a mises en valeur.

Je désire par une observation schématique, mais offrant un caractère expérimental, vous préciser ces faits.

Il y a quelques années j'ai eu en traitement un enfant de 12 ans qui présentait depuis plusieurs semaines la phobie du toucher et l'obsession de se laver sans cesse les mains. L'enfant ne pouvait prendre un objet quelconque sans se laver aussitôt et pour éviter ces lavages incessants, qui avaient provoqué une série de troubles cutanés, il se tenait constamment dans une attitude oratoire, les mains en avant. En outre il ne pouvait s'alimenter seul, ses parents devaient le nourrir uniquement avec des aliments non pollués, tels que bananes épluchées, biscottes enveloppées de papier, etc... Notons aussi un profond sentiment d'angoisse, de détresse qui se lisait dans le regard de cet enfant, lequel vivait depuis quelque temps en proie à une profonde dépression.

Cet état morbide s'était constitué en deux étapes d'abord l'enfant qui se livrait à une certaine activité masturbatoire, mais sans aucun sentiment de culpabilité, commença à la suite d'enseignements religieux à se défendre contre cette tendance.

Puis une liaison se fit entre ce sentiment de crainte, peur du péché et de l'enfer et une remarque d'un professeur, qui, lors d'un cours d'hygiène parla des microbes, de la nécessité d'être propre pour éviter les maladies. « Si j'avale des microbes, je peux mourir et aller en enfer ».

A ce moment l'enfant manifeste quelques craintes, fait attention à sa nourriture, mais tout ceci n'offre aucun caractère morbide, la lutte entre la pulsion érotique et la censure morale s'effectuant sur le plan du moi.

Plus tard lors de la cérémonie de sa première communion l'enfant eut peur d'avoir touché ses organes génitaux : affolé à cette pensée, pris de panique à l'idée d'accomplir cette communion en état de péché, avec la vision de la mort et de l'enfer, il chercha à se faire rassurer par ses parents et par son confesseur. Ce dernier, tout en lui donnant de bienveillantes paroles ne put saisir la gravité du conflit et interpréter la réaction d'angoisse.

Or, le soir de cette cérémonie transformation totale de l'en-

fant qui devient sombre, triste, refuse toute nourriture et deux symptômes apparaissent, la compulsion obsédante du lavage des mains et parallèlement à ceci, la disparition absolue de toute sollicitation érotique. Plus aucun désir de masturbation. Ceci dura quelques semaines jusqu'à notre prise de contact. tous les arguments, persuasions médicales ou autres demeurant sans effet.

Interprétons les phénomènes : nous voyons qu'il y a dans cette observation deux stades : au début le conflit se joue sur le plan du moi, pulsions érotiques d'une part, censure morale d'autre part. Le moi est assez fort pour accepter cette lutte ; aucun symptôme morbide n'existe. Dans une seconde phase cette pulsion est liée à une telle angoisse de mort, à un tel sentiment de culpabilité qu'elle subit un refoulement dans l'inconscient : en effet, dès ce moment, il n'existe plus aucun désir de masturbation : le conflit subsiste néanmoins, mais fait essentiel, il va se jouer sur le plan de l'inconscient. Le sentiment de culpabilité conserve son énergie psychique, mais il ne peut plus s'exprimer sous une forme rationnelle, prière, confession par exemple, il n'a désormais d'autres moyens d'expression que le matériel psychique qu'il trouve à sa disposition, c'est-à-dire un matériel propre aux manifestations de cet inconscient symbolisation, déplacement, etc.,. L'enfant sans relâche doit se laver les mains ; le symbole de purification et son déplacement sont assez clairs.

Nous voyons donc nettement que le symptôme névrotique à une valeur psychologique, mais tout se passe comme si au moment du refoulement l'inconscient prenait la direction des opérations et réagissait avec son matériel psychique propre, ce qui pour nous, vu de notre psychisme rationnel, nous apparaît comme un symptôme morbide.

Ce rituel symbolique de lavage appartient à toute l'humanité : de Ponce-Pilate à Lady Macbeth nous connaissons le geste.

On pourrait se demander : quelle est l'utilité de la névrose, de cette obsession qui nous apparaît comme un mode particulier de réaction psychologique. C'est précisément pour échapper à une tension ; à un degré d'angoisse, que le moi ne peut accepter : c'est le problème de l'angoisse que nous retrouvons dans toutes les réactions névropathiques.

Je n'ai pas le temps de m'étendre sur le côté thérapeutique de cette observation : en fait après quelques minutes de conversation, ayant montré à l'enfant l'évolution de ses pensées, ayant réduit toute la partie inconsciente et surtout ayant enlevé à ses yeux le caractètre d'indignité de souillure attaché à la fonction génitale j'estimai avoir fait l'essentiel.

De fait après cette unique conversation l'enfant repris la joie de vivre, et tous les symptomes décrits disparurent définitivement.

***

La constitution des névroses, des troubles de la personnalité est loin de répondre à l'aspect si schématique de l'exemple que je viens de donner.

Toute situation affective, tout traumatisme psychique portant sur une phase de l'évolution de l'instinct que je vous ai brièvement résumée, peut entraîner des anomalies de cette évolution, déterminer des fixations à certains stades, ce qui a fait dire que les névrosés se comportent comme des arriérés affectifs.

Il existe donc et ceci a une valeur essentielle, une relation entre le développement de la sexualité et celui de la personnalité psychique. Si cette hypothèse est exacte on doit nécessairement trouver chez les névrosées des anomalies sexuelles.

Or précisément la clinique psychanalytique nous montre plusieurs types de réactions psychologiques morbides, qui sont polarisées autour de la sexualité non évoluée.

Comment se manifestent chez la femme les troubles de la sexualité ? Le plus important, le plus fréquent est la frigidité. Elle correspond chez le sexe opposé à l'impuissance : tous deux relèvent d'un processus d'inhibition. La frigidité de la femme peut être totale, c'est-à-dire portant sur les deux zônes érogènes, la région vaginale ; ou partielle, la région clitoridienne seule susceptible d'orgasme.

Cette dernière variété peut se compliquer ou non d'homosexualité, qui chez la femme, bien que peu avouée, revêt une importance et une très grande fréquence.

Je n'insiste pas sur les autres perversions sexuelles qui sont communes aux deux sexes.

On peut dégager trois types cliniques de réactions psychologiques.

Dans les premier cas nous aurons seulement des troubles du caractère.

Dans le deuxième cas, nous nous trouverons en présence de névroses typiques, phobies, obsessions, réactions du type hystérique. (Je laisse volontairement de côté certaines psychoses à pathogénie très complexe.)

Dans le troisième cas nous voyons se développer certains troubles somatiques, précisément au niveau de l'appareil génital, et ces cas sont du plus grand intérêt à être connus du gynécologue.

Il paraît évident que l'on ne peut ranger dans le cadre des névroses les troubles du caractère, du comportement qui constituent des individualités psychologiques. Toutefois on peut décrire certains types qui ne correspondent pas à l'évolution normale de la féminité. Je n'en citerai que deux exemples. Le premier correspond à ce type de vieilles filles dévouées, qui n'ont jamais quitté la famille, fixées à ces parents au bonheur desquels elles se consacrent. L'analyse montre chez elles, soit qu'elles ont renoncé à toute sexualité, soit qu'elles se cantonnent dans une activité masturbatoire, mais en repoussant obstinément le contact masculin.

Un deuxième exemple nous sera fourni par le type de la femme viriloïde. Il s'agit de femmes qui partent dans la vie avec un souci d'indépendance, veulent rivaliser avec l'homme sur le plan de l'activité générale, intellectuelle surtout. On retrouve chez elles la haine ou le mépris pour l'homme. Viennent-elles au mariage. Elles choisissent un individu inhibé, passif, qu'elles réduiront en esclavage.

Chez ce type nous trouvons toujours la frigidité dans l'acte sexuel, et le plus souvent une forte tendance à l'homosexualité.

Si nous nous tournons vers le groupe des névroses, c'est-à-dire les malades qui présentent soit des phobies, des obsessions, soit des troubles de nature hystérique, la dépendance entre les symptomes et les troubles de l'évolution sexuelle s'affirme avec netteté.

Je vais rapidement vous donner quelques exemples des malades que j'ai traitées.

Le premier cas concerne une femme de 35 ans, mariée depuis 15 ans. Dès le mariage apparaît un vaginisme irréductible à tout traitement local ou général, frigidité complète. Puis peu à peu se développe au niveau des membres supérieures, surtout à la suite d'émotions, un syndrome algique tenace, qui est traité de mille façons rayons infra-rouges, iode, toute la gamme des médications contre les névrites tenaces, ce diagnostic avait été retenu par la majorité des médecins. Sur le plan psychique, de multiples phobies : dès la tombée du jour, la malade en proie à de l'angoisse, se barricadait chez elle, impossibilité de sortir — à la campagne elle ne pouvait sans être accompagnée faire le moindre parcours ; dans la nuit réveillée par des cauchemars, où elle voyait des bandits faire irruption dans sa chambre, etc..

Je n'ai pas le temps de développer toute cette série de peurs.

Son comportement vis-à-vis de son mari était assez curieux : tout en affectant la plus grande douceur, en réalité dès que ce dernier rentrait de son travail, elle transformait l'existence du foyer en une série d'actes qui empoisonnaient littéralemen son existence :

Le seul attachement réel était pour une femme de son âge, qu'elle adorait, écoutait comme un oracle, et l'opposait sans cesse à son mari, notons que cette femme n'avait jamais été mariée.

Très rapidement le traitement psychanalytique montra l'existence de traumatismes infantiles graves. Vers l'âge de 3 ans 1/2 notre malade, qui jusqu'alors avait vécu chez une nourrice qui la choyait, retourna au domicile des parents : au cours d'une réaction enfantine, elle fut saisi brutalement par le père, secouée et battue, une réaction de frayeur et d'angoisse devait par la suite être attachée à toute attitude qui la mettrait

en contact avec l'homme. Il est particulièrement intéressant de noter que notre malade revécut cette scène traumatique avec une réaction d'angoisse violente : palpitations, dyspnée, rougeur du visage, etc... Or dès le lendemain de cette séance de traitement, 15 jours au plus après le début, le vaginisme et la névrite brachiale disparurent comme par enchantement. J'insiste sur le fait que ces deux symptômes avaient été l'objet de multiples thérapeutiques.

Dans les semaines qui suivirent, au fur et à mesure que par le processus du transfert qui constitue en psychanalyse l'élément thérapeutique, je suis arrivé à libérer chez cette malade une angoisse inconsciente, accrochée à l'évolution de sa sexualité infantile, parallèlement on assista à la réaction des symptômes, disparition des phobies, disparition de son comportement hémosexuel, et peu à peu attitude féminine vis-à-vis de son mari, soit dans son comportement ou la tendresse fait place à l'angoisse et à l'agressivité, soit dans l'attitude sexuelle, ou pour la première fois apparut le désir sexuel et la disparition de la frigidité.

Le deuxième cas concerne une femme de 30 ans qui présente comme phobie, l'impulsion de tuer son mari. Après des semaines de lutte contre cette impulsion obsédante la malade présenta une dépression anxieuse très grave. Chez elle nous trouvons la même défense contre l'homme, une haine inconsciente avec réactions secondaires d'homosexualité, frigidité complète, la masturbation clitoridienne représentant seule toute l'activité sexuelle. Comme chez la précédente malade nous trouvons dans l'anamnèse un traumatisme affectif : vers l'âge de 7 ans, elle fut attirée dans un lieu désert par deux jeunes gens qui, tentèrent de la violer, angoisse et agressivité étaient liées à tout rapport avec l'homme, agressivité qui peu à peu augmenta d'intensité et donna naissance à l'impulsion de tuer.

Un troisième cas concerne une malade de 18 ans que je soignai, à l'hôpital Sainte Anne, ou elle était entrée en traitement pour crises convulsives de nature hystérique.

Le déterminisme de ces crises était assez significatif :

Il répondait à un mécanisme de répétition que je résume rapidement. Cette malade jouait dans la rue le rôle d'une professionnelle, attirait n'importe quel homme dans une chambre d'hôtel, et au moment ou elle se trouvait seule avec l'homme, une panique anxieuse s'emparaît d'elle, elle se sauvait, courait à la maison et devant ses parents présentait une crise hystérique typique.

L'analyse psychologique montra que cette malade demeurait fixée, à un stade de son évolution sexuelle que nous avons mentionné sous le nom de stade œdipien : le symbolisme inconscient pouvait s'exprimer ainsi : je n'ai pas le droit de trahir mon père que j'aime.

Dans un troisième groupe on peu ranger des malades qui présentent d'une part les troubles sexuels décrits, et d'autre part donnent l'impression de malades ayant une affection organique.

Le Dr Rehrer, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Dresde, donne un tableau de malaises qui peuvent être mis, sur le compte d'une vie sexuelle troublée. Pertes blanches, dysménorrhée, douleurs abdominales, congestions utérines, névroses gastriques, cardiaques, intestinales, états dépressifs. Cet auteur insiste sur le nombre d'opérations gynécologiques, qui sont pratiquées sans nécessité et sans succès.

Je n'ai pas le temps d'approfondir ce point de vue et vous donne du reste comme meilleure référence le travail si important du Professeur Vignes de Physiologie gynécologique.

* * *

Que conclure de ces quelques réflexions. Certes l'ancien adage de nos maîtres *tota mulier in utero* ne doit plus être pris au sens restreint : dans le domaine corporel déjà les progrès de l'endocrinologie ont prouvé sa caducité : on ne peut donc l'envisager que dans un sens symbolique.

L'intérêt de la psychanalyse est de souligner toute l'importance du point de vue psychologique, mais d'une psychologie à base d'affectivité, qui se relie à toute la sphère de l'instinct. Freud du reste n'a jamais voulu établir une psychologie spéculative et dans tous ses travaux nous trouvons sa tendance constante à relier les phénomènes psychiques à un substratum biologique.

Mais la psychanalyse est avant tout une méthode thérapeutique : si elle s'avère efficace dans les maladies à manifestations purement psychiques, comme l'obsession par exemple, elle constitue par le fait de pouvoir normaliser les troubles de la sphère instinctive, une thérapeutique qui dépasse largement le territoire du psychisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1937 (*suite et fin*)

Ostéothérapie des brèches osseuses. — *M. L. Courtillier* a créé le mot ostéothérapie dans le but de réunir sous cette dénomination tout ce qui concerne le traitement que l'on fait sur les os, tant au point de vue médical que chirurgical. Il a remarqué que le traumatisme qui écrase, déchire et brise les tissus, qu'il appelle polymicrotraumatisme, est celui qui favorise le mieux la régénération osseuse. Il en tire la déduction que si l'on veut combler des brèches osseuses, ou consolider des pseudarthroses, il faudra se servir de greffons meurtris et brisés. Il emploie des greffons costaux ostéo-musculo-périostés. De plus, les greffons servent de levain d'ossification. L'auteur comble des brèches osseuses sur des os jumelés, dont l'un sert de tuteur à l'autre, et il consolide aussi des pseudarthroses sur os isolé. Dans tous ces cas le greffon ne meurt pas parce qu'il a assuré sa vie d'acclimatement.

La transfusion sanguine agent hémostatique. — *M. Stillmunkes* étudie la transfusion sous ce rapport de l'hémostase, avec de multiples observations à l'appui. — G. LUQUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 juin 1937

Complications post-opératoires dans la chirurgie gastro-duodénale. — *MM. G. Luquet et H. Bertreux* étudient : 1° Les complications locales chirurgicales : désunions de sutures, hémorragies intra et extra-gastro-duodénales, mauvais fonctionnements. Toutes sont dues en réalité à des fautes de technique ; 2° les complications générales qui se rattachent essentiellement à la maladie opératoire. A ce propos, les auteurs mettent en valeur l'intérêt de la théorie de la déshydratation soutenue par l'École belge, théorie parfaitement satisfaisante, qui a l'avantage d'englober toutes celles qui ont cours par ailleurs.

La pratique des greffes libres de peau totale. — *M. Dufourmentel*, continuant ses communications précédentes sur le même sujet, rappelle les conditions de prise des greffes libres tégumentaires et donne un certain nombre de précisions sur leur application, en particulier sur la face. Pour les paupières, la peau qui lui paraît le plus apte à remplacer la peau des paupières détruite est celle de la face postérieure du pavillon de l'oreille. Elle présente, de plus, l'avantage d'être prélevée sans laisser de cicatrice visible. Pour reconstituer des sourcils ou les régions velues de la lèvre et du menton, le cuir chevelu peut être indiqué ; la peau de la région pubienne l'est également. L'auteur présente un opéré récent portant un lambeau de peau du pubis au-dessous de la lèvre inférieure. Pour les autres régions la peau peut être prélevée au ventre ou à la cuisse. Toutes ces greffes ont sur les greffes de Thiersch l'avantage de leur épaisseur et d'une souplesse beaucoup plus grande. Elles ont sur les greffes pédiculées l'immense avantage de pouvoir être prélevées à distance, c'est-à-dire sans créer de nouvelles cicatrices autour de la blessure à réparer.

Un cas de pseudo-kyste hématique de la queue du pancréas. — *M. Jean Lanos* communique cette observation et présente un cliché radiographique montrant une image pseudo-lacunaire (mais avec conservation des plis muqueux) de la grosse tubérosité de l'estomac. Cette radiographie, complétée par un examen avec pyélographie, ayant pu faire éliminer le rein gauche, permit de faire le diagnostic clinique.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Rhumatismes

La maladie rhumatismale est, dans son ensemble, moins fréquente en Algérie qu'en France et en Europe. — Ce fait, qui semble avoir été relevé dans presque tous les pays chauds, paraît surtout dû en Algérie au comportement de l'indigène musulman. La maladie rhumatismale est en effet chez lui beaucoup plus rare en général que chez l'Européen ; cette immunité relative semble tenir à la vie simple, pastorale que mènent la grande majorité des indigènes ; elle diminue pour les indigènes agglomérés (Kabyles, citadins), et pour les Israëlites algériens qui ont une sensibilité au rhumatisme analogue à celle des Européens.

Cette réceptivité au rhumatisme reproduit en Algérie, dans son ensemble, la répartition de l'imprégnation tuberculeuse bien étudiée par l'Institut Pasteur d'Alger.

Les rhumatismes infectieux par contre sont beaucoup plus fréquents en Algérie chez l'indigène que chez l'Européen.

Le fait s'explique par la fréquence des rhumatismes d'origine syphilitique, gonococcie et aussi par la fréquence et la durée des infections de toutes sortes susceptibles de se compliquer, de déterminations rhumatismales.

Si de telles différences existent dans ce pays entre la pathologie indigène et la pathologie des Européens, cela tient non à des différences foncières dans le mode réactionnel des humeurs et des parenchymes, mais bien aux mœurs et aux habitudes des différents groupements ethniques qui les exposent de façon plus ou moins intense aux actions pathogènes ou les en préservent avec plus ou moins d'efficacité. L'Arabe des campagnes est moins sujet au rhumatisme articulaire aigu ; il y devient sensible au contact de l'Européen ou dans les villes, peut-être parce qu'il se tuberculise.

Par contre la syphilis indéfiniment tolérée, transmise héréditairement sans limites, rarement soignée, s'accompagne de déterminations articulaires que l'Européen ignore. De même la blennorrhagie, de même les infections banales de toutes sortes que par fatalisme religieux ou par indifférence foncière l'Arabe laisse évoluer sans en avoir cure.

La civilisation par contre, en multipliant les contacts et les déplacements, en généralisant et diffusant les méthodes thérapeutiques, tend à unifier les pathologies.

Tant que cette unification ne sera pas complète, il sera du plus haut intérêt d'analyser, du point de vue de la pathologie générale, ces variations locales de la pathologie géographique, car elles comportent, les plus riches enseignements.

(Georges Aubry et Jean Thoret. Les rhumatismes aigus en Algérie. Maladie rhumatismale. Rhumatisme infectieux. *L'Informateur Médical*, 16 mai 1937.)

Dans les polyarthrites chroniques évolutives, le traitement orthopédique et chirurgical peut être d'une grande aide, mais il importe de ne l'utiliser qu'à son heure, après un traitement médical préparatoire, un contrôle clinique et sérologique soutenu de la non-évolutivité de la maladie. Le but des interventions orthopédiques ou chirurgicales doit être non de provoquer l'ankylose, mais d'obtenir au contraire dans la mesure du possible la restauration des mouvements ; les polyarthritiques ne peuvent, le plus souvent, faire les frais d'ankyloses articulaires, dites curatrices, sans se voir exposés à de graves inconvénients fonctionnels.

(F. Coste, J. Forestier et R. Mande. Dangers de certaines interventions chirurgicales au cours des polyarthrites chroniques évolutives. *La Presse Médicale*, 15 mai 1937.)

Tuberculose

Le pneumothorax extra-pleural thérapeutique est une méthode qui se propose le collapsus des lésions pulmonaires par la création chirurgicale d'une cavité entre la paroi tho acique et la plèvre pariétale, grâce au plan de clivage du fascia endothoracique. Le maintien du collapsus est assuré par des réinsufflations de gaz, à l'instar du pneumothorax intra-pleural de Forlanini.

Les avantages du pneumothorax extra-pleural se résument dans sa ressemblance avec le pneumothorax artificiel intrapleural habituel, électif. Il assure une libération complète et harmonieuse de la partie sus-hilaire du poumon dont il maintient le collapsus sous une poche gazeuse, élastique et aux pressions modifiables. C'est une opération peu shockante, qui conserve la fonction expectorante; elle limite son action au sommet, respectant la base.

« Tout en nous gardant de préjuger des résultats que fournira une expérience plus longue, nous croyons qu'en raison même de son principe, le pneumothorax extra-pleural mérite une étude approfondie des phtisiologues. Sans être dupe des mots, l'on peut dire que c'est la méthode chirurgicale qui s'apparente le plus au pneumothorax intra-pleural de Forlanini. »

(E. Hautefeuille et Dreyfus-Le Foyer. Le pneumothorax extra-pleural thérapeutique. *La Presse Médicale*, 9 juin 1937.)

Clinique thérapeutique

L'étude de 400 nouveaux cas d'affections staphylococciques traités par l'anastaphylotoxine joints à plus de 600 cas antérieurement examinés d'une part, les observations variées publiées par de nombreux auteurs d'autre part, confirment pleinement l'efficacité de la nouvelle thérapeutique telle qu'elle a été mise en œuvre en France dans la pratique courante durant ces deux dernières années.

(G. Ramon, A. Bocage, A. Boivin, P. Mercier, R. Richou et M. Defrance. Résultats d'ensemble de l'anatoxithérapie spécifique des affections staphylococciques. *La Presse Médicale*, 16 juin 1937.)

La rœntgenthérapie constitue un traitement particulièrement efficace des arthrites blennorragiques. — On emploie un rayonnement moyennement pénétrant. Les doses doivent être faibles pour les cas chroniques, très faibles pour les cas aigus.

Les résultats sont constants, remarquables et précoces. La douleur cède dès les premières séances. Puis la tuméfaction, l'empâtement diminuent. La rœntgenthérapie permet la mobilisation précoce qui tend à favoriser l'évolution et à la rendre plus rapide.

La guérison est d'autant meilleure que l'arthrite est traitée plus tôt.

Si parfois, on observe une exacerbation après la première séance, celle ci n'est en général que peu marquée et passagère.

Même dans les arthrites à épanchement abondant et franchement purulent où l'arthrotomie est nécessaire, la rœntgen-

thérapie semble appelée à jouer un rôle essentiel dans le traitement des séquelles, en particulier de la douleur.

(Nguyen-Ding-Hoang. — Rœntgenthérapie de l'arthrite blennorragique. *La Presse Médicale,* 16 juin 1937.)

Alimentation

La confrontation des régimes et des caractères montre qu'il existe, chez les enfants, une coïncidence entre la richesse de l'alimentation en principes d'origine animale et en stimulants nerveux et les manifestations extérieures de leur activité physique. Les petits paysans pauvres de nos écoles rurales, il y a cinquante ans, étaient moins turbulents et montraient dans leurs jeux moins d'ardeur et d'entrain que l'on n'en voit aujourd'hui chez nos collégiens de ville. Le régime alimentaire de ces enfants de la campagne, à cette époque, était très différent de celui que l'on donne aujourd'hui aux écoliers français moyens ; le matin, ils mangeaient une assiettée de soupe épaisse, formée surtout de pain trempé dans un bouillon de légumes légèrement beurré ; ils emportaient pour la journée un morceau de pain bis avec un maigre fricot végétal, un bout de lard ou un œuf. Aujourd'hui, notre jeune lycéen prend, à son réveil, du chocolat ou du café au lait et de la viande à ses deux repas.

Les peuples les plus entreprenants et les plus énergiques sont gros consommateurs de viande et de lait, alors que les mangeurs de riz, les Chinois et les Indiens qui prennent très peu de viande et de laitages, sont d'une étonnante résignation.

A mesure que l'alimentation publique française évoluait, le caractère national se modifiait parallèlement ; au serf insouciant, lamentable, du moyen âge, qui se contentait de sa bouillie de seigle, a succédé le paysan ou l'ouvrier actuel, remuant, fier, qui mange mieux que le seigneur d'autrefois, qui a son bifteck quotidien et qui boit du vin et du café à tous les repas.

(A. Gauducheau. L'alimentation et l'homme moderne. L'évolution de l'alimentation humaine. *La Presse Médicale,* 16 juin 1937.)

Varia

En Franche-Comté, les médecins sont tous alertés sur l'existence et la fréquence de la fièvre ondulante d'origine bovine dans leur province.

Ils ne laissent pour ainsi dire plus échapper la fièvre ondulante sans en poser le diagnostic. C'est précisément parce que les médecins francs-comtois ont une exacte connaissance de la symptomatologie de la fièvre ondulante et de la valeur de la séro-agglutination de Wright que les cas dépistés augmentent chaque année : 11 cas en 1933 ; 7 cas en 1934 ; 10 cas en 1935 ; 27 cas en 1936 ; déjà 8 cas pour les trois premiers mois de 1937.

(E. Ledoux, Bataillon, Maréchal, Picard. La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. (Epidémiologie et allure clinique). *Journal des Praticiens,* 29 mai 1937.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Le diagnostic de l'anémie hémolytique est considéré comme difficile quand il n'y a pas d'ictère ; l'exploration clinique et les examens du sang habituels sont insuffisants. Une anémie avec hémolyse n'est pas forcément une anémie hémolytique pure ; l'hémolyse est en effet plus ou moins accentuée dans presque toutes les anémies.

Une observation personnelle permet de mettre en valeur certains points. Il est nécessaire de vérifier l'absence de toute réaction myéloïde ou érythroblastique du parenchyme splénique qui pèserait lourdement sur le pronostic. De plus la ponction splénique permet, dans des cas semblables, d'affirmer ou d'exclure le diagnostic de rate paludéenne, de kala azar, de maladie de Gaucher, etc...

L'examen complet des maladies du sang ne saurait désormais se passer de ponction de la moelle osseuse, de la rate, des ganglions.

C'est seulement en établissant le bilan exact du malade qu'on peut faire un diagnostic précis ; ce diagnostic a une grosse valeur pratique, car il serait dangereux de faire la splénectomie sur un diagnostic incertain.

(Braillon et Poulain. Anémie hémolytique à guérison rapide après splénectomie. *Gazette Médicale de Picardie,* avril 1937.)

La syphilis gastrique est certainement une des questions qui ont suscité le plus de controverses dans le chapitre des infections viscérales d'origine syphilitique.

Le clinicien rencontre de grandes difficultés sur le terrain pratique dans la différenciation des manifestations tumorales de la syphilis gastrique et de la néoplasie. Il n'existe en effet aucun élément imposant la certitude dans cette forme de syphilis ; il n'y a que des présomptions et les signes relevés sont toujours discutables.

Les analogies sont si grandes qu'une observation montre les péripéties du diagnostic : tour à tour cancer, syphilis et cancer.

Il faut d'ailleurs se rappeler l'association de la syphilis et du cancer, la spécificité faisant le lit du néoplasme.

L'argument du traitement d'épreuve est souvent insuffisant et trop d'observations manquent de la sanction histo-pathologique, impossible il est vrai dans de nombreux cas.

(P. Savy, M. Girard et J. Gonnet. La syphilis gastrique à forme tumorale pseudo-cancéreuse. Ses difficultés de diagnostic. *Journal de Médecine de Lyon,* 20 avril 1937.)

L'association de l'abcès du poumon et de la tuberculose n'est pas une simple coïncidence. Les cas sont plus fréquents qu'on ne le dit.

Les suppurations greffées sur la bacillose pulmonaire représentent des épisodes ultimes sans grand intérêt pratique. Il n'en est pas de même pour les cas de suppuration pulmonaire qui semblent ouvrir la voie à la bacillose et qu'on peut classer sous trois formes différentes :

1° Abcès aigus du poumon avec présence de bacilles de Koch.

2° Tuberculose apparaissant dans le cours ou les suites immédiates d'un abcès du poumon.

3° Tuberculose survenant dans les suites lointaines d'un abcès, après la fin de la suppuration pulmonaire.

(J. Barbier et J. Vallier. Abcès du poumon et tuberculose. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1937.)

Dans l'appendicite aiguë chez l'enfant la solution la meilleure n'est pas basée sur une comptabilité d'heures ou de jours, mais sur l'observation des signes cliniques.

Première éventualité. — Au quatrième, cinquième, sixième jour d'une crise les symptômes tant locaux que généraux sont bons. Il y a tout intérêt a opérer sans attendre, car de deux choses l'une : ou les lésions correspondent aux symptômes, c'est-à-dire sont insignifiants et tout se passera bien ; ou il y a discordance entre les symptômes rassurants et des lésions sérieuses et il faut se hâter d'intervenir.

Deuxième éventualité. — Dans les cinq ou six premiers jours d'une crise appendiculaire, il faut intervenir quand les symptômes ne sont pas rassurants et qu'il y a une masse dans la fosse iliaque droite. Mais il est indispensable d'opérer avec une prudence extrême.

Troisième éventualité. — Dans l'éventualité d'un plastron bien constitué, vers le septième ou huitième jour, avec symptômes rassurants, il n'y a pas lieu d'intervenir systématiquement.

Ces éventualités ne concernent que la question si controversée de l'intervention après 48 heures.

(Bodart. De l'appendicite aiguë chez l'enfant. Réflexions sur le traitement. *Revue Médicale de Nancy*, 1er mai 1937.)

En principe, toutes les lésions salpingo-ovariennes peuvent simuler l'appendicite.

Le plus souvent, au cours d'une crise douloureuse abdominale, c'est le diagnostic d'appendicite qui est porté par le médecin qui voit le premier la malade ; de son côté le chirurgien, qui a la hantise de laisser évoluer une appendicite aiguë, intervient le plus souvent d'urgence.

Ce diagnostic est surtout basé sur le siège de la douleur pouvant exister sans lésion de l'appendice.

(Hamant et Grimault. Les fausses appendicites chez la femme. *Revue Médicale de Nancy*, 15 avril 1937.)

Le syndrome de la tuberculose inflammatoire de l'adolescent comprend différents groupements : anémie et albuminurie ; hypertrophie thyroïdienne et signes apexiens ; ce dernier peut s'enrichir d'un troisième élément (adénopathies) et même d'un quatrième (cypho-scoliose). Il est parfois donné de rencontrer groupés les symptômes précédents au grand complet.

Ce syndrome, qui n'existe ni chez l'enfant ni chez l'adulte, paraît conditionné par le stade d'évolution de l'adolescence.

La présence de l'association clinique des symptômes précédents et, parmi eux, la présence de signes reconnus unanimement comme relevant de l'infection tuberculeuse, doit faire considérer ce syndrome comme d'origine incontestablement tuberculeuse et correspond à la tuberculose inflammatoire de Poncet et Leriche.

(A. Pic et M. Piéry. Le syndrome de la tuberculose inflammatoire à localisations multiples de l'adolescence. *Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1937.)

Dans deux cas de lupus tuberculeux la guérison a été obtenue par des expositions au soleil, associées à la diathermo-coagulation.

La cicatrice obtenue est aussi belle que celle donnée par la finsenthérapie.

(Lépinay. Traitement du lupus tuberculeux par le soleil associé à la diathermo-coagulation. *Maroc Médical*, 15 avril 1937.)

J. Lafont.

Echos et Glanures

Pie XI et l'Histoire de la Médecine. — Pie XI à prononcé ou écrit plusieurs fois sur la médecine et les médecins des paroles que le R. P. Michel Riquet rapporte dans le dernier numéro des *Cahiers de Laennec* (avril-juin 1937). Voici l'allocution qu'il prononça lors du Congrès international d'histoire de la médecine en 1930 :

« Quand on parle d'histoire de la médecine, c'est bien le cas de répéter, en un sens vraiment privilégié, l'antique adage : « Historia Magistra vitæ. » Quand il s'agit d'une science, d'un art qui a avec la vie autant de rapports que la médecine, ordonnée par essence à l'amélioration, au prolongement, à la conservation de la vie vraiment on peut dire que, malgré les oscillations inévitables dans les choses humaines, elle a une trajectoire toujours lumineuse, depuis l'empirisme des papyrus égyptiens et des tablettes à caractères cunéiformes, jusqu'à ces découvertes, à ces procédés qui constituent aujourd'hui ses plus hautes gloires. Si, en général, l'histoire est maîtresse de vie, il est pourtant par trop vrai que la discipline pratique, l'obéissance docile et cohérente à son enseignement, font souvent défaut ; car — on l'a bien dit — en fait d'erreurs, on préfère les siennes à celles des autres ; tandis que si on suivait fidèlement les enseignements de l'histoire, il serait facile, tout en restant exposé à commettre des erreurs, d'éviter au moins celles que d'autres ont déjà commises.

« On doit reconnaître que, dans la science médicale, l'histoire a été, dans une mesure exceptionnelle, maîtresse de vie, la médecine ayant toujours particulièrement tenu compte de l'expérience du passé.

« Mais il y a une autre raison pour laquelle, Nos très chers fils, vous êtes plus encore les bienvenus : parce que l'histoire de la médecine, non seulement vous l'étudiez et la cultivez, mais encore vous la faites vous-mêmes. Vous les écrivez, vous les belles pages, vous qui dévouez voter vie, votre activité, à la très noble étude, à l'exercice de la médecine, vous et tous vos amis et confrères, par ce beau et bienfaisant travail qu'est la pratique consciencieuse et scientifique de l'art médical.

« Comment, parlant de l'histoire de la médecine, pourrions-Nous ne pas rappeler ces belles pages à la création desquelles Nous avons assisté en personne, depuis les triomphants succès de Pasteur jusqu'aux batailles si bien menées contre la maladie du sommeil, contre tant de maladies infantiles, et à présent, paraît-il encore, contre le cancer et les maladies pulmonaires ! Nous Nous souvenons d'avoir assisté, à l'Institut Lombard des sciences et lettres, à la magnifique conférence dans laquelle son associé, le Docteur Forlanini avec sa simplicité caractéristique, lut ses pages admirables sur la thoracenthèse. Et Nous pensons que beaucoup parmi vous ont pu et pourraient dire ces paroles si modestes en apparence, mais si glorieuses et fières, que prononça Pasteur : « Nous avons reculé de quelques pas les frontières de la mort », une des formules les plus fières qu'il ait jamais été permis à l'homme de prononcer. Ces paroles, vous pouvez les prononcer, Nous vous en félicitons vivement.

« Encore une fois de plus, chers fils, vous êtes les bienvenus, parce que Nous avons toujours vu et aimé à voir un certain rapport particulier entre Notre œuvre à Nous, et l'œuvre des médecins. Dans le Ministère sacerdotal, — (qui demeure toujours substantiellement le même qu'au premier jour de Notre sacerdoce, encore que la divine Providence ait voulu depuis en élargir formidablement les responsabilités) — Nous avons toujours expérimenté cette affinité qui provient de l'indivisibilité (inscidibilita) du composé humain, en vertu de laquelle le Ministère sacerdotal qui va aux âmes ne peut manquer de tenir compte aussi du corps ; tandis que le Ministère du médecin, tout en visant directement le corps, ne peut éviter d'atteindre en quelque manière jusqu'aux âmes.

« Que de fois dans l'exercice de Notre ministère l'avons-Nous expérimenté, grâce à l'amitié que Nous avons eue avec des médecins illustres. Que de fois l'influence toute silencieuse du méde-

cin a précédé le ministère du Prêtre, même en ce qu'il a de plus proprement et spécifiquement sacré. Et que de fois Nous sommes-Nous entendu dire par des médecins, que notre Ministère sacerdotal avait eu une efficience même physique, parce que la tranquillité de l'âme se réfléchit jusque dans le corps.

« Nos chers fils qui sont ici le savent bien, car leur présence, leur filiale démarche, suffisent à dire qu'ils ne sont pas de ceux qui considèrent l'être humain comme une monade ou un monisme purement matériel. Ils pensent que s'il était chirurgien et grand chirurgien, il n'était pas philosophe celui qui disait ne pas croire à l'âme, parce qu'il ne l'avait pas trouvée sous son bistouri ; comme il n'était pas philosophe non plus l'astronome qui disait ne pas croire en Dieu, parce qu'il ne l'avait pas vu dans son équatorial. Vous estimez, au contraire, que l'homme, cette magnifique unité humaine, est quelque chose de plus que la pauvre, la pesante, la limitée matière ; et que prendre la vie humaine avec ses affections et ses besoins, avec ses grandeurs et ses misères, pour une simple masse de matières encore qu'admirablement organisée, c'est faire comme ceux qui prétendent réduire la question sociale (on l'a malheureusement dit), à une question de faim, d'appétit et d'estomac. Il y a là bien d'autres choses qui dans ce matériel ont une infinie prépondérance.

« Nous voulons encore vous féliciter parce que, « in capite libri » du programme de votre Congrès, — qui est une autre belle page de l'histoire de la médecine, — nous avons vu le portrait de Léonard de Vinci. Nous avouons qu'à première vue Nous Nous sommes demandé ce que cette célébrité avait à faire dans votre Congrès. Mais, il nous suffit d'un moment de réflexion pour Nous rappeler ces magnifiques dessins d'anatomie qu'on a tant de raison d'envier au Musée de Windsor — et si bien édités aussi par le brave encore qu'infortuné Piumati ; dessins d'art magnifiques, qui entrent dans la science anatomique et y laissent traces de beauté, grâce à leur valeur d'observation, car ces dessins ne sont pas faits d'imagination ils furent pris sur le vif, comme on ferait aujourd'hui dans les cabinets scientifiques.

« Et Léonard de Vinci conclut ces dessins et les notes qui les accompagnent (pardonnez-Nous d'insister sur lui, comme peut le faire qui se souvient d'avoir gardé pendant tant d'années l'œuvre plus importante de cet homme illustre : le « Codex Atlantivus »), il conclut son chef-d'œuvre insurpassé et insurpassable — (parce que jusqu'à présent on n'a vu et peut-être ne verra-t-on jamais homme qui dessine comme Léonard de Vinci, car on peut dire que chez lui toute chose se transforme en dessin) — il conclut donc par cette magnifique pensée digne non seulement de l'artiste, mais aussi du grand et sublime penseur : « Quel crime et quelle offense au Créateur de faire violence à son œuvre si admirable Qual delitto e quale offesa al creatore, portare violenza a quest opera sua cosi mirabile ». Ainsi Léonard conclut son livre sur l'anatomie humaine, et cette parole de foi rappelle un passage de son testament, très bref, mais qui ne pouvait mieux résumer ses idées sur Dieu, sur l'immortalité de l'âme et sur les destinées éternelles de l'homme : « Je laisse, écrit-il, tant (Nous ne Nous rappelons pas exactement le nombre) de messes en suffrage pour mon âme ». On ne pouvait dire de manière plus simple, plus résumée tout ce que la doctrine chrétienne enseigne sur Dieu, les destinées de l'âme et les moyens de salut confiés par Dieu à son Eglise. »

Vers quel avenir s'oriente la médecine française ? — *M. le Docteur Léon Tixier, dans* Courrier Royal (26 juin 1937) :

— Professionnellement : les grosses situations sont finies. Nous réalisons, aujourd'hui, le dixième de ce que faisaient nos prédécesseurs, avec les mêmes titres.

« L'avenir me semble excellent à la campagne. Dans les villes, la concurrence joue sévèrement.

« Scientifiquement : avenir proportionnel à ce qu'il a toujours été. Tous les cinquante ans, un homme de génie donne une impulsion nouvelle. Pasteur a permis à la médecine de faire en quarante ans des progrès immenses. Au bout de ceux-ci, la pause. Nous attendons l'impulsion nouvelle. D'où nous viendra-t-elle ? Je l'ignore. Peut-être Leriche, de Strasbourg, découvrira-t-il quelque chose !

« Néanmoins, nous pouvons affirmer que la médecine est en gros progrès. »

« Soixante-sept bacheliers en 1810, dix-neuf mille cinq cents candidats en 1937 ; entre ces deux chiffres, suffisamment éloquents par eux-mêmes, s'inscrit toute l'histoire du bachot. » (Georges Girard. — *Le Figaro littéraire*, 3 juillet 1937.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

La Vie. Caractère. Maintien. Transmission. Tome IV de l'*Encyclopédie française*. Société de l'Encyclopédie, 13, rue du Four, Paris.

Tous les aspects de la vie, tous les problèmes qu'elle soulève sont l'objet, partout, de recherches de plus en plus nombreuses : près de cent-mille travaux leur sont consacrés chaque année. Où nous mènent-ils ? Quelles réponses permettent-ils de donner aux grandes questions que pose l'étude de la vie ? Le volume IV de l'*Encyclopédie française* en présente l'exposé, écrit, sous la direction d'André Mayer, professeur au Collège de France, par des savants qui contribuent eux-mêmes aux progrès de la biologie.

C'est la place de la vie sur la planète qui est d'abord étudiée. Comment contribue-t-elle à en maintenir ou à en modifier l'aspect ? Comment édifie-t-elle des continents ? Comment maintient-elle la composition de l'atmosphère ? Comment entraîne-t-elle dans des cycles grandioses des masses énormes d'éléments comme le carbone et l'azote ?

Puis ce sont les caractères mêmes de la vie. Cette force si puissante est l'apanage de systèmes de l'ordre de grandeur du millième de millmètre : la plus grande masse des êtres vivants est invisible. Les centaines de milliers de végétaux, d'animaux différents que nous voyons sont eux-mêmes composés d'éléments invisibles, les cellules. Comment ces éléments sont-ils faits ? Quelle est leur composition, quelles sont les conditions de leur existence ? Quelles sont leurs propriétés fondamentales, que sont les propriétés mêmes de la vie ? Comment agissent-ils, comment accomplissent-ils des mouvements, des transits, des dégradations, des synthèses ?

Ces éléments s'associent et forment des architectures compliquées. Les végétaux, les animaux ont une organisation inégalement complexe. Qu'est-ce que cette organisation ? Quelles sont ses lois ? Comment peuvent subsister les formes supérieures de la vie, comme l'organisme humain ? Comment, dans un tel organisme, les activités des diverses parties sont-elles coordonnées, comment sont-elles harmonisées, intégrées en un tout ? C'est le fait des grands mécanismes : le mécanisme de régulation humoral ; le système hormonal et les hormones ; le système nerveux. Où en est-on de leur étude ?

Comment, grâce à ces mécanismes, malgré l'action du milieu, les organismes se maintiennent-ils pareils à eux-mêmes, au prix de travaux incessants ? Comment conservent-ils leur composition grâce à la nutrition ? Comment maintiennent-ils leur structure ? Comment la croissance des tissus, la cicatrisation, la régénération se font-elles ? Comment tous ces phénomènes sont-ils réglés dans un organisme normal ? et qu'est-ce qu'un organisme normal ? Quelles différences y a-t-il entre les organismes animaux et végétaux ?

La vie ainsi entretenue, est-il possible de la suspendre, de la modifier ? Quels moyens d'action avons-nous sur les êtres vivants ? Comment agissent sur eux les radiations, les poisons, les médicaments ? Comment se défendent-ils contre la maladie ? Qu'est-ce que la vieillesse et la mort ?

Et enfin, comment les êtres vivants, végétaux, animaux, se reproduisent-ils ? Qu'est-ce que l'œuf, le développement de l'embryon, la gestation la parturition ? Comment les caractères héréditaires se transmettent-ils ?

Voilà quelques-unes des questions qui sont abordées dans cet ouvrage, avec le souci de dire très simplement ce qu'on sait, ce qu'on ignore d'elles; de donner l'image aussi vraie que possible du mouvement de pensées qu'elles suscitent.

Traité pratique de Curiethérapie : 1er volume : *Généralités sur le radium et sur la curiethérapie du cancer*, par les Docteurs P. Degrais et A. Bellot, 1937, 1 vol. gr. in-8°, 160 pages, 36 fig. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). Prix : 36 francs.

Les auteurs ont fait un véritable Traité de curiethérapie dans lequel toutes les découvertes ont été minutieusement étudiées afin que le lecteur puisse en tirer le plus grand profit possible.

En raison de cette extension du sujet, l'ouvrage a été divisé en quatre volumes dont le premier comprend à lui seul les généralités sur le radium et sur la curiethérapie du cancer.

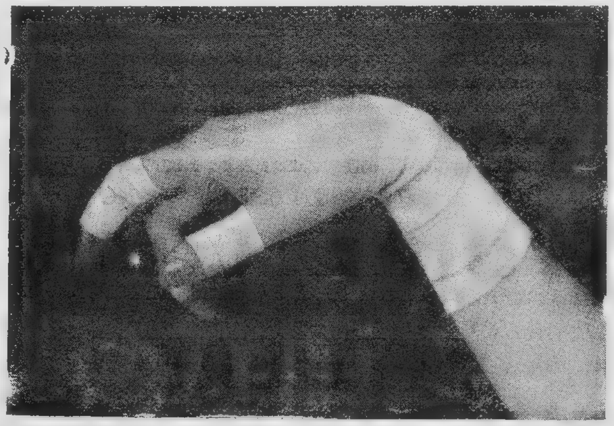
Oxygénothérapie et Carbothérapie. *Bases physiologiques. Applications cliniques. Techniques*, par L. Dautrebande. Un volume de 300 pages : 35 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans le présent volume, le professeur Dautrebande apporte les résultats de son expérience dans un domaine malheureusement trop peu connu des médecins de langue française : l'oxygénothérapie et la carbothérapie.

Un livre que le physiologiste lira avec le même profit que le médecin ou que le chirurgien, mais que doivent aussi posséder toutes les formations de secours du temps de paix et du temps de guerre.

La mortalité à Paris et dans le département de la Seine, par G. Ichok. Préface de Henri Sellier. Un volume de 227 pages. Edition de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne. Paris 1937. Prix : 50 francs.

Les 83 figures et 69 tableaux de l'ouvrage permettent d'avoir une image aussi complète que possible de la mortalité à Paris et dans le département de la Seine. Les chiffres sont étudiés par commune et par arrondissement, de telle sorte que l'on se trouve en face d'un guide qui doit attirer l'attention sur les principaux points de la campagne d'assainissement. Comme le montrent les divers chapitres, les solutions à apporter ne sont pas simples, mais il est indispensable de les envisager aussi objectivement et aussi clairement que le fait l'auteur. M. G.



Le Gérant : Dr Victor GENTY — CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville | LE NUMÉRO : 50 Centimes | N° 30 — 24 JUILLET 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE | PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laënnec : 42, rue de Sèvres. Dispensaire Léon-Bourgeois : 65, rue Vaneau.) — *Cours de perfectionnement.* — Chaque matin de 10 heures à midi, leçon et présentation de malades à la salle de conférences de la Clinique par M. le Professeur Fernand Bezançon, avec la collaboration de MM. Paul Braun, Azoulay, Triboulet, Delarue, André Meyer, Chadourne, Cachin ; de MM. Lardennois et Monod pour la partie chirurgicale ; et de MM. Bloch et A. Soulas pour la partie laryngo-bronchoscopique. Première série du 19 au 31 juillet ; deuxième série du 30 septembre au 2 octobre.

PROGRAMME. — Lundi 19 juillet, lundi 20 septembre : Les méthodes nouvelles de recherches du bacille de Koch (Prof. BEZANÇON, Docteur BRAUN) ; Séparation des airs et des sécrétions. Examen histo-bactériologique et fonctionnel (Docteur BRAUN).

Mardi 20 juillet, mardi 21 septembre : Présentation de malades. Discussion médico-chirurgicale.

Mercredi 21 juillet, mercredi 22 septembre : Les débuts de la tuberculose. La notion de tramite (Prof. BEZANÇON).

Jeudi 22 juillet, jeudi 23 septembre : Complications du pneumothorax artificiel (Docteur BRAUN) ; Sections de brides (Docteurs TRIBOULET et A. MEYER) ; Lavages de plèvre (Docteur CHADOURNE).

Vendredi 23 juillet, vendredi 24 septembre : Indications et technique opératoire de divers modes de collapsothérapie chirurgicale. Thoracoplasties partielles (Docteur MONOD).

Samedi 24 juillet, samedi 25 septembre : Technique radiologique. Tomographie (service du Docteur Maingot) (Docteur MAINGOT) ; Lipiodolo-diagnostic (Docteur AZOULAY) ; Technique laryngo-bronchoscopique (service du Docteur Bloch) (Docteurs BLOCH et SOULAS).

Lundi 26 juillet, lundi 27 septembre : Les formes dites pneumoniques. Les aspects granités. La question de la granulie froide, granité post-hémoptoïque (Prof. BEZANÇON).

Mardi 27 juillet, mardi 28 septembre : Dilatation des bronches. Abcès du poumon. Cancer du poumon (Prof. BEZANÇON et Docteur AZOULAY) ; Présentation de malades. Discussion médico-chirurgicale.

Mercredi 28 juillet, mercredi 29 septembre : Notions générales d'anatomie pathologique. Présentation de pièces (Docteur DELARUE).

Jeudi 29 juillet, jeudi 30 septembre : Les formes fibreuses de la tuberculose. Tuberculose et emphysème. Les hémoptysies (Prof. BEZANÇON).

Vendredi 30 juillet, vendredi 1er octobre : Indications et technique opératoire. Pneumothorax extra-pleural (*suite*) (service du Docteur Lardennois) (Docteur MONOD).

Samedi 31 juillet, samedi 2 octobre : Le rôle et l'orientation du Dispensaire. Importance de la prophylaxie. Rôle éducateur du médecin (Prof. BEZANÇON et Docteur BRAUN).

Les droits d'inscription sont de 100 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Clinique médicale de la Pitié.— M. A. Clerc, MM. Aubertin et Mouquin, M. Lenègre, MM. Sterne et B. Zadoc-Kahn, feront du lundi 23 août au samedi 28, un cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux, selon le programme ci-joint :

Lundi 23 août, M. STERNE : Les nouveaux sympathicolytiques de synthèse (Benzodioxans) en thérapeutique cardio-vasculaire. — Mardi 24 août, M. MOUQUIN : Evolution et traitement de l'infarctus myocardique. — Mercredi 25 août, M. ZADOC-KAHN : Le cœur dans la diphtérie. — Jeudi 26 août, M. AUBERTIN : Thrombose des oreillettes. — Vendredi 27 août, M. LENÈGRE : Théories actuelles de l'hypertension artérielle. — Samedi 28 août, M. A. CLERC : Evolution de la dissociation auriculo-ventriculaire.

Les cours auront lieu à 10 h. 30, à l'hôpital de la Pitié, service 6, salle des cours. Après chaque conférence, causerie pratique. Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi) à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Faculté de médecine de Lyon. — *Concours du clinicat.* Sont nommés :

Chef de clinique médicale (Prof. Savy) : MM. Jeune et Riou.
Chef de clinique chirurgicale (Prof. Tixier) : M. Charton.
Chef de clinique infantile (Prof. Mouriquand) : Docteur Wenger.
Chef de clinique ophtalmologique (Prof. Bonnet) : Docteur Bonnamour.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, du Professeur Georges PORTMANN, donné à Paris (hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière), du jeudi 21 octobre au mercredi 27 octobre 1937 avec la collaboration des Docteurs J. AUZIMOUR, CHABERT et Paul LEDUC.

PROGRAMME, — Jeudi 21 octobre, 9 h. 30 : Indications techniques et résultats de la laryngectomie totale. — 15 heures : Les otites aiguës. — 16 heures : Sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 22 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde. Anatomie, pathologie. — 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 23 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde. Anatomie, pathologie, chirurgie. — 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 25 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial. — 15 heures : Amygdales. Anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 26 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques. — 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 27 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx. — 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — Nous rappelons à nos lecteurs que les adhésions au Congrès international de l'insuffisance hépatique sont reçues au Secrétariat général du Congrès : 24, boulevard des Capucines, Paris (IXe), jusqu'au 1er août.

Parmi les questions qui seront étudiées au cours de cette importante manifestation médicale celle de l'explorationfonctionnelle de l'insuffisance hépatique retiendra certainement l'attention. Un intéressant rapport est présenté à ce sujet par le Professeur Glæssner, de Vienne.

Cette question du diagnostic fonctionnel, quoique bien vieille, est toujours d'actualité. Depuis l'épreuve de la glycosurie alimentaire de Colrat succédant aux travaux de Claude Bernard, physiologistes et cliniciens cherchent à diagnostiquer les déficits cellulaires hépatiques et à en mesurer l'importance. Tous les jours de nouvelles épreuves sont proposées dont beaucoup, passées au crible de la critique des chercheurs de tous pays, retombent bien vite dans l'oubli. Cependant, peu à peu, de ce colossal effort collectif et continu, de la comparaison des résultats obtenus par physiologistes et cliniciens, se dégagent un certain nombre de faits précis et indiscutables.

Du congrès consacré à l'étude de l'insuffisance hépatique naîtra sans doute un accord entre les savants de tous les pays qui y prendront part.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. (25, boulevard Saint-Jacques, Paris-XIVe). — *Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* — Seizième session, novembre 1937 (quatorze leçons), du 15 au 20 novembre 1937, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), et à la clinique Baudelocque.

PROGRAMME. — Première leçon, M. le Professeur GOUGEROT, lundi 15 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. — Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. — Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

Deuxième leçon, M. le Professeur GOUGEROT, lundi 15 novembre, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier: Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

Troisième leçon, M. le Docteur MILIAN, mardi 16 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. — Modes de contamination.

Quatrième leçon, M. le Docteur Marcel PINARD, mardi 16 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Les modes de traitement de la syphilis.

Cinquième leçon, M. le Docteur JANET, mercredi 17 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. — Moyens de diagnostic.

Sixième leçon, Mme GETTING, mercredi 17 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. — Devoirs de l'assistante sociale.

Septième leçon, M. le Docteur MILIAN, mercredi 17 novembre à 11 h. 30, à l'I. A. F. : La syphilis occulte.

Huitième leçon, M. le Docteur Marcel PINARD, mercredi 17 novembre, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. — Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. — Rôle de l'assistante sociale.

Neuvième leçon, M. le Docteur Robert RABUT, jeudi 18 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. — Œuvres de protection et de relèvement.

Dixième leçon, M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, jeudi 18 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Histoire de la syphilis.

Onzième leçon, M. le Docteur Pierre FERNET, vendredi 19 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédosyphilitiques.

Douzième leçon, M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLLES, vendredi 19 novembre à 10 h. 45 à l'Institut Alfred-Fournier : Syphilis familiale. — Les enquêtes dans les familles.

Treizième leçon, M. le Professeur GOUGEROT, samedi 20 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

Quatorzième leçon, M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES, samedi 20 novembre, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. — Examen prénuptial.

Visites du musée de l'hôpital Saint-Louis. Deux visites auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Docteur Brodier, le jeudi 18 novembre, à 16 heures, et le samedi 20 novembre, à 14 h. 30.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe), le plus tôt tôt possible. Une carte d'admission strictement personnelle sera délivrée.

Droit d'inscription : 10 francs. Numéro compte chèque postal 627.00.

XXVe Congrès français de médecine, à Marseille (du 26 au 28 septembre 1938). — Ordre du jour et les noms des rapporteurs.

Les spirochétoses ictérigènes. — Les formes ictériques, par le Professeur Juges MONGES et Jean OLMER (de Marseille). Les formes anictériques, par le Professeur agrégé Jean TROISIER (de Paris). — Les spirochétoses dans la France d'Outre-Mer, par BORDES et RIVOALEN, professeurs agrégés du Service de santé colonial.

Les hypochlorémies. — Le chlore considéré au point de vue physiopathologique, par le Professeur AMBARD (de Strasbourg). — Les hypochlorémies médicales, par le Docteur MACH (de Genève). — Les hypothlorémies du point de vue chirurgical, par le Professeur MAYER, le Professeur BIGWOOD et VAN DOOREN (de Bruxelles).

La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte. — Introduction à la thérapeutique des avitaminoses, par le Professeur MOURIQUAND (de Lyon). — Thérapeutique des avitaminoses A, par le Professeur CHEVALLIER (de Marseille). — Thérapeutique des avitaminoses en pathologie coloniale (béribéri, sprue), par le Professeur TOULLEC et le Docteur RIOU (d'Hanoï). — Thérapeutique de la pellagre, par le Privat docent NITZULESCU (de Jassy). — Thérapeutique des avitaminoses du type scorbutigène, par le Professeur agrégé GIROUD et LEBLOND (de Paris). — Thérapeutique des avitaminoses D et E, par le Professeur WILDSTEADT (Copenhague).

Seules seront admises les communications ayant trait à ces sujets.

Congrès international d'ophtalmologie (Le Caire, 8 au 15 décembre 1937). — A l'occasion de ce Congrès qui se tiendra au Caire du 8 au 15 décembre 1937, différents voyages en Orient seront organisés, au départ de Marseille, le 3 décembre 1937.

Le prix de ces voyages vient d'être sensiblement réduit.

Le programme détaillé de ces différents voyages sera envoyé gratuitement sur demande adressée au Bureau des croisières et voyages médicaux, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav, Bruxelles).

Les personnes désireuses de prendre part à l'un de ces différents voyages ont intérêt à se faire connaître le plus tôt possible,

les meilleures cabines étant naturellement réservées aux premiers adhérents.

Les médecins non-ophtalmologistes pourront, dans la limite des places disponibles, s'inscrire à l'un des voyages susvisés, pour autant que leur demande soit agréée par le Conseil international d'ophtalmologie, mais ils ne pourront naturellement pas prendre part aux travaux proprement dits du Congrès.

Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour neuf places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 25 octobre 1937.

Le nombre des places mises au concours pourra si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e Bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 28 août au 11 septembre 1937 inclus.

Exposition de projets pour dispensaires du rhumatisme. — Au cours du Congrès du rhumatisme et de balnéologie de la Ligue internationale contre le rhumatisme et de la Ligue internationale d'hydrologie médicale (I. S. M. H.) qui se tiendra à Oxford en mars 1938, sera organisée une exposition de projets (dessins, plaquettes, etc.) pour dispensaires de rhumatisants. Si l'intérêt manifesté par les comités nationaux le permet, quelques récompenses avec prix seront proposées.

Pour tous renseignements on peut s'adresser au secrétaire de la Ligue internationale, Docteur J. van Breemen, 489, Keizersgracht, Amsterdam.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Le médecin lieutenant-colonel Renoux, des troupes du Levant, à l'hôp. Maillot, à Alger.

Les médecins commandants Eysseric, du 19e corps d'armée, à l'hosp. mixte d'Amiens ; Odier, des troupes de Tunisie, au 109e d'art.

Les médecins capitaines Dufloz, du 15e chas. alp., à la place de Barcelonnette ; Bergondi, de l'hôp. Desgenettes à Lyon, à la place de Peira-Cava ; Merlin-Lemas, du 14e d'inf., aux troupes du Maroc ; Soulier, du 5e étrang., au 113e d'art. ; Marty, du 109e, au 182e d'art.

Les médecins lieutenants Ory, du 11e chas. à cheval, au 4e d'art. ; Pechoux, du 99e d'inf., au 15e bat. de chass. alp. ; Fourgeau, du 107e d'inf., au 502e chars ; Sillion, du 71e d'art. aux troupes de Tunisie ; Flottes, du 7e génie, au 505e chars ; Rabauté, du 4e d'inf., au 106e d'art. ; Courchinoux, du 91e d'inf., au 363e d'art. ; Sabatier, du 15e chas. alp., au 14e d'inf. ; Castel, du 7e chas. alp., au 99e d'inf.

— Par décision du 9 juillet 1937, sont nommés « assistants des hôpitaux militaires », les médecins capitaines de l'armée active.

Section de médecine : M. Jacquier (Jean), du 1er bataillon de dragons portés, Val-de-Grâce ; M. Lacroix (Jean-François-Louis), médecin adjoint à l'Ecole du service de santé militaire hôpital, Desgenettes ; M. Grégoire (Jules-Jacques-Désiré), du 151e rég. d'artillerie lourde, hôpital Desgenettes ; M. Grumbach (Lucien), du 100e rég. d'artil. lourde, Val-de-Grâce ; M. Pagès (François-Victor), de la base aérienne de Reims, Val-de-Grâce.

Section de chirurgie : M. Poncelet (Jacques-Joseph-Julien), des troupes du Maroc, hôpital Desgenettes ; M. Boron (René-Henri-Eugène), du 510e rég. de chars de combat, Val-de-Grâce ; M. Cousty (André-Louis-Pierre), Val-de-Grâce ; M. Serny (Raymond), du 4e rég. de cuirassiers, Val-de-Grâce ; M. Tribier (France-Léon-Joseph), du 8e rég. de zouaves, hôpital Desgenettes.

Section d'électro-radiologie : M. Hubert, (Jean-Victor-Pierre), de la base d'aérostation d'Epinal, hôpital Desgenettes ; M. Jammes (Amédée-Abdon-Jacques), du 150e rég. d'infanterie, Val-de-Grâce ; M. Cornilliet (André-Félix-Gilbert), du 1er rég. d'infanterie, Val-de-Grâce ; M. Rouquet (Fernand-Marcel-Antoine), du 31e rég. de dragons, Val-de-Grâce ; M. Cazeilles (Marcel-Jacques-Thomas), du 16e bataillon de chasseurs à pied, hôpital Desgenettes.

Ces officiers rejoindront leur nouvelle affectation le 1er octobre 1937.

Ministère de la Guerre. — Le *Journal officiel* du 7 juillet 1937 publie un *avis de concours* pour l'admission à l'emploi de

médecin sous-lieutenant et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active (troupes métropolitaines). Ce concours s'ouvrira le 6 décembre 1937. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du Service de santé du ministère, 1er bureau, ou aux directeurs du Service de santé des régions.

— Sont promus ou nommés :

Au grade d'officier : Maratuech (Léon-Célestin), médecin lieutenant-colonel à la 15e région ; Boisseau (André-Jean-Lucien), médecin commandant au 19e corps d'armée ; Lucien (Maurice-Charles-Camille), médecin lieutenant-colonel à la 200e région ; Hanns (Antoine-Alfred), médecin commandant à la 20e région ; Laurent (Georges-Alexandre-Charles-Joseph), médecin commandant à la 5e région ; Lacoste (Charles), médecin commandant à la 18e région ; Collin (Léon-Philibert), médecin commandant à la disposition du Service de santé de la 15e région ; Renaud (Henri-Paul-Joseph), médecin lieutenant-colonel aux troupes du Maroc ; Jeanty (Paul-Alexis-Joseph), médecin commandant à la 9e région ; Guibe (Joseph-Maurice), médecin lieutenant-colonel à la 3e région ; Chon (Henri-Lucien), médecin lieutenant-colonel à la 4e région ; Dupont (Maurice-Edouard-Louis), médecin lieutenant-colonel à la région de Paris ; Courcoux (Alfred-François-Marie), médecin lieutenant-colonel à la 4e région ; Pietkiewicz (Valérien-Beleslas), médecin commandant à la région de Paris ; Simonin (Maurice-Léon), médecin commandant à la région de Paris ; Loygue (Pierre-Gaston), médecin commandant à la 2e région ; Chalot (Georges-Félix-Paul-Emile), médecin commandant à la 17e région ; Salomon (Jean-Alexandre), médecin commandant à la 17e région ; Lexa (Marcel-Emile), médecin colonel à la 3e région ; Van Vyve (Jules-Gustave), médecin lieutenant-colonel à la 6e région ; Brunhammer (Fernand-Eugène), médecin commandant à la 7e région ; Noirclaude (Joseph-Paul-Fernand), médecin lieutenant-colonel à la région de Paris.

Au grade de Chevalier : Bonnis (René-Emile), médecin capitaine à la 15e région ; Pollet (Marcel-Justin-Henri), médecin capitaine, 1re région ; Guillot (Paul-Joseph-Achille), médecin capitaine, 14e région ; Girard (Michel-Claude-Marie), médecin capitaine, 14e région ; Guichard (André-Marie-Louis-Martin), médecin capitaine, 13e région ; Hours (Pierre-Paul), médecin capitaine à la 13e région ; Mickaniewski (Witold-André), médecin capitaine à la disposition du général commandant supérieur des troupes du groupe de l'Indochine ; Malassez (Jean-Paul), médecin capitaine à la région de Paris ; Gelma (Eugène), médecin commandant à la 20e région ; Vaysse (Charles-Bernard-Antoine), médecin commandant à la 9e région ; Neyron (Joseph-Léon), médecin capitaine à la 15e région ; Badolle (Albert-Henri-Valentin), médecin capitaine à la 14e région ; Aymes (Gaston-Gaspard-Emile), médecin capitaine à la 15e région ; Pierret (René-Charles-Stanislas), médecin commandant à la 1re région ; Testard (Joseph-Etienne-François), médecin commandant à la 3e région ; Mandy (Louis-Claude), médecin capitaine à la 13e région ; Gilles (Léon-Adrien-Raymond), médecin commandant à la 17e région ; Jacob (Eugène-Marius), médecin commandant à la 14e région ; Looten (Jules-Edouard), médecin capitaine à la région de Paris ; Maire (Henri-Emile-François), médecin capitaine à la 14e région ; Halimbourg (Ernest), médecin commandant à la région de Paris ; Thibonneau (Louis-Maxime), médecin commandant à la région de Paris ; Poissonnier (Charles-Marie-Max), médecin commandant à la 2e région ; Boichut (Abel-Félix), médecin capitaine à la 8e région ; Tabet (Albert), médecin sous-lieutenant au recrutement de Marseille, anciennement au 1er rég. du génie, bureau de recrutement de Marseille ; Talichet (Jean-Marie-Joseph), médecin capitaine, 13e région ; Corcelle (Achille-Antoine), médecin capitaine, 18e région ; Dournel (Pierre-Louis-Auguste), médecin capitaine, 8e région ; Letorey (Georges-Octave-Ernest), médecin capitaine, 8e région ; Delaigue (Louis-Albert), médecin capitaine, 18e région ; Jacquemart (Pierre-Alfred-Armand), médecin capitaine, 5e région ; Poissonnier (Auguste-Frédéric-Alexandre), médecin capitaine, 2e région ; Chenet (Henri-Marcel), médecin capitaine, région de Paris ; Daiche (Robert-Edmond), médecin lieutenant à la 7e région ; Vivien (Victor-Auguste-Louis), médecin capitaine à la 4e région ; Usquin (Didier-Auguste-Michel), médecin capitaine à la 5e région ; Daniel (Pierre-Joseph-Marie), médecin capitaine à la 15e région ; Lelouch (Armand-Henri), médecin capitaine au 19e corps d'armée ; Cabantous (Georges-Camille-Armand), médecin capitaine à la région de Paris ; Poirier (Pierre-Marcel-Marie), médecin capitaine à la 4e région ; Legrand (Lucien-Julien-Philippe-Pierre-Louis), médecin commandant à la 4e région ; Lafon (Jules-Joseph-Edmond), médecin capitaine à la 9e région ; Vachez (Etienne-Louis-Marie-Eugène), médecin capitaine à la 9e région ; Bailleul (Léopold-Isodore-Victor), médecin commandant à la 4e région ; Laplaze (Jean-Marie-Noël), médecin capitaine à la 18e région ; Lebail (Edmond-Etienne-Ernest), médecin lieutenant à la 15e région ; Gaillard (Philippe-Albert-Henri), médecin commandant à la région de Paris ; Delor (Léopold-Louis-Jacques), médecin capitaine à la région de Paris ; Pujol (Etienne-Henri-Jean), médecin lieutenant à la 10e région ; Mage (Auguste-Marie-Louis), médecin capitaine à la 16e région ; Lepoittevin (Marcel-Marie-Joseph), médecin lieutenant à la région de Paris ; Devillebichot (Marie-Elisée-Léon-Auguste), médecin capitaine à la 8e région ; Noailles (Charles-Denis), médecin commandant à la région de Paris ; Boissard (Etienne-Victor-Joseph), médecin commandant à la région de Paris ; Simon (Léon-Alphonse), médecin capitaine à la région de Paris ; Audy (Xavier-Louis-Alphonse), médecin capitaine à la 5e région ; Eyssautier (Félix-Casimir), médecin capitaine à la 14e région ; Petit (Paul-Emile), médecin commandant à la région de Paris ; Brunet (Gaston), médecin lieutenant à la 9e région ; Roehrich (Alfred-Christian), médecin capitaine à la région de Paris ; Timal (Paul), médecin commandant à la 1re région ; De Mourgues (Pierre-Marie-Edouard), médecin capitaine à la 13e région ; Narcy (Charles-Joseph-Augustin), médecin capitaine à la région de Paris ; Munier (André-Eugène), médecin capitaine à la 20e région; Colleu (René-Henri-Jean-Baptiste), médecin capitaine à la 1re région ; Duval (André-Henri-Constant), médecin capitaine à la 8e région ; Dubos (René-François), médecin capitaine à la 3e région ; Barabeau (Jean-Pierre-René), médecin capitaine à la région de Paris ; Aujay de la Dure (Louis-Joseph-Edouard) médecin capitaine à la 13e région ; Delfourd (Jérôme-Augustin), médecin commandant à la 20e région ; Brabant (Emile-Eugène-Hubert-Joseph), médecincommandant à la 1re région ; Jourdan (Charles-Auguste), médecin capitaine à la 15e région ; Guinot (François-Etienne-Edgard), médecin capitaine à la 15e région ; Mansillon (Georges-Léon-Marie), médecin capitaine à la 13e région ; Magnes (Alexandre-Théodore-Germain-Abel), médecin commandant à la 16e région ; Lehucher (Marie-Joseph-Paul), médecin commandant des troupes de Tunisie; Andrieu (Maurice-Benoit-Charles), médecin capitaine, troupes du Maroc ; Regnier (Charles-Eugène-Gustave), médecin capitaine à la 8e région ; Bernard (Maurice Léon-Joseph), médecin capitaine à la 7e région ; Molbert (Jean-François), médecin lieutenant au 19e corps d'armée ; Creuzo-(Jean-Joseph), médecin capitaine à la 5e région ; Dupytout (Gabriel-Michel-Jean), médecin capitaine à la 9e région ; Arnaud (Simon-Bernard), médecin capitaine à la 15e région.




Peptogil
MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

Valeur pronostique du ralentissement du pouls radial pendant et après la transfusion sanguine pour hémorragie.

(Tranfusion dite de substitution ou de remplacement) (1)

Par **Max FOURESTIER**

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

La transfusion sanguine est entrée depuis quelques années dans l'usage thérapeutique courant. Elle est devenue une opération banale que tout médecin doit savoir faire et bien faire. Certes les problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine sont depuis longtemps précisés et on en trouvera une description minutieuse dans le livre de notre maître, M. le Docteur Tzanck (1). L'étude des transfusions difficiles a été l'objet de la thèse inaugurale de notre ami J. Dezoteux. Dans un article récent du *Bulletin Médical*, nous nous sommes permis de faire état d'une expérience déjà ancienne de transfuseur de garde pour donner quelques petits conseils pratiques sur la « technique » de la transfusion sanguine.

Mais à côté de ces problèmes théoriques et techniques de la transfusion sanguine, il en existe d'autres, moins bien étudiés à l'heure actuelle, surtout d'un point de vue clinique et pratique : ce sont ceux qui concernent les susceptibilités réactionnelles du transfusé.

Le dosage judicieux des quantités de sang à injecter, la découverte de tests directs ou indirects de tolérance, l'étude des indications ou contre-indications générales ont fait, certes, l'objet de recherches assez nombreuses. Il nous semble néanmoins que ces travaux manquent parfois de toute la précision souhaitée par le médecin praticien qui, confiant en son habileté technique, ignore ou a perdu le souvenir de certains mécanismes physio-pathologiques de la circulation sanguine. Bien plus, plusieurs de ces travaux (4) aboutissent à des conclusions que nous croyons pouvoir dire erronées. Des notions claires, simples et précises s'imposent pourtant dans la pratique courante ; et comme elles doivent représenter des indications pronostiques, il convient qu'elles soient indiscutables.

« A hémorragie massive, transfusion massive ; à hémorragie répétée, transfusion répétée ; à grand choc, petite transfusion ». Cet aphorisme de Tzanck doit être toujours présent à la mémoire quand on envisage, d'un point de vue général, les indications quantitatives de la transfusion sanguine. Il importe, en outre, au cours de l'acte opératoire, de savoir apprécier, pratiquement et rapidement, la tolérance du malade. L'indication de l'arrêt ou de la continuation de la transfusion, ne doit pas se baser uniquement sur des signes fonctionnels, d'interprétation délicate et forcément subjective.

L'apparition, en cours de transfusion, de céphalée, de douleurs lombaires, d'une sensation de chaleur générale avec rougeur de la face, d'une certaine gêne respiratoire, d'angoisse précordiale, représentent quelques-uns de ces troubles fonctionnels prémonitoires d'une intolérance plus ou moins manifeste.

KAPANDJI (4) insistait encore récemment sur la sensation de vertiges, d'étourdissement, éprouvée par certains malades ; il notait, comme signe d'alarme, l'inattention du transfusé aux questions posées et l'apparition d'un soupir soit léger, soit profond, unique, cette constatation devant momentanément faire surseoir à la transfusion.

Certes, cette symptomatologie fonctionnelle a sa valeur et il serait impardonnable de n'en point tenir compte dans l'évaluation du potentiel réactionnel du transfusé. Mais une longue expérience, qui porte sur plus de quinze-cents transfusions, nous a appris à connaître toute la relativité pronostique de ces signes d'alarme. Inconstants et de pronostic très variable, ils ne peuvent être chiffrés, donc comparés, et servir de bases sûres à l'établissement de quelques règles valables pour d'autres transf usions

Il est nécessaire, pour le dosage quantitatif d'une transfusion d'avoir à sa disposition un test direct, objectif, mesurable. Il est possible de le trouver dans l'étude de la fréquence du pouls, avant, pendant et après la transfusion.

Depuis plusieurs années, nous nous sommes astreints à noter la fréquence du pouls du receveur avant, pendant, immédiatement après la transfusion, ainsi que dix minutes après la fin de l'opération. Nous pensons, après cette longue expérience, que ce mode d'exploration de la sensibilité réactionnelle du malade transfusé est très utile et peut rendre de grands services non seulement dans la conduite de la transfusion mais aussi dans ses indications.

L'étude de la fréquence du pouls, au cours et après la transfusion, permet de régler le débit et la quantité de l'injection, et de prévoir, dans une certaine mesure, les réactions post-transfusionnelles du malade.

Ce renseignement simple, facile à obtenir, répond à la définition du test objectif de tolérance du transfusé qu'on est en droit d'exiger. Il ne nous a jamais paru en défaut. C'est le résultat de nos observations, concernant cette étude, que nous voudrions faire connaître ici, ainsi que quelques considérations très simples de physio-pathologie expérimentale, qui les expliquent ou tout au moins les éclairent en partie.

D'une façon générale, on peut dire qu'il y a deux sortes de transfusions :

1° La transfusion de remplacement ou de substitution, dans laquelle on se propose de remplacer tout ou partie de la masse sanguine perdue. Le type en est la transfusion pour hémorragie (hémorragies de la délivrance, hématémèses, etc....) ;

2° L'hémothérapie (au sens le plus général du terme), c'est-à-dire toutes les autres transfusions où l'on a moins en vue le remplacement d'une certaine quantité de sang perdu que l'espoir de préparer ou de modifier, par l'apport d'un sang frais, un terrain déficient.

Exemples : transfusions pré et post-opératoires (sans hémorragie) ; les transfusions pour anémie, purpura ; les immuno-transfusions, etc....

Non seulement le but de la transfusion, mais aussi la quantité de sang injecté sont différents dans l'un et l'autre cas : transfusions massives, proportionnelles, dans le premier ; transfusions petites et répétées dans le second.

Les malades du premier groupe ont plus ou moins perdu de sang, mais, en outre, présentent souvent un véritable état de shock. Ceux du second groupe, excepté les pyrexies ou les anémies graves, ont une capacité réactionnelle intacte, parfois très vive, souvent imprévisible.

Mais surtout, le volume de la masse sanguine dans un cas est plus ou moins diminué ; dans l'autre absolument normal.

Pour nous en tenir encore à des considérations générales, à peine est-il besoin de faire remarquer la variété des cas cliniques qui conditionnent l'accélération du pouls.

La fréquence du pouls s'accroît dans l'hémorragie, le choc, la réaction d'intolérance, la réplétion congestive de l'appareil circulatoire, dans l'émotion, dans la douleur, etc.... Comme le fait remarquer justement, Tzanck dans un autre de ses aphorismes qui tiennent lieu de conclusions à son ouvrage classique sur la transfusion : « Le pouls d'un malade ne renseigne pas sur l'importance de l'hémorragie, mais sur l'importance du collapsus qui peut être dû à d'autres facteurs ». Mais si, avant la transfusion, la fréquence du pouls ne représente qu'un des symptômes à interpréter pour l'établissement du diagnostic, on peut, par contre, affirmer qu'au cours et après transfusion, son étude précise est un temps capital de la surveillance du malade et donne des indications diagnostiques et pronostiques d'une valeur sinon absolue, du moins très grande.

Dans l'hémorragie, la tachycardie est la manifestation la plus importante de la crise de compensation cardio-vasculaire.

Marey a bien montré que, jusqu'à un certain point critique où elle disparaît pour faire place à un ralentissement de pronostic fatal à brève échéance, la tachycardie est proportionnelle à la baisse de la pression sanguine. Il semble bien que la diminution du tonus du centre cardio-inhibiteur soit la cause principale de l'accélération (Fredericq, Dawson, Wiggers). Les recherches d'Heymans et Ladon (5), sur la tête isolée d'un chien irriguée par le sang d'un autre chien, ont montré que la tachycardie post-hémorragique est une réaction d'inhibition réflexe dont le

(1) Travail du Centre de la transfusion sanguine d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine : Chef de service : M. le Docteur Tzanck.

point de départ est une impulsion à vacuo née dans l'appareil vasculaire, en particulier dans la région cardio-aortique.

Les travaux de Laubry et Tzanck sur les défaillances de la circulation de retour, primum movens, pour ces auteurs, des perturbations de l'hydraulique circulatoire, ont apporté une confirmation expérimentale nouvelle à ces notions de physiologie maintenant classiques. A la suite de l'hémorragie, au cours du choc, la stagnation du sang dans de véritables réservoirs ou lacs profonds (viscéraux, vasculaires), contribue à accentuer cette hypotension cardio-aortique, et, par voie réflexe, la tachycardie d'alarme ou de détresse.

La fréquence du pouls dans les transfusions pour hémorragies

La transfusion de substitution, par l'apport d'une masse sanguine proportionnelle ou équivalente à l'hémorragie, augmente la pression dans les zones réflexogènes cardiaques (à l'abouchement des grosses veines dans l'oreillette droite) : le tonus du centre cardio-inhibiteur s'élève : l'accélération du pouls diminue. Ce fait est journellement confirmé par la pratique de la tranfusion.

Dans les transfusions de remplacement, le pouls, initialement accéléré, doit toujours se ralentir au cours et après la transfusion. En voici quelques exemples :

	Quantité de sang injecté	Fréquence du pouls avant la transfusion	Pendant la transfusion	10 minutes après la tranfusion
Hématocèles	500 cc.	128	88	80
»	500 cc.	120	80	80
»	300 cc.	104	96	92
Hémorragies de la délivrance	600 cc.	132	116	90
»	500 cc.	120	92	92
Hématémèse	400 cc.	120	112	96

Ces quelques exemples suffisent. Ces modifications de la fréquence du pouls, toujours dans le même sens, se ressemblent quelle que soit la cause de l'hémorragie. Mais à une condition, c'est que la transfusion, judicieusement indiquée et correctement effectuée, ait parfaitement compensé la perte sanguine.

Si le pouls ne se ralentit pas, plusieurs éventualités sont à craindre ou à prévoir :

a) La transfusion n'a pas été assez importante. L'absence de renseignements précis sur les modalités de l'hémorragie ou une timidité thérapeutique moins excusable, ont fait injecter une quantité de sang nettement insuffisante. Le pouls conserve son même rythme ; on ne constate aucune diminution de sa fréquence.

En voici un exemple : Amputation de jambe après accident. Malgré la pose d'un garrot, le malade, à son arrivée à l'hôpital, a sûrement perdu une quantité de sang importante. Il est pâle, mais non shocké. Le pouls bat à 132. Après l'amputation, transfusion de 500 c. c. Le pouls ne se ralentit pas: 132, 128, 132. Quatre heures après, persistance d'un léger état syncopal. Le malade est toujours pâle, les lèvres sont décolorées, le pouls bat à 128. On pratique, à nouveau, une transfusion de 500 c. c. Le malade est transformé. Le pouls, 10 minutes après l'intervention, ne bat plus qu'à 108.

b) Autre éventualité : l'hémorragie continue. Dans ce cas, après le ralentissement momentané qui survient au cours de la transfusion, le pouls s'accélère à nouveau quelques minutes après l'intervention.

Nous avons souvenir d'une nuit de garde à l'Hôtel-Dieu où nous fûmes appelés pour une hématémèse très abondante. Plusieurs cuvettes sont remplies de sang. Le malade est manifestement cirrhotique. Après une première transfusion de 500 c. c., la fréquence du pouls décroît : 128, 120, 120. Les vomissements de sang continuent. Le pouls s'accélère à nouveau, dépassant le rythme initial : 136. Une autre transfusion de 500 c. c. est effectuée. Nouvelle diminution de la fréquence du pouls : 136, 134, 130. Les vomissements de sang reprennent de plus belle ; le tableau est vraiment impressionnant et dramatique. Nous ne voyons pas la nécessité, étant donné la cause de l'hémorragie, de continuer à remplir ce tonneau des Danaïdes. Le malade meurt une demi-heure après la deuxième transfusion et son pouls est incomptable.

Nous ne pouvons faire mieux, à cette occasion, que reproduire l'aphorisme si vrai de Tzanck : « Quand un malade a perdu plusieurs litres de sang, ce n'est pas dans une transfusion abondante, mais dans une transfusion insuffisante que réside le danger ». Mais chez notre malade, nous fûmes, croyons-nous, excusables de n'avoir point persévéré....

c) Les faits que nous allons rapporter maintenant, en même temps qu'ils montrent l'importance de l'étude de la fréquence du pouls en cours de transfusion, apportent une certaine preuve indirecte de la réalité des perturbations de la circulation de retour dans les hémorragies abondantes.

Nous avons, à deux reprises, pour des hémorragies viscérales graves, été obligés de pratiquer la transfusion dans les veines d'un membre inférieur. Or, dans ces deux cas, malgré une quantité suffisante de sang injecté, nous ne constatâmes aucun ralentissement du pouls. Après 700 c. c., chez un malade, nous constatâmes avant, pendant et après la transfusion, le rythme de 136, 132, 136. Le malade se rétablit néanmoins, et plus tard il put être opéré et guéri d'un ulcère du duodénum. Mais la guérison de l'épisode hémorragique fut lente, et pendant plusieurs jours l'état fut alarmant. La transfusion ne fut pas répétée, car on craignait une intolérance particulière du malade. (Il fit un très gros frisson, avec température à 40°, après la transfusion.

Nous pensons que la vaso-dilatation exagérée de son réseau capillaire profond de réserve fut accrue par la transfusion au membre inférieur. Le sang injecté alla s'accumuler dans les espaces de réserve et n'eut pas d'action sur le centre inhibiteur réflexe de la région cardio-aortique. « L'inefficacité de la transfusion dans les veines des membres inférieurs, lorsqu'elle est pratiquée *in extremis*, trouve son explication dans ce fait que le sang, arrêté dans les vastes lacs sanguins, n'est pas ramené au cœur ». Cette remarque de Tzanck nous paraît juste et confirmée par l'observation que nous venons de rapporter.

d) Un autre renseignement important nous paraît devoir être fourni par l'étude du pouls dans certaines hémorragies viscérales très abondantes (gastro-duodénales surtout). L'état général est grave et on hésite à pratiquer d'urgence l'intervention chirurgicale qui pourtant sauverait le malade en arrêtant l'hémorragie. Cette dernière se reproduit, incoercible, après chaque translusion.

On redoute l'acte opératoire chez ce malade saigné à blanc, adynamique, chez lequel on saisit mal la part du shock et de l'hémorragie. Nous pensons qu'on pourra, avec quelques chances de succès, pratiquer d'urgence l'intervention, *sous transfusion*, quand l'étude du pouls aura montré, après chacune des transfusions faites antérieurement, dans les jours ou dans les heures qui précèdent, une diminution nettement appréciable bien que momentanée, de la fréquence du rythme cardiaque.

En pareil cas, l'hémorragie paraît seule responsable de la gravité du tableau clinique. La transfusion compense momentanément la perte sanguine. Le pouvoir de récupération du malade n'est annihilé que par la répétition de l'hémorragie. Aucun autre facteur pathologique (le shock, etc...) ne semble surajouté. Il est logique de présumer une résistance relativement suffisante du malade à l'opération, si, *grâce aux transfusions opératoires*, faites au cours même de l'intervention, on peut se rendre maître du facteur purement hémorragique.

e) Ainsi, une quantité insuffisante de sang injecté, la reprise ou la persistance de l'hémorragie, le siège de l'injection peuvent expliquer la persistance de l'accélération du pouls pendant et après une transfusion de substitution ou de remplacement. La constatation d'un rythme cardiaque accéléré ou accru pendant et après la transfusion peut relever d'autres causes. Une surtout, en cas d'hémorragie, est à envisager : la coexistence du shock.

Si le pouls ne se ralentit pas, c'est que, souvent, un état de shock particulier se surajoute à l'hémorragie : et il faut essayer de l'enrayer par des moyens autres qu'une transfusion, même massive. Ceci est particulièrement évident, en obstétrique, au cours de certaines hémorragies de la délivrance. Il y a eu une abondante perte de sang ; l'état général est alarmant : la malade pâle, anxieuse, présente une respiration très superficielle ; le pouls est filant, incomptable. Une transfusion même massive, un litre et plus, n'arrive pas à réduire cet état. Il y a autre chose que l'hémorragie. Une pathogénie complexe : shock-hémorragie, explique ces accidents que la transfusion seule est incapable de juguler. La persistance de l'accélération du pouls, son accroissement momentané après la transfusion, sont parmi les meilleurs signes diagnostiques de ces états où l'un et l'autre syndrome, l'hémorragie et le choc, sont étroitement intriqués.

L'état de shock résulte d'un mécanisme complexe où jouent le traumatisme, l'hémorragie, ainsi que certains troubles humoraux et peut-être même endocriniens. La base anatomique est vraisemblablement la paralysie de la vaso-motricité spanchnique qui conditionne l'accumulation du sang dans les lacs vis-


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XV?)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

céraux de réserve. Cet encombrement, cette stase de la circulation de retour, provoquent l'excitation des centres cardio-accélérateurs et, par voie réflexe, la diminution du tonus des centres inhibiteurs cardio-aortiques.

Golz et Stapfer, en provoquant une série continue de traumatismes sur l'animal, trouvent les viscères injectés et ecchymotiques, cette stase expliquant l'anémie cardiaque. Zung et Gowers ont montré la nécessité, pour obtenir l'équivalent expérimental de l'état de choc de l'homme, d'une hémorragie abondante et d'un traumatisme, l'un et l'autre, isolément, s'avérant incapables de provoquer cet état.

MM. Lévy-Solal, Laudat et Mlle Wolf ont montré la fréquence de l'hypoglycémie au cours de l'état de choc obstétrical. La simple ingestion de sucre amène, dans ces cas, une amélioration rapide. De même, ils ont observé plus fréquemment des accidents de choc chez des sujets atteints de maladie de Basedow fruste. Dale et Richard ont montré qu'au cours du choc il se formait dans l'organisme de l'histamine qui contribue à entretenir le collapsus circulatoire.

Quoiqu'il en soit, au cours du choc obstétrical, comme au cours d'autres états de choc accompagnant une hémorragie, un terrain est vraisemblablement nécessaire, ainsi que certaines modalités de traumatisme et d'hémorragie. Evidemment, l'étude exclusive du pouls ne peut permettre le diagnostic. Nous pensons, néanmoins, après une longue expérience clinique, que la persistance de son accélération, son accroissement même pendant ou après la transfusion, quand les autres possiblités explicatives ont été éliminées (persistance, ou reprise de l'hémorragie, transfusion insuffisante, etc...), sont parmi les meilleurs signes cliniques de l'état de choc et doivent immédiatement commander la thérapeutique appropriée.

Si l'aphorisme de Tzanck « A grand choc, petite transfusion », reste vrai au cours des états de choc sans hémorragie, ici, il faut néanmoins que la transfusion soit proportionnelle à la quantité de sang perdu ; mais, surtout, il faut agir par d'autres moyens thérapeutiques : position de la malade en Trendelenbourg, réchauffement, port d'une sangle abdominale.

L'adrénaline représente le médicament de choix de ces états. Son action vaso-constrictive s'exerce sur le système artériel et aussi sur les parois veineuses et dans tout le territoire splanchnique ; elle renforce les contractions cardiaques et ralentit le cœur. Son action sera rendue plus efficace par la méthode des injections intraveineuses lentes et continues, mise au point par Baudoin, Benard, Lewin et Sallet. On se servira de préférence, pour diluer l'adrénaline, de sérum glucosé isotonique : 1, 2, 3 centicubes d'adrénaline dans 500 c. c. de sérum. Le sucre, ainsi introduit, contribue à réduire l'hypoclygémie du choc.

La vaso-constriction périphérique de l'adrénaline sera renforcée par l'injection de strychnine qui a une action vaso-constrictive centrale, et qui détermine, en outre, une décharge d'adrénaline organique.

Comme le font remarquer Lévy-Solal et ses collaborateurs (6), il faudra se méfier des injections de différentes substances actives, pratiquées sans discernement. L'action bienfaisante de l'adrénaline est parfois contrariée par l'emploi de l'ergotine qui produit une inversion d'action et fait de l'adrénaline un hypotenseur.

Si on redoute un fléchissement myocardique, il ne faudra pas hésiter à utiliser largement la caféine, la digitaline, et l'ouabaïne.

Si une intervention s'impose, il faudra éviter toute aggravation du choc par la douleur (Lévy-Solal), d'où l'utilité de l'anesthésie générale. Le choix de l'anesthésique n'est pas indifférent. L'éther, habituellement hypertenseur, peut avoir une action inverse de son action ordinaire dans les états de choc (Mac Kenn Cattel). Le chloroforme est dépresseur du cœur et des fibres lisses des vaisseaux. Un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène — 75 % et 25 % — serait, pour Lévy-Solal, l'anesthésique de choix.

Enfin, pas de morphine chez ces malades et cette contre-indication est absolue.

Ces considérations thérapeutiques générales peuvent paraître en dehors du sujet. Nous croyons qu'il n'est pas inutile de les rappeler, car il faut avoir bien présente à l'esprit la conduite à tenir devant un état de choc accompagnant un syndrome hémorragique. Le réflexe thérapeutique commande une transfusion plus ou moins abondante, et le remplacement du sang perdu est certes nécessaire. *Mais il faut savoir aller au delà, et appliquer* toute *la thérapeutique nécessaire et adéquate.*

Dans le tableau clinique de l'état de choc, la persistance d'une accélération permanente du pouls, malgré la transfusion, est un des meilleurs signes objectifs que nous possédions. Pour illustrer ce que nous venons de dire, nous nous permettrons de rapporter très brièvement une observation très instructive.

Hémorragie de la délivrance très abondante. Malade pâle, anxieuse, à respiration très superficielle. Le pouls est à peine perceptible, incomptable. Première transfusion de 500 c. c. Le pouls qui était imprenable devient mieux frappé en cours de transfusion, mais son rythme, 10 minutes après la transfusion, redevient très rapide. L'aspect de la malade ne se modifie pas.

Une demi-heure après, deuxième transfusion de 500 c. c. Le pouls reste toujours excessivement rapide. L'état devient alarmant. Le shock est indubitable. La malade est mise en position de Trendelenbourg ; elle reçoit de l'huile camphrée, de la spartéine. On fait une injection lente de 2 c. c. d'adrénaline dans un demi-litre de sérum glucosé isotonique. Durée de l'injection : 1/4 d'heure. On injecte en même temps 1 mmgr. de strychnine. Une demi-heure après la deuxième transfusion, le pouls bat à 100. Il est bien frappé. La malade est calme, le visage s'est recoloré. La respiration redevient normale. Tout paraît rentrer dans l'ordre. L'état de shock est dissipé.

Conclusions

Pour cet article, nous limiterons notre étude de la fréquence du pouls après transfusion aux cas où cette intervention est envisagée, au cours d'un syndrome hémorragique, comme une thérapeutique de substitution. Dans un autre article qui paraîtra prochainement dans ce même journal, nous étudierons la fréquence du pouls radial avant, pendant et après la transfusion sanguine considérée comme une véritable hémothérapie, c'est-à-dire sans aucune indication d'urgence, hémorragique ou autre.

Nous espérons avoir montré l'importance et la nécessité du ralentissement du pouls radial pendant et après la transfusion sanguine pour hémorragie. Très succinctement nous résumerons ainsi ce que nous venons d'écrire :

I. L'étude de la fréquence du pouls, avant, pendant et après la transfusion, permet d'apprécier judicieusement la quantité de sang à injecter, de régler le rythme de l'intervention et de prévoir, dans une certaine mesure, les réactions post-transfusionnelles du malade.

II. Dans une transfusion de substitution ou de remplacement (pour hémorragie), le pouls, initialement accéléré, doit se ralentir pendant et après la transfusion. S'il ne se ralentit pas, c'est que :

a) Ou bien la transfusion n'a pas été assez importante ;

b) Ou bien l'hémorragie continue ;

c) Ou bien un état de shock particulier se surajoute à l'hémorragie ; et il faut essayer de l'enrayer par des moyens autres qu'une transfusion même massive.

Le siège de l'injection peut parfois expliquer l'absence de retentissement de la transfusion sur la fréquence du pouls. C'est ainsi que les transfusions dans les veines des membres inférieurs, faites tardivement dans les hémorragies abondantes, sont souvent sans action immédiate apparente sur le rythme cardiaque.

Bibliographie

(1) A. Tzanck. — Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. Masson édit., Paris 1933.

(2) J. Dezoteux. — Les transfusions difficiles. Thèse Paris, 1934, Jouve, édit.

(3) M. Fourestier. — La transfusion sanguine. Quelques petits conseils pratiques. Le *Bulletin médical*, n° 11, 13 mars 1937, p. 174.

(4) M. Kapandji. — Le dosage des transfusions. Un test direct. Société française d'Hématologie, 5 mars 1934, p. 462 (Doin, édit., Paris).

(5) C. Heymans et A. Ladon. — Cité par H. Delaunay, *in Traité de physiologie* de H. Roger, L. Binet, tome VII, p. 192.

(6) E. Levy-Solal et M. Sureau. — Etude clinique et thérapeutique des hémorragies obstétricales. *Presse médicale*, n°s 85 et 89, 21 octobre et 4 novembre 1936.

« Naguère on qualifiait un débile mental d'anormal ou d'arriéré, on allait jusqu'à le dénommer *minus habens* quand on ne se contentait pas des termes d'idiot ou d'imbécile, actuellement on dit plus élégamment, un *oligophrène*. Cela est bien mieux ; c'est un terme plus hermétique et quand on le prononce devant des profanes, ils restent bouche bée et répéteraient volontiers avec le Lucas du *Médecin malgré lui*, écoutant le charabia de Sganarelle, « Oui ça est si biau que je n'y entends goutte. »...

Ne pourrait-on pas reprocher à certains médecins de nos jours, comme jadis Molière, que souvent « toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias » ?

(J. Noir. — La manie des néologismes dans le langage médical. *Le Concours Médical*, 30 mai 1937.)

CLINIQUE UROLOGIQUE

Tuberculose rénale bilatérale

Par M. le Professeur MARION

Trop souvent vous voyez dans nos salles des malades qui arrivent pour une cystite extrêmement pénible, les mictions se faisant toutes les dix minutes, cinq minutes, avec grandes souffrances, et lorsque nous pouvons arriver par un moyen quelconque au diagnostic de l'affection qui a provoqué cette cystite, nous reconnaissons qu'il s'agit d'une tuberculose ayant atteint les deux reins.

La tuberculose bilatérale est beaucoup moins fréquente que la tuberculose unilatérale, heureusement et on peut dire qu'en règle la tuberculose rénale est, primitivement tout au moins, unilatérale. Il faut cependant signaler que cette tuberculose rénale bilatérale est plus fréquente que l'unilatérale chez les tout jeunes enfants et chez les vieillards.

La tuberculose rénale bilatérale peut exister primitive, le bacille de Koch se localisant à peu près à la même époque sur les deux reins. Dans quelques cas elle est secondaire, et c'est quelques années après une néphrectomie pratiquée pour tuberculose d'un côté, que l on voit apparaître une tuberculose de l'autre côté.

Le mode d'infection dans la tuberculose rénale bilatérale mérite d'être discuté. Très souvent, comme je vous le disais, c'est d'emblée que la tuberculose frappe les deux reins ; dans d'autres cas, au contraire, l'infection est successive. Dans ces cas on a considéré parfois la lésion de l'autre rein comme résultant d'une contamination d'un rein sain par un rein malade. Il est certain que cette contamination de rein à rein ne peut pas exister, car il n'y a aucune communication ni vasculaire, ni lymphatique, entre les deux reins. Les deux loges rénales sont absolument séparées et jamais nous ne voyons un phlegmon périnéphritique par exemple passer d'une loge dans l'autre. Mais un rein sain peut être contaminé indirectement par un rein malade, ce rein malade étant un foyer qui permet l'essaimage dans le sang de bacilles tuberculeux qui, éliminés par le rein sain, peuvent s'y arrêter. D'autre part, la tuberculose vésicale déterminée par la lésion d'un rein peut s'étendre de telle façon dans la vessie que l'orifice urétéral du côté resté sain peut être œdématié, ulcéré, détruit, et alors l'uretère communique avec la vessie sans être protégé par la barrière sphinctérienne. Sous l'influence des contractions vésicales incessantes provoquées par la cystite, l'urine est envoyée en même temps dans l'urètre et dans l'uretère, et le rein sain peut être alors contaminé par voie ascendante.

Dans la tuberculose rénale bilatérale, les lésions sont identiques à ce qu'elles peuvent être dans la tuberculose unilatérale, et nous y trouvons des granulations, des tubercules, des cavernes, et souvent une transformation d'un des reins en pyonéphrose. Mais ce qui est plus intéressant à étudier, cela surtout au point de vue de la thérapeutique, c'est l'état respectif des lésions de chacun des reins.

A ce point de vue nous pouvons distinguer deux catégories de malades : les uns présentent des lésions à peu près égales dans les deux reins, que ces lésions soient à leur début, ou que ces lésions soient déjà extrêmement prononcées, les deux reins se trouvant à peu près complètement détruits. Dans une autre catégorie, nous pouvons ranger des malades présentant des lésions à des degrés très différents. Dans un des reins par exemple on peut constater par le cathétérisme urétéral qu'il existe un peu de pus, quelques bacilles tuberculeux ; la lésion est certaine, mais le rein présente encore un fonctionnement absolument parfait et l'autre rein au contraire se trouve détruit plus ou moins complètement par une tuberculose ulcéro-caséeuse très avancée et même se trouve en état de pyonéphrose.

La tuberculose rénale bilatérale se caractérise cliniquement par les mêmes symptômes que la tuberculose unilatérale, et c'est en général la cystite qui attire l'attention dans ces cas où les deux reins sont pris, comme elle l'attire quand la lésion ne frappe qu'un seul rein. Parfois, du reste, les symptômes moins prononcés ne sont pas différents de ceux que provoquent une tuberculose rénale unilatérale et les malades se trouvent dans un état aussi satisfaisant que possible. Cependant il faut reconnaître que bien souvent nous avons affaire à des malades qui ont des cystites extrêmement prononcées et non améliorées par les traitements que nous pouvons leur appliquer. En général, quand un malade se présente avec des phénomènes de cystite, lorsque nous le mettons au traitement convenable, nous arrivons à améliorer cette cystite assez rapidement ; or quand cette cystite résiste à tous les traitements il faut penser qu'elle résulte de lésions rénales bilatérales. Très souvent nous pouvons avoir affaire à une tuberculose rénale bilatérale sans rien percevoir de net du côté des reins, sans que le malade ait accusé aucune sensibilité de l'un ou de l'autre côté. Dans d'autres cas contraire, d'un côté nous pourrons percevoir un rein volumineux, douloureux, et par contre l'autre rein nous paraîtra absolument normal. Enfin exceptionnellement nous trouverons deux reins gros et douloureux. Si dans quelques cas nous pourrons ainsi prévoir que la tuberculose reconnue par l'examen des urines frappe les deux reins en même temps, il faut bien reconnaître que aussi bien au point de vue des troubles fonctionnels que des symptômes physiques rien ne nous permet d'affirmer que la tuberculose est uni ou bilatérale.

Faut-il compter sur les modifications de l'état général pour penser qu'une tuberculose est ou non bilatérale ? Certainement pas. Il y a des malades qui en raison de leur tuberculose bilatérale maigrissent, se cachectisent, présentent des troubles d'urémie nets ; mais en général ces troubles n'apparaissent qu'à une période extrêmement tardive et la plupart du temps nous avons affaire à des malades qui pendant très longtemps conservent un état général excellent, et comme la tuberculose unilatérale la tuberculose rénale bilatérale est très souvent une tuberculose floride.

Le diagnostic d'une tuberculose rénale bilatérale ne peut donc être fait d'une façon certaine que par des explorations.

Dans une première classe de malades le cathétérisme urétéral est possible, soit immédiatement, soit après amélioration de la cystite par un traitement convenable, et cette division des urines nous permet d'apprécier d'une part la bilatéralité de la lésion et d'autre part de reconnaître le degré de lésions de chacun des reins. Dans ces cas le diagnostic est donc facile et évident.

Lorsque le cathétérisme n'aura pu être pratiqué que d'un côté que l'examen des urines démontrera malade et que dans l'urine vésicale venue de l'autre rein on trouvera du pus et des bacilles, il faudra faire des réserves, surtout si la concentration de l'urée dans cette urine est supérieure à ce qu'elle est dans l'urine obtenue par la sonde urétérale. Le pus et les bacilles ont pu en effet venir

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Les néphropathies gravidiques

Intérêt d'une classification

On désigne par l'expression « néphropathie gravidique » un syndrome morbide constitué par l'association des différents symptômes qui apparaissent au cours des trois derniers mois de la grossesse chez une femme exempte antérieurement de toute manifestation pathologique pouvant être rapportée à un trouble dans le fonctionnement du rein ; l'albuminurie étant l'élément le plus constant du tableau clinique. Des recherches précises doivent avoir montré qu'il n'existe chez la gestante aucun signe d'inflammation des voies urinaires.

Autrement dit avant de porter le diagnostic de néphropathie gravidique on doit éliminer : les néphrites chroniques antérieures à la gestation ainsi que les pyélites, pyélonéphrites et néphrites infectieuses.

Les néphropathies gravidiques se manifestent par de nombreux symptômes traduisant le fonctionnement défectueux des divers organes ; mais les signes les plus nets, les plus faciles à percevoir et à analyser, ceux qui dominent le tableau clinique sont les signes qui témoignent d'un trouble plus ou moins grave du fonctionnement rénal. Ces symptômes essentiels sont : l'albuminurie, les œdèmes, l'hypertension. Par contre il n'existe jamais d'hyper-azotémie et toute augmentation notable du taux de l'urée sanguine dépistée au cours de la gestation doit être rapportée soit à l'évolution d'une néphrite aiguë (type néphrite *a frigore*), soit beaucoup plus habituellement à l'existence d'une néphrite chronique.

Ces signes essentiels : albuminurie, œdèmes, hypertension peuvent s'associer pour constituer différentes formes cliniques. L'étude des divers groupements symptomatiques permet de proposer une classification des néphropathies gravidiques.

Le plus souvent un seul des symptômes que nous venons d'énumérer existe : c'est l'albuminurie. Il s'agit d'albuminurie vraie dont le taux oscille entre 0,30 et 2 gr. ‰. On porte alors un diagnostic de *néphropathie albumineuse simple*. Une grave erreur dans de tels cas peut être de ne pas apprécier exactement la signification de l'albuminurie et de croire à l'existence d'une néphropathie gravidique alors qu'il s'agit plus simplement d'une pyélite à colibacilles (notons en passant que l'erreur inverse est plus fréquente).

Souvent à l'albuminurie sont associés des œdèmes. Il s'agit d'œdèmes périphériques que l'on distingue facilement des œdèmes mécaniques ou variqueux du fait qu'ils ne cèdent pas au repos au lit. Souvent du reste les œdèmes s'étendent à la racine des cuisses, aux lombes, aux membres inférieurs et à la face. On dit alors qu'il s'agit d'une *néphropathie gravidique avec œdèmes*. Il convient de signaler à ce propos que les œdèmes périphériques que l'on voit sont accompagnés par des œdèmes profonds, péri-viscéraux, que l'on ne voit pas ; d'où la nécessité de peser régulièrement les malades pour surveiller exactement la marche et les progrès de l'hydropisie.

Parfois aussi l'albuminurie s'accompagne d'hypertension artérielle. Nous ne voulons pas parler ici du coup de tension brutal et temporaire qui fait partie du tableau clinique de l'éclampsisme ; mais bien d'une hypertension persistante, pouvant être observée pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines chez une femme hospitalisée et traitée correctement avant son accouchement. De telles malades présentent une *névphropathie gravidique avec hypertension*.

Enfin, existent naturellement des formes mixtes qui sont le plus souvent du reste des formes évolutives. Même dans de tels cas une classification est possible, car presque toujours l'un des signes traduisant l'insuffisance rénale (œdème ou hypertension) domine. Lorsque cette dominante clinique n'apparaît pas comme évidente, nous croyons qu'il faut classer les faits en tenant compte du symptôme le plus inquiétant, c'est-à-dire adopter une classification clinique basée sur le pronostic. L'hypertension étant toujours celui des symptômes qui comporte le plus fâcheux pronostic, on doit attacher une importance particulièrement grande à ce signe, et ranger certaines formes mixtes dans le groupe des néphropathies gravidiques avec hypertension.

* * *

Cette classification tire une grande partie de son intérêt des éléments de pronostic qu'elle est susceptible de fournir. Ces éléments n'ont bien entendu de valeur, tant pour la mère que pour l'enfant, que si la malade est surveillée et correctement traitée.

Les néphropathies albumineuses simples comportent un bon pronostic.

Il est rare qu'une femme enceinte, atteinte réellement de néphropathie et simplement albuminurique présente des accidents graves si elle est convenablement traitée.

Il en est tout autrement dans le cas contraire, et c'est pour cela que cette forme théoriquement bénigne, est en réalité fort dangereuse car elle n'attire pas l'attention des malades.

Ces réserves faites, on peut dire qu'une femme enceinte atteinte de néphropathie albumineuse simple doit être préservée de tout accident grave et que son enfant doit naître vivant. Il y a des exceptions, elles sont rares.

Les néphropathies avec œdèmes sans hypertension constituent un groupement intéressant. C'est dans cette catégorie que l'on observe les plus grands pourcentages d'accident convulsifs. C'est aussi dans de tels cas qu'on notera la fréquence relative de ces amauroses subites sans lésions du fond d'œil, si impressionnantes pour les malades et leur entourage. Mais il faut aussi bien savoir que tous les accidents d'allure dramatique sont alors commandés par des œdèmes cérébraux, qu'ils disparaissent souvent de façon rapide, et qu'ils ne comportent pas en eux-mêmes un pronostic extrêmement redoutable.

Il n'en est pas de même pour les néphropathies gravidiques avec hypertension. Les accidents convulsifs et sensoriels sont peut-être moins fréquents que dans le groupe précédent, mais ils revêtent alors un caractère de haute gravité. Ils traduisent en effet, habituellement, l'existence de lésions cérébrales ou nerveuses qui comportent en elles-mêmes un pronostic réservé. C'est ici en particulier que s'observent parfois de graves lésions rétiniennes pouvant aboutir à une perte absolue ou relative de la vision. Ce sont enfin dans ces formes hypertensives que se rencontrent, assez rarement il est vrai, des accidents brutaux de défaillance cardiaque.

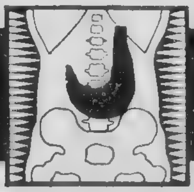
Notons en outre que c'est chez les femmes atteintes de néphropathie gravidique avec hypertension que l'on relève le pourcentage le plus élevé de mort du fœtus *in utero*.

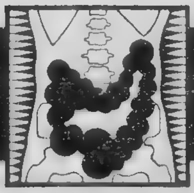
On voit donc l'intérêt pronostic qui est attaché au diagnostic exact et à la classification précise des néphropathies gravidiques. De cette classification découlent également des directives thérapeutiques.

Henri PIGEAUD.

« Munaret qui, en 1840, écrivit un livre vécu sur les mœurs du *Médecin des villes et du médecin de campagne* écrit dans son introduction : « Avec le tempérament que je me connais, il y a longtemps que j'aurais gagné la jaunisse, en coudoyant dans le monde et parmi mes confrères, tant d'abus, de passe-droits, de prévarications !... Tenez-vous donc pour avertis, sous le manteau de Démocrite, je cache toute mon indignation et je ne suis jamais plus sérieux que dans le moment où je le parais le moins... »

(J. NOIR. — Y a-t-il réellement un fléchissement de la morale professionnelle à notre époque ? *Le Concours Médical*, 9 mai 1937.)





du rein démontré certainement malade, par filtration dans la vessie de l'urine le long de la sonde urétérale.

Il y a là une cause d'erreur importante à éviter, et dans ces cas il faut tenter une nouvelle exploration en mettant une sonde dans le rein qui n'avait pu être cathétérisé une première fois.

Inversement lorsque nous trouvons du pus et des bacilles d'un côté, alors que de l'autre côté l'urine ne contient pas de pus ni de bacilles de Koch et qu'elle a une excellente concentration en urée nous disons : tuberculose unilatérale, cela va de soi. Et voici que quelques semaines ou quelques mois plus tard, le rein en apparence sain apparaît nettement tuberculeux. Il faut bien considérer dans ces cas, que la lésion bilatérale nous a échappé ; il est vraisemblable que la tuberculose n'était encore qu'à l'état de granulations et qu'il n'y avait pas de foyers suppurés ouverts dans le bassinet ; à cela nous ne pouvons rien. Mais il faut savoir que la bilatéralité d'une tuberculose rénale peut être méconnue au début.

Par contre il est des cas où le cathétérisme est absolument impossible, la vessie quoi qu'on fasse ne s'améliore pas, elle ne permet pas de passer des sondes dans les uretères. Dans ces cas, comment devez-vous vous comporter?

Tout d'abord il sera utile d'apprécier la valeur globale des deux reins par la recherche de la constante et par l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine. Si les résultats de ces explorations sont franchement mauvais, la constante atteignant ou dépassant 0,130, 0,200, et si la phtaléine ne s'élimine qu'en des proportions de 20 ou 30 %, on peut en conclure d'une façon *à peu près certaine* que les deux reins sont atteints et dans ces cas il paraît tout à fait inutile de chercher à élucider davantage la question. Cependant la chose n'est pas absolue et quelques observations prouvent qu'un malade ayant de très mauvaises éliminations globales peut n'être atteint que d'une tuberculose unilatérale, l'autre rein étant simplement porteur de lésions de néphrite qui sont quelquefois sous la dépendance des toxines produites par le rein malade. En voici une observation très intéressante due à mon chef de clinique le Docteur Bouchard :

En février 1935

Urée du sang.....	0 gr. 65	Donc très mauvaises éliminations globales
K	0,154	
P.S.P.	25 %	

En juillet 1935

Urée du sang.....	0 gr. 37	Eliminations normales
K	0,099	
P.S.P.	55 %	

La division faite à cette date donne les résultats suivants :

	R. D.	R. G.
	Pus	Quelques leucocytes
Quantité d'urines......	59 gr.	39 gr.
Concentration d'urée..	8 gr. 10	14 gr. 68
P.S.P.	29 %	35 %

Il peut s'agir également d'un rein sain mais congénitalement insuffisant qui avec le temps est susceptible d'améliorer son fonctionnement. D'où la notion très importante sur laquelle j'insisterai dans un moment, qu'il faut revoir parfois les malades chez lesquels on aura diagnostiqué une tuberculose rénale bilatérale, surtout si l'on a porté ce diagnostic d'après l'étude des éliminations globales.

Mais en principe, mis à part ces cas exceptionnels, mauvaise élimination globale signifie bilatéralité des lésions tuberculeuses et inutilité d'ennuyer le malade par des recherches complémentaires.

Dans une autre série de faits, les éliminations sont satisfaisantes et même quelquefois très satisfaisantes, et dans ces cas nous pouvons évidemment espérer que la lésion est unilatérale. Il y a quelques années on a cru que les éliminations globales bonnes permettaient d'affirmer que la tuberculose était vraiment unilatérale et qu'il était possible, ces éliminations étant bonnes, si l'on connaissait le côté atteint d'après les douleurs que pouvait présenter le malade, par l'augmentation du rein, d'enlever ce rein, l'autre rein devant être suffisant et intact. Ce fut l'époque de la néphrectomie sur la constante. Or des résultats fâcheux, parfois catastrophiques, firent bientôt rejeter cette façon de procéder et aujourd'hui il est bien prouvé, et nous en avons de très nombreuses observations, qu'un fonctionnement global des reins excellent : constante à 0,080, phtaléine à 50 ou à 55 %, peut être fourni par des reins atteints tous les deux de tuberculose.

Voici l'observation d'une femme déjà âgée qui était venue pour des phénomènes de cystite extrêmement prononcés, ne put être explorée au début. Pour juger de la valeur de ses reins on fit une recherche de la constante ; celle-ci était de 0,077. L'élimination de la P. S. P. était de 58 %. D'après ces examens on aurait pu penser qu'il y avait un rein sain Or quelques semaines plus tard après amélioration de la cystite on put pratiquer un cathétérisme urétéral de chaque côté et le résultat fut que les deux reins contenaient du pus et des bacilles de Koch. Et ce cas n'est pas unique. L'année dernière en quelques semaines nous pouvions réunir six observations semblables.

Mais il n'en demeure pas moins que si l'on ne peut pas affirmer l'unilatéralité d'après l'étude du fonctionnement global des reins, il est permis d'espérer en présence de très bonnes éliminations, d'une très bonne constante, que la tuberculose est unilatérale, et dans ces cas nous devons insister pour savoir si un seul rein est atteint.

Dans les cas où la valeur globale des reins, appréciée par la recherche de la constante et l'élimination de la phénol-sulfonephtaléine, est satisfaisante et nous permet d'espérer que la lésion est unilatérale, nous devons insister sur l'amélioration de la vessie par les traitements convenables ; et quelquefois tel malade qui était inexplorable au début, au bout de plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois, pourra être exploré et alors nous serons certains de ce qui se passe du côté des reins.

Mais parfois également aucune amélioration n'est obtenue et dans ces cas il faut recourir à l'urographie qui peut nous rendre vraiment de très grands services. Elle nous fournira des résultats différents suivant les cas. Chez certains malades nous verrons manifestement les deux reins atteints de cavernes, les uretères étant tous les deux dilatés, déformés, et nous conclurons qu'il s'agit de lésions bilatérales. Dans d'autres cas nous verrons des reins qui ni l'un, ni l'autre n'éliminent l'urosélectan, ce défaut d'élimination n'étant pas seulement constaté par le défaut d'image au niveau des reins mais également par l'absence de toute substance opaque dans la vessie. Là encore il est évident que l'atteinte des reins est bilatérale et qu'elle est dans ce cas extrêmement avancée.

Par contre, dans d'autres cas nous verrons un rein nettement atteint de lésions déjà assez prononcées en raison de la déformation des calices, du bassinet, de l'uretère, alors que l'autre rein nous apparaîtra de forme absolument normal. Il nous sera permis alors, étant donné que les éliminations sont vraiment satisfaisantes, d'enlever le rein qui apparaîtra malade parce que nous aurons pu conclure à une tuberculose unilatérale ou tout au moins à une tuberculose très prononcée d'un côté, alors que si elle existe elle est encore très discrète de l'autre. De toutes façons, par ces moyens d'exploration, il est rare qu'on n'arrive pas à se former une idée sur l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions, et dans les cas où nous ne parvenons, par aucun moyen, à avoir une opinion très ferme il faut généralement conclure à la bilatéralité des lésions.

Le pronostic d'une tuberculose bilatérale est évidemment fort grave et l'évolution fatale est la règle, la mort survenant plus ou moins rapidement suivant l'évolution des lésions, suivant aussi l'existence de lésions tuberculeuses en d'autres points. Elle surviendra très souvent par cachexie, les malades maigrissant, perdant l'appétit. Et cette cachexie est très souvent hâtée par les douleurs vésicales, les mictions incessantes qui empêchent les malades de reposer un seul instant; bien souvent aussi, d'autres lésions, pulmonaires en particulier, viennent hâter la fin de ces malades. Parfois la mort surviendra par urémie, la destruction des reins se faisant progressivement et les phénomènes rénaux primant en quelque sorte les phénomènes vésicaux ; apparaîtront alors de l'intolérance gastrique, des vomissements, de la torpeur, des céphalées, et les malades succomberont brutalement parfois ou progressivement à l'empoisonnement du sang par l'urée non éliminée.

Mais de temps en temps nous aurons la surprise de voir des malades atteints de tuberculose rénale bilatérale, conserver une santé vraiment excellente sous l'influence d'un traitement médical bien conduit ; et si on explore ces malades, qui parfois ont une aggravation de leurs phénomènes vésicaux, on constatera avec étonnement que l'un des reins, qui avait été démontré nettement tuberculeux par une première division, n'élimine plus ni pus, ni microbes. Il semble que la lésion tuberculeuse de ce rein soit guérie. En réalité, les moyens d'exploration que nous possédons par la pyélographie, nous démontrent que ces reins ont guéri leurs lésions d'une façon spéciale : la lésion s'est exclue et la communication qu'elle pouvait avoir avec le bassinet s'est supprimée. On peut considérer dans ces cas que le rein, sans avoir vraiment guéri sa lésion, est un rein qui a une tendance à la localiser, à l'enfermer, et cette exclusion rend alors possible la suppression de la lésion de l'autre côté.

Ces faits de guérison d'une lésion tuberculeuse rénale par exclusion sont de la plus haute importance. Ils nous engagent à procéder chez les tuberculeux rénaux qui ont été reconnus atteints d'une lésion bilatérale à des explorations à distance pour voir, tout au moins chez ceux dont l'état général reste à peu près satisfaisant, si un des reins n'aurait pas guéri la tuberculose dont il était atteint. En ville comme à l'hôpital, j'ai quelques exemples de ces faits de guérison d'un rein reconnu nettement tuberculeux à plusieurs reprises par des divisions et qui, plusieurs années après, a pu être démontré sain en apparence alors que les lésions de l'autre rein avaient continué leur évolution et provoqué une destruction de plus en plus considérable de l'organe. Ces faits, je le répète, sont de la plus haute importance et permettent, dans certains cas, d'espérer que la bilatéralité n'est pas définitive et que peut-être on pourra, à un moment donné, agir sur une tuberculose rénale qui continuera à évoluer, alors que celle de l'autre côté s'éteindra par exclusion.

Que valent ces guérisons d'une tuberculose rénale ? Peut-on les considérer comme définitives ? faut-il ne voir qu'un arrêt momentané d'une lésion qui recommencera à évoluer ultérieurement ? Il est des faits qui semblent prouver que la guérison peut être définitive, les malades restant pendant des années sans présenter aucun trouble. J'en ai vu d'autres qui, après avoir eu pendant trois, quatre ans et plus, des urines absolument limpides et avaient vu disparaître leurs troubles vésicaux, voient ces troubles reparaître, et l'on peut constater que le rein qui restait présente de nouveau une tuberculose en évolution.

Néanmoins de tels faits atténuent un peu la gravité terrible de la tuberculose rénale bilatérale et nous engagent à traiter énergiquement ces malades et à recommencer de temps en temps des explorations qui permettront parfois d'aboutir à la suppression d'un rein très malade, infectant, alors que l'autre aura cicatrisé les lésions dont il était atteint.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Recherches récentes sur les maladies de sensibilisation (asthme-rhume des foins)

Dans le cadre de l'anaphylaxie, on a voulu faire entrer une série de phénomènes morbides que rien ne permet de rattacher à une telle pathogénie. Seules certaines formes d'asthme bronchique, certaines hydrorrhées nasales, toux spasmodiques, conjonctivites, certains urticaires, eczémas, œdème de Quincke peuvent être considérés comme des manifestations d'un état anaphylactique. Les limites de l'anaphylaxie humaine sont encore difficiles à préciser. Aussi lira-t-on avec intérêt l'étude clinique et expérimentale que Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo (Holtzer) viennent de consacrer à l'anaphylaxie (1).

Les antigènes sensibilisants peuvent être extrêmement divers. Dans presque tous les cas de rhume des foins — qui constituent le type de la maladie anaphylactique humaine — il existe une polysensibilisation aux graminées. Les composées, la plupart des fleurs à parfum capiteux, les pollens de certains arbres peuvent être sensibilisants. Les sensibilisations aux pollens sont les plus fréquentes, mais on peut observer également une sensibilisation à la farine de blé, à la graine de lin, à la poudre de racine d'iris qui entre dans la composition de certaines poudres de riz et aux poudres végétales les plus diverses. Ces protéines végétales provoquent des manifestations à la suite d'une simple inhalation.

D'autres déterminent les mêmes phénomènes anaphylactiques et plus particulièrement des crises d'asthme, d'urticaire ou d'eczéma à la suite d'ingestion : féculents, farines, certains légumes.

Chez les asthmatiques, les protéines animales qui sont le plus souvent à l'origine d'une sensibilisation sont les plumes (canard, oie, poulet, pigeon) qui entrent dans la composition des objets de literie ou d'ameublement. La sensibilisation aux poils ou aux squames d'animaux peut être si spécifique qu'un individu peut être sensibilisé pour une espèce animale, à une race seule. Les squames ou poils d'animaux déterminent en général un des syndromes suivants : asthme, coryza, conjonctivite isolé ou associés. Toutes ces protéines animales déclenchent des crises en pénétrant dans l'organisme par voie respiratoire.

D'autres, au contraire, agissent par voie digestive : œuf (œuf entier ou blanc d'œuf, parfois même le blanc d'œuf cru seulement) lait, certaines viandes, certains poissons de mer (mollusques ou crustacés).

Par contre, Pasteur Vallery-Radot n'a pas pu apporter la preuve biologique que des substances chimiques puissent déterminer une sensibilisation anaphylactique.

Les sujets atteints de rhume des foins sont d'ordinaire polysensibilisés. Suivant leur sensiblisation, l'époque de leur crise varie ; si leur sensiblisation existe pour les graminées et les pollens d'arbre, ils peuvent faire des poussées successives la même année : le catarrhe oculo-nasal survient à la fin de mars, au début d'avril, époque de la pollinisation des arbres, en juin-juillet, époque de la pollinisation des graminées, parfois même à la mi-août ou au début de septembre, époque de la pollinisation des composées ou des ambrosiacées.

Les polysensibilisations sont fréquentes. Elles peuvent s'installer d'emblée ou successivement. Un sujet désensibilisé à une substance peut se sensibiliser au bout de quelque temps à d'autres antigènes.

La sensibilisation s'effectue d'une façon insidieuse et lente ; il est rare qu'elle apparaisse brusquement. Malgré les nombreuses hypothèses émises, nous ignorons pourquoi seuls certains sujets se sensibilisent et pourquoi certains présentent des accidents de type anaphylactique dès le premier contact avec un antigène.

La crise d'anaphylaxie se produit lorsqu'un sujet sensibilisé se trouve en contact avec l'antigène, même si cet antigène est en quantité infinitésimale. Cette crise d'anaphylaxie dure un temps limité et ne laisse pas de séquelles. Elle réapparaît chaque fois que l'organisme est en contact dans les mêmes conditions avec l'antigène. Elle ne se produit pas chez d'autres sujets soumis aux mêmes conditions antigéniques. Les crises disparaissent lorsqu'on supprime l'antigène. Outre les caractères cliniques, on peut faire la preuve biologique de la sensibilisation : l'antigène déposée sur

(1) Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo (Holtzer). — L'anaphylaxie expérimentale et humaine, Masson et Cie, 1937.



la peau scarifiée et le transfert local des anticorps anaphylactiques à l'homme, au derme d'un autre homme, (réaction de Prausnitz Küstner), provoquent une réaction cutanée.

La cutiréaction se fait sur la face antérieure de l'avant-bras préalablement désinfectée. Si la protéine est en solution, on l'applique directement sur la scarification. Si elle est desséchée, on dépose d'abord une gouttelette de soude décinormale pour faciliter la dissolution et l'absorption, puis une minime quantité de la protéine desséchée que l'on veut étudier. La cutiréaction sera faite avec la substance décelée par l'interrogatoire ou avec celles qui sont le plus fréquemment en cause dans l'état anaphylactique présenté par le sujet. Peu de cuti-réactions sont nécessaires ; dans l'asthme nocturne il suffit d'étudier les plumes, le crin et la laine. Après une demi-heure, on lave avec un tampon d'ouate imbibé d'eau et on compare avec une scarification témoin sur laquelle on n'a déposé qu'une goutte de soude décinormale sans protéine. Un érythème local ne suffit pas pour considérer la réaction comme positive. Il faut qu'un petit placard ortié ayant au moins 5 mm. de large se produise.

La cutiréaction est inoffensive. L'intradermo-réaction est plus sensible, mais elle peut déterminer des accidents, aussi ne serat-elle utilisée qu'avec la plus grande prudence et avec des concentrations extrêmement faibles.

La réaction de Prausnitz Küstner se pratique en injectant dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras d'un homme non atteint d'hypersensibilité 1/10e de c. c. de sérum frais provenant d'un homme sensibilisé. A quelque distance, on injecte dans les mêmes conditions 1/10e de c. c. de sérum provenant d'un homme non sensibilisé ; cette deuxième injection servira de témoin. 24 heures après on injecte aux mêmes points 1/10e de c. c. d'un extrait de la substance sensibilisante et on fait également une injection témoin de cet extrait. Le résultat est positif si on obtient un placard ortié entouré d'une zone érythémateuse au seul endroit où on a injecté le sérum du sujet sensibilisé. Cette réaction ne donne des résultats qu'avec des extraits protéiques.

Les autres méthodes biologiques proposées ne peuvent être utilisées en clinique : ni la transmission locale des anticorps anaphylactiques de l'homme à l'animal, ni l'épreuve de l'anaphylaxie passive n'ont d'utilité pratique. La crise hémoclasique est un critère de choc et non de choc anaphylactique ; l'éosinophilie n'est ni constante, ni spécifique. Aussi la cutiréaction et l'épreuve de Prausnitz Küstner doivent-elles être seules pratiquées chaque fois qu'on voudra s'assurer qu'une manifestation clinique est d'ordre anaphylactique. Leurs résultats sont concordants.

La découverte de l'antigène, cause de la sensibilisation comporte une importante sanction thérapeutique : la suppression de cet antigène. Cette suppression n'est pas toujours aisée à réaliser aussi a-t-on conseillé un changement de résidence, une cure dans une « chambre sans allergènes », le port d'un masque. Mais on ne peut supprimer une protéine qui entre dans la composition habituelle de l'alimentation ; on a donc proposé la désensibilisation spécifique. Quand l'antigène pénètre par voie respiratoire, on utilise la méthode des cuti-réactions répétées ; elle consiste à faire quotidiennement pendant plusieurs semaines ou même mois, une cuti-réaction avec la protéine en cause. Les injections désensibilisantes par voie intradermique ou sous-cutanée sont répétées moins souvent, mais elles exposent à des accidents (prurit, urticaire, œdème de Quincke, crise d'asthme...) Quand l'antigène pénètre par voie digestive, on peut faire ingérer, sans aucune interruption, des doses progressivement croissantes de l'aliment nocif. Il est plus aisé d'utiliser la méthode conseillée par Pagniez et Pasteur Vallery-Radot qui consiste à donner une heure avant l'absorption d'une substance nocive, une quantité infime de cette substance *per os* ; comme, en pratique, il s'agit d'albumines alimentaires, on donne une petite quantité d'albumines désintégrées au stade de peptone.

Ces différentes méthodes thérapeutiques sont efficaces. Les troubles cliniques disparaissent, mais les stigmates biologiques de la sensibilisation (cutiréaction et réaction de Prausnitz Küstner) persistent. Il ne s'agit donc que d'une accoutumance temporaire.

Outre cette étude clinique, Pasteur Vallery-Radot poursuit depuis 1929, avec ses élèves l'étude expérimentale d'un phénomène anaphylactique. L'anaphylaxie de l'animal est toujours voulue par l'expérimentateur. Elle n'est obtenue qu'à la suite de l'introduction de certains antigènes par voie parentérale (sérum hétérogène, lait, ovalbumine) ; elle ne se réalise qu'exceptionnellement avec les extraits protéiques qui provoquent chez l'homme l'état d'anaphylaxie spontanée. Aucun test biologique ne peut être utilisé pour révéler l'état de sensibilisation du lapin. Le choc anaphylactique ne se traduit par aucune manifestation clinique importante. Le signe capital est constitué par la chute de la pression artérielle qui est relativement tardive, lente et prononcée : elle dure plusieurs minutes. En même temps les vaisseaux des membres et du mésentère présentent une forte vasoconstriction sur les artères.

Le choc anaphylactique ne désensibilise pas l'animal ; il le protège temporairement. La désensibilisation est spontanée ; elle se produit assez rapidement.

Cette anaphylaxie provoquée du lapin s'oppose donc à l'anaphylaxie spontanée humaine. Pourtant il est un cas exceptionnel où on peut observer une anaphylaxie humaine provoquée ; elle n'est guère que le fait d'une réinjection d'un sérum thérapeutique. Les preuves biologiques de la sensibilisation n'ont pas encore été données sans contestation. Mais cette sensibilisation peut persister durant de nombreuses années. La manifestation anaphylactique se produit à la suite d'une réinjection de sérum et revêt l'aspect d'un grand choc. C'est pour l'éviter qu'on utilise la méthode des petites doses préventives conseillée par Besredka : chaque fois qu'on sera obligé de faire une réinjection de sérum thérapeutique à plus de dix jours d'intervalle.

Cette anaphylaxie provoquée humaine est exceptionnelle. En fait on n'observe guère que l'anaphylaxie spontanée humaine qui s'oppose point par point à l'anaphylaxie provoquée du lapin.

« L'anaphylaxie spontanée de l'homme, écrit Pasteur Vallery-Radot, est d'apparition capricieuse. Elle s'effectue d'ordinaire insidieusement. Elle est créée par les antigènes les plus divers. Elle offre des critères d'ordre cutané et humoral. Elle est tenace. Elle s'extériorise sous des aspects multiples.

Au contraire l'anaphylaxie provoquée de l'animal est réalisée d'une façon disciplinée, rapidement, à l'aide de certains antigènes. Les tests de l'anaphylaxie spontanée ne lui sont pas applicables Sa durée est courte. Elle est caractérisée par des accidents de grand choc. »

E. GILBRIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1937

Lobectomie pulmonaire en un temps. — *M. Robert Monod* rapporte un travail de *M. Alegandro Caballos* (Buenos-Aires) concernant 8 cas de lobectomie pulmonaire avec 6 guérisons. La technique employée est très simple, c'est celle de Roberts en général. Les malades sont mis en observation pendant longtemps et on les traite par broncho-aspiration ou postural drainage.

L'auteur rejette le pneumothorax pré-opératoire comme inutile et dangereux. Le rapporteur utilise cependant le pneumothorax dans les pneumopathies non infectées et particulièrement dans le cancer du poumon. En revanche auteur et rapporteur utilisent la phrénicectomie qui facilite beaucoup les manœuvres opératoires, mais il ne faut la faire que comme premier temps de l'opération. L'anesthésie employée est la baronarcose, mais avec des agents gazeux variés suivant les besoins des différents moments de l'acte opératoire. Le drainage est poursuivi pendant dix à quinze jours.

Les résultats ont été d'une remarquable simplicité.

Lobectomie pulmonaire. — *M. Mowstrowski* (Lwow) a fait deux lobectomies pour des bronchectasies progressives résistant à la thoracectomie et à la phrénicectomie. Il a eu deux bons résultats.

Fractures spiroïdes de jambe. — *M. Merle d'Aubigné* propose de traiter certaines fractures spiroïdes de jambe par boulonnage à l'aide d'une tige filetée, après réduction sous écran. L'intérêt de la méthode est de ne pas nécessiter d'ouverture au foyer de fracture, et d'autre part de maintenir correctement les fragments sans immobiliser le genou ni la tibio-tarsienne. Le résultat obtenu a été absolument parfait. (Rapport de *M. Cadenat*).

Gastrectomie totale. — *M. Banzet*, chez un homme de 71 ans, a pu enlever une tumeur maligne occupant presque tout l'estomac, par une gastrectomie quasi-totale. Il a fait une anastomose œsophago-jéjunale en deux plans. Les suites opératoires ont été simples et normales. L'opération date de un an et le malade a été revu récemment en excellent état, la bouche fonctionnant parfaitement.

La libération d'une quantité suffisante d'œsophage est aisée puisqu'on se sert comme tracteur de l'estomac libéré de toutes ses connexions. Il est indispensable que les sutures ne tirent pas. Il peut être parfois utile de faire une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse.

Restauration du pouce. — ***M. Tierny*** (Arras) et ***Iselin*** (Paris) rappellent qu'il faut obtenir un doigt suffisamment long, mobile, opposable, sensible et solide.

La technique employée a été celle d'Iselin : libération d'un deuxième métacarpien qui se place sous le trapèze et en position d'opposition. L'espace interosseux est ensuite recouvert de peau (greffe de Thiersh).

Cette méthode est préférable aux opérations plastiques. Elle est beaucoup plus rapide et nécessite souvent un seul temps opératoire. La pollicisation donne un doigt un peu long, une main disgracieuse, mais ces inconvénients sont minimes, en face des avantages inhérents à la méthode.

Un film, est présenté sur les avantages de la méthode.

Election d'un membre associé parisien. — ***M. Gueulette*** est élu membre associé parisien de l'Académie.

Indications du sérum salé hypertonique. — ***MM. Wilmoth*** et ***Le Melletier*** pensent que le sérum salé hypertonique en dehors de certaines indications très précises (occlusion) où il est incontestablement nécessaire et efficace, peut être par ailleurs dangereux.

Une observation montre des accidents particulièrement graves secondaires à une injection de sérum salé hypertonique pour parésie intestinale post-opératoire.

Le syndrome observé a été surtout une diarrhée particulièrement abondante et grave, entraînant l'émaciation et la mort.

Les auteurs se demandent si l'emploi de sérum, à 20 % de chlorure de sodium, n'est pas responsable des accidents. C'est assez vraisemblable, étant donné qu'il y avait augmentation nette du Cl globulaire et du Cl plasmatique.

M. Chevassu pense que les accidents relevés ne sont pas dus à l'injection vasculaire, mais au sérum intra-rectal. Il pense qu'à la concentration de 20 % le sérum hypertonique intraveineux demeure un des meilleurs agents de désintoxication.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1937

Traitement des lésions cutanées consécutives à la piqûre de l'Aoûtat. — ***M. A. Legrand*** étudie le Rouget ou Aoûtat qui se rencontre dans les régions à sol crayeux où abonde le Polygonum aviculare. Sa piqûre produit un prurit insupportable accompagné d'Erythème ortié.

L'auteur, à la suite d'observations controlées pendant plusieurs années, a mis au point un traitement simple, propre et efficace, qui consiste à frictionner les régions lésées avec une solution titrée de sous-acétate de plomb liquide.

Résultats de la Novocainisation locale (Méthode de Leriche) dans les traumatismes et dans la métatarsalgie. — ***M. A. Trèvs***, sur un nombre considérable d'injections intraligamentaires dans les entorses n'a observé que de rares incidents : deux fois le résultat immédiat a été nul (entorses tibiotarsiennes) ; deux fois le retour de la douleur a été assez intense pour nécessiter une piqûre de morphine (contusion et entorse de l'épaule) ; dans deux cas enfin, il s'est produit une réaction inflammatoire assez intense, qui a cédé au bout de 48 heures (entorses tibiotarsiennes). Ces rares incidents, dont il est bon d'avertir les malades, n'enlèvent rien à la valeur de la méthode, dont les résultats sont remarquables, même dans les cas anciens, où il faut répéter parfois les injections. Dans quatre coccygodynies très douloureuses, remontant de 8 jours à plusieurs mois, la guérison a été obtenue après une à cinq injections. Enfin un malade atteint d'une grave métatarsalgie, datant de 1 ans et demi, a été complètement guéri après une seule injection.

M. Rosenthal signale un cas de névralgie intercostale guéri par la même méthode.

M. Massart constate également les bons effets de la méthode sans qu'à son avis son mode d'action soit bien connu.

M. Wallet a traité plusieurs fois des maladies de Morton par ce procédé, mais n'a pas eu toujours de bons résultats.

M. Gallois a également ainsi traité des sciatiques.

La maladie de Bouillaud. Infection Post-Allergique. — ***M. Georges Rosenthal*** soutient qu'il est possible de concilier les théories microbiennes et allergiques du rhumatisme articulaire aigu. Le microbe du rhumatisme, simple saprophyte, devient pathogène par la transformation allergique de l'organisme, condition nécessaire de l'infection. Cette transformation allergique est dûe à une altération du chimisme intérieur, elle est la condition primordiale de l'infection. Il est contraire à la méthode scientifique de nier une expérimentation sans l'avoir contrôlée.

Pathogénie de l'appendicite. — ***M. Pascalls***, s'appuyant sur d'importantes statistiques opératoires montre que la stagnation intra appendiculaire entraine l'enchaînement folliculite-lymphangite-adénite ; que la lymphangite, en s'éteignant, entraine une méso appendicite rétractile qui coude le vermis et crée une cavité close, que la cavité close existe dans la crise aiguë avec perforation. Ainsi s'accordent et se complètent les théories de Dieulafoy et de Reclus.

M. Rosenthal appuie ces conclusions.

M. Kauffman est également du même avis.

Résection de la presque totalité du lobe droit du foie avec cholecystectomie simultanée pour kyste hydatique du lobe droit du foie opéré il y a 10 ans. — ***M. Cresson***, à propos de cette observation rappelle la bibliographie, et précise la technique, qui à son avis assure l'hémostase parfaite aussi bien préventive que définitive et la suture de l'incision du parenchyme hépatique. Il fait remarquer que cette technique n'est possible que dans des cas cliniquement déterminés et que contrairement à l'opinion des physiologistes, la ligature des vaisseaux hépatiques sectionnés est possible.

Y a-t-il une médication contre l'hypertension ? — ***M. Filderman*** attire l'attention des praticiens sur une méthode de traitement du syndrôme *hypertension* qui donne, entre ses mains et les mains de nombreux praticiens, des résultats excellents depuis une dizaine d'années. L'hémocrinothérapie (injection intra-musculaire d'un mélange du sang du malade avec un extrait total de glande, le plus souvent d'ovaire ou de pancréas), abaisse la tension artérielle des hypertendus rapidement et sans inconvénient. Les bons effets persistent pendant des années, dans la plupart cas, après une seule série de douze injections. En cas de récidive, une nouvelle série donne le même résultat. Quarante et une observations de l'auteur et cinq appartenant à M. Pruche, l'auteur de la « Cardiologie du Praticien », viennent à l'appui de ces déductions.

M. Pruche, appuyant ces idées, estime que cette méthode donne d'excellents résultats dans toutes les hypertensions spasmodiques.

G. LUQUET.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'infarctus du myocarde est assez fréquent. Le diagnostic en est parfois difficile

Trocmé étudie (*L'Actualité Médico-Chirurgicale*, février 1937) l'infarctus du myocarde, maladie nouvelle, récemment reconnue par les méthodes électro-radiographiques et qui prend de jour en jour une place plus importante dans la mortalité croissante par affection cardiaque.

Le diagnostic ne peut souvent découler que de l'électro-cardiogramme ; les symptômes cardinaux, douleurs angineuses, atroces et persistantes, collapsus cardiaque, chute brusque de la tension artérielle, fièvre, frottement péricardiaque, sont souvent absents, au moins partiellement.

Sans le secours du tracé électro-cardiographique, l'infarctus du myocarde est souvent dissimulé sous des formes particulières et décevantes. Il y a, par exemple, les formes sans douleur avec grande hypertension et dyspnée, une forme abdominale avec vomissements et météorisme ; les erreurs de diagnostic sont faciles devant des symptômes graves et dans lesquels l'attention n'est pas attirée sur les troubles myocardiques.

Le traitement comprend, d'après Trocmé, trois indications majeures :

Calmer la douleur par le repos, les sédatifs opiacés, soutenir le cœur, notamment par l'ouabaïne intraveineuse, rétablir la circulation coronarienne.

Pour cela, dit Trocmé, « la trinitrine est peu efficace et risque de provoquer une chute de tension trop brusque et trop forte. Nous nous adressons plus volontiers aux hormones circulatoires et à l'aminophylline (Caréna) ».

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Le typhus est une affection endémique permanente et présente de plus un caractère cyclique. à la lumière des faits observés en Afrique du Nord et des chiffres fournis par les statistiques.

Endemie permanente puisqu'il existe partout des foyers qui ne sont jamais complètement éteints, que ce soit à l'intérieur du bled ou le long des voies de grande communication, Il suffit, pour s'en rendre compte, de consulter les relevés épidémiologiques mensuels.

Maladie à évolution régulièrement cyclique, à rythme saisonnier nettement tranché. Les chiffres sont très faibles chaque année, d'août à octobre.

(Gaud et Bonjean. — Epidémiologie du typhus historique dans l'Afrique du Nord. *Maroc Médical*, 15 mai 1937.)

L'évolution tuberculeuse a été comparée par Ranke à l'évolution syphilitique et divisee en trois periodes.

On peut admettre ou ne pas admettre cette division, mais il faut bien reconnaître qu'elle paraît rendre compte de tous les phénomènes pathologiques qui se succèdent de l'enfance à l'âge adulte.

On peut dire, en outre, que le cycle n'est pas immuable, qu'il est moins nettement dessiné que celui de la syphilis et qu'il est susceptible de présenter d'assez larges variations.

(André Dufour et J. Brun. — La tuberculose et les stades de Ranke. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juin 1937.)

La stérilité féminine peut être traitée soit par les petits moyens, soit par les grandes thérapeutiques.

Les petits moyens sont : l'opothérapie, les régimes, les stations thermales, la cautérisation des métrites, la diathermie, le massage gynécologique, le cathétérisme ou la dilatation simple du canal cervical.

Les grandes thérapeutiques sont : les hystéro et ligamento-pexies, l'injection de lipiodol dans les trompes, la fécondation artificielle, la chirurgie tubaire.

Les petits moyens réussissent souvent dans les cas où ont échoué les grandes thérapeutiques.

(Jean Marmey. — Le traitement de la stérilité féminine. *Maroc Médical*, 15 mai 1937.)

Une observation d'anus de Nélaton présente quelques particularités curieuses.

Il s'agit d'un berbère marocain, d'une trentaine d'années, qui fut atteint d'un étranglement de sa hernie inguinale droite. Un rebouteux du pays de Taza donna un coup de couteau dans la tumeur herniaire, les matières fécales et les gaz sortirent par la plaie et le malade fut rapidement soulagé.

Une intervention ulterieure — iléo-cæcostomie — donna une guérison rapide.

Le sujet a refusé ultérieurement la cure radicale.

(J. Barnéoud et médecin-commandant E. Meyer. — A propos d'une hernie étranglée, enterostomée à la peau par un rebouteux indigène. *Maroc Médical*, 15 mai 1937.)

La parathyroïdectomie est une intervention d'une chirurgie physiologique encore au stade experimental.

Dans la sclérodermie vraie, à évolution à peu près fatale, la parathyroïdectomie donne aux malades une chance de guérison ou tout au moins, de stabilisation.

Deux observations personnelles ont donné une amélioration considérable et un résultat médiocre.

La même intervention donne également des résultats non seulement sur les troubles fonctionnels, mais aussi sur les lésions organiques qui accompagnent les polyarthrites ankylosantes, la maladie de Raynaud, la maladie de Recklinghausen.

(G. Jeanneney. — La parathyroïdectomie dans les états sclérodermiques. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 21 mars 1937.)

Un syndrome cutané vraiment mal nommé est l'eczéma variqueux.

C'est un eczéma bien singulier. On constate une curieuse pigmentation polychrome de la peau, du jaune clair au lilas, du gris fer au bleu aubergine. Il y a en outre des îlots de pigmentation.

L'examen histologique montre que les altérations cutanées sont provoquées par un processus inflammatoire où l'élément vasculaire joue le premier rôle. Il vaudrait mieux adopter le nom d'angiodermite purpurique et pigmentée.

Rien ne rappelle l'eczéma ; il n'y a ni exsudation ni squames.

(Favre. — Un syndrome cutané mal nommé : l'eczéma variqueux. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1937.)

La pathologie des instituts de beauté se développe. Après la cheilite du rouge, l'eczéma du khôl, la blépharite du rimmel, les dermatoses des teintures, voici la dactylite avec périonyxis due à l'infection de la rainure sus-unguéale et de la matrice de l'ongle par suite de l'emploi du repoussoir.

On distingue trois formes cliniques : la forme purement inflammatoire, la forme suppurée et la forme mixte.

Le diagnostic différentiel est aisé, il suffit presque d'y penser pour le faire.

Le traitement consiste avant tout à supprimer la cause.

(J. Nicolas et J. Rousset. — Une dermatose nouvelle due aux « soins de beauté » : la dactylite par refoulement des tissus péri-unguéaux. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1937.)

Dans la fièvre ondulante l'arsénobenzol donne 80 % de succès.

Les sels d'acridine ; les stocks vaccins, l'auto-hémothérapie, la mélitine sont moins actifs.

(E. Ledoux. Le traitement de la fièvre ondulante par l'arsénobenzol. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, mars 1937.)

Varia

Il n'y a pas ou pour ainsi dire de strabisme essentiellement incurable, c'est nous qui créons l'incurabilité quand nous laissons persister la deviation (Bettremieux, de Roubaix).

Il faut toujours se méfier des sciatiques doubles et leur trouver une cause anatomique précise (Nordman, de Saint-Etienne).

J. Lafont.

« L'ostéomyélite des enfants et des adolescents ne s'accompagne pas d'adénopathie à la racine du membre, tant qu'elle n'est pas ouverte à l'extérieur. » (L. Ombrédanne. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile. 1 vol. Masson et Cie, édit.)

Echos et Glanures

A travers les souvenirs de Desgenettes. — *Dans ses souvenirs* (1), *assez rares mais non cependant inconnus, que M. Maurice d'Ocagne a utilisés pour consacrer un article de vulgarisation au médecin de l'Armée d'Egypte* (REVUE DES DEUX-MONDES, 1er juillet 1937), *Desgenettes s'est plu à silhouetter, à mettre en scène les personnages de son temps, médecins, hommes de la Révolution et les portraits de certains constituent des pages fort savoureuses.*

Arrivé à Paris, Desgenettes ne manqua pas d'aller rendre visite à Vicq d'Azyr, personnage important, dont il pouvait attendre beaucoup :

Comme j'avais des lettres de Montpellier à remettre à M. Vicq d'Azyr, j'allai le trouver avant de m'être fait habiller à neuf, doctoralement et suivant l'usage du temps. Je parus devant le premier médecin du roi en survivance en habit de garde national, ce qui l'engagea à me parler de ce qui s'était récemment passé à Montpellier, ce qu'il savait assez exactement, moins ce qui m'était personnel, et que je lui appris. M. Vicq d'Azyr, alors logé rue de Tournon, dans un fort bel appartement, le quittait pour aller habiter le Louvre. C'était assez mal prendre son temps, mais il lui fallait un grand local pour placer le secrétariat, les archives et la bibliothèque de la Société Royale de médecine. Le secrétaire perpétuel m'engagea à assister aux séances de cette compagnie, et, de plus, m'invita à dîner le jour de ses réunions, en me disant que je trouverais chez lui beaucoup de nos confrères les plus distingués. Mon assiduité et quelques communications me valurent, le 1er mai 1792, des lettres de correspondant.

M. Vicq d'Azyr, moins bien vu à la cour qu'auparavant, pour des soupçons et des préventions dont je parlerai quand nous serons arrivés au commencement de 1793, se livrait à l'étude de l'anatomie avec plus d'ardeur que jamais. Il avait obtenu depuis peu, à l'Hôtel-Dieu, un local propre aux dissections, et avait arrêté un plan de travaux dans lequel, sans les événements de juin et d'août 1792, il eût eu pour collaborateurs principaux M. Robillard, alors chirurgien aide-major à l'hôtel des Invalides, et pour l'injection des vaisseaux lymphatiques l'auteur de ces Mémoires.

Un grand dîner fut donné au Louvre, et réunit presque tous ceux qui avaient aidé l'exécution du projet de M. Vicq d'Azyr, ou qui devaient concourir aux travaux dont il avait fixé l'ouverture à la fin de l'automne prochain.

MM. Thouret, Desaut, Manoury, Robillard, Briceau, dessinateur, et son gendre, graveur habile, étaient au nombre des convives. On ne put se dispenser de parler de la révolution. M. Thouret riait le plus souvent sardoniquement, et ne s'exprimait que par des airs de tête, pourtant désapprobateurs. M. Desaut, au contraire, parlait avec véhémence sur les dangers qui menaçaient la constitution, et désirait qu'on allât vider la querelle dans la plaine des Sablons... M. Vicq d'Azyr, singulièrement timoré, était fort embarrassé de son rôle.

Desgenettes alla aussi « rendre ses devoirs » à Louis et son récit donne une idée assez triste de ce que furent les dernières années du Secrétaire de l'Académie de chirurgie.

M. Louis, attaqué d'hydrothorax, ne recevait personne, lui qui presque toute sa vie avait eu une espèce de cour. Je m'étais souvent présenté aux écoles de chirurgie, en me contentant toutefois d'écrire mon nom que je savais pourtant devoir passer sous les yeux de M. Louis, mais que je pouvais croire tout-à-fait effacé de ses souvenirs. Lorsque, d'après les sollicitations de MM. Vicq d'Azyr, Sabatier et Thouret, je publiai à Paris, et en mars 1792, mon *Analyse du système absorbant ou lymphatique*, je ne manquai pas d'en faire hommage à M. Louis. Celui-ci donna des ordres pour que je fusse reçu, si je venais à me présenter de nouveau. Admis devant ce savant, dont la figure si belle et si fleurie exprimait habituellement une gaité expansive, je la trouvai pâle et singulièrement amaigrie. M. Louis connaissait fort bien sa maladie. « C'est, disait-il, la suite d'une lésion du cœur ; il y a longtemps que je dis à mes amis : Je mourrai vide de sang, exsanguis, dans l'acception la plus rigoureuse. Des chagrins de toute espèce ont dû amener cet état. Je n'ai été heureux, monsieur, que dans ma jeunesse, et quand mes succès n'avaient point encore éveillé l'envie, qui me poursuivra probablement au delà du tombeau. Voilà la perspective qui attend les hommes les plus dévoués au bonheur de leurs semblables.

« Arrivé à l'Académie de chirurgie et enfin au professorat dans nos écoles royales, après avoir remporté des prix de tous côtés, je cherchais avec ardeur à réunir à la théorie une pratique étendue de l'art. La place de substitut de M. Dufouart l'aîné à la Charité m'en offrait les moyens, quand les intrigues des moines parvinrent, ou plutôt me forcèrent de m'éloigner. Cette exécrable engeance, qui a la même origine espagnole que les jésuites, et qui a tenu la même marche, est un présent funeste que fit à la France, en 1601, Marie de Médicis. Que pouvait-on attendre de ces frères frocards se disant SS. Pères, qui, en s'impatronisant dans le faubourg Saint-Germain, ont eu l'impudence et même l'impiété d'écrire sur leur porte, en lettres d'or : *Caritas est Deus*, les charitains, c'est Dieu ?

« Ce fut alors, en 1771, que j'eus l'avantage d'être nommé chirurgien-major consultant de l'armée d'Allemagne, et que je fis deux campagnes très fructueusement. Depuis cette époque jusqu'à ces temps-ci, j'ai toujours appartenu au département de la guerre, comme inspecteur des hôpitaux militaires.

« Vous savez ,comme tout le monde, la part que j'ai eue à la rédaction et à la publication des cinq volumes des Mémoires de l'Académie et au recueil des prix qu'elle a décernés. Pour me remercier de ces utiles travaux, qui, en reculant les bornes de l'art, ont honoré la France, je n'ai reçu que des injures qu'un certain Valentin s'est chargé de résumer dans un livre impertinent, à la rédaction duquel on prétend que Linguet à prêté sa plume.

« Outré de cette ingratitude, car j'ai encore eu d'autres détracteurs dans l'Académie, j'avouerai que je me suis refusé, depuis quinze à dix-huit ans, à publier le sixième volume de nos Mémoires quoique j'eusse tous les matériaux nécessaires pour le faire... J'ai dit à ceux qui ne m'aimaient pas, que mon nom vivrait en dépit d'eux dans la postérité, et voilà pourquoi ils se sont récriés sur mon orgueil, c'est de la vérité... Il n'est au pouvoir de personne de faire oublier mes travaux sur l'hygiène publique et sur la médecine légale... N'ont-ils pas parlé aussi de ma vanité ?... Mais, il n'y a pas grande vanité à laisser mettre au bas de son portrait *Nobili genere natus*, quand cela est vrai. Je suis effectivement sorti de l'une de ces familles qui ont municipalement pris part au gouvernement de Metz et du pays Messin. Le maréchal Faber était aussi noble de cette manière-là. Puis cet homme orgueilleux et vain, comme on dit que je le suis, va se faire enterrer, sans pompe, au milieu des pauvres et dans le cimetière de la Salpétrière !... Au reste, si notre patrie ne m'a pas témoigné de gratitude, les étrangers m'en ont amplement dédommagé. Les rois de Danemark et de Suède sont venus ici me visiter de même que Franklin.... J'ai reçu des lettres les plus flatteuses du pape Lambertini. Joseph II, lors de son voyage à Paris, en 1781, s'est enfermé avec moi des heures entières, a pris des notes sous ma dictée et organisé son service de santé militaire d'après mes idées... Dans la place où vous

(1) Souvenirs de la fin du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe, 2 vol., 1935-36.

voyez le portrait de l'empereur, j'avais fait écrire autrefois, en caractères majuscules, cette boutade, pour écarter les importuns : Ceux qui viennent me voir me font honneur, ceux qui n'y viennent pas me font plaisir. Quand je sus que Joseph II devait venir me voir, je fis disparaître l'inscription, et je l'ai remplacée, comme vous le voyez, par un génie méditatif qui soutient le portrait dont l'empereur m'a fait présent, et ma reconnaissance a gravé sur la base *Egregii Cœsaris œternum meditans decus*... J'oubliais un grand article, et c'est celui qui a fait pousser tant de cris à mes ennemis ; il est question de ma méchanceté ; s'ils eussent eu l'esprit de dire de ma malice, je leur aurais pardonné... C'est dans les éloges que l'on accuse d'avoir parfois glissé la satire ; mais les éloges ne sont pas des panégyriques, ce sont simplement des biographies bienveillantes, encore plus destinées à faire connaître les travaux des hommes que leurs qualités morales... Au bout du compte, je n'ai pas traité d'ivrogne un de nos associés étrangers quand j'ai dit de lui qu'il s'était mis à boire du vin comme tonique, et qu'il avait pris goût au remède... Et cette médiocrité mielleuse qui disait que si on perdait la recette de la pierre à cautère, on la retrouverait en faisant calciner mes os ! Je me suis borné à dire, en voyant son portrait en costume d'échevin, avec l'ordre de Saint-Michel en sautoir : « Je suis surpris que ce cordon n'ait pas étranglé le vaniteux qui le porte ». Une autre fois j'ai dit qu'étant entré dans l'Académie des sciences par lettre de cachet, il eût dû être poursuivi pour cette espèce de viol, car c'en est un que d'entrer dans un corps par force. Enfin, en apprenant le pompeux convoi dont la ville l'avait entouré à sa mort, je me suis écrié : Ah ! que M. B. eût eu de plaisir à voir passer son enterrement !

« J'ai ri toute ma vie, et suis loin de m'en défendre, de beaucoup de choses dont les hommes ont rarement le courage de rire... A la perte de ma fortune placée sur l'Etat, ce qui me prive de faire des legs que je méditais depuis longtemps, se joint une tracasserie perfide, et qui m'afflige. Notre législation ayant maintenu la peine de mort, le docteur Guillotin proposa, comme vous le savez, la décapitation au moyen d'une machine anciennement connue en Italie, et dont on a vu un modèle au théâtre d'Audinot. Quand cet instrument de supplice fut adopté, il fallut l'exécuter, et un arrêté du directoire du département de Paris me chargea d'en déterminer et surveiller la construction, et de faire les expériences que je jugerais nécessaires. La part que j'ai prise à cette affaire, que j'ai regardée comme un acte d'humanité, s'est bornée à corriger la forme du couperet et à le rendre oblique pour qu'il pût couper net et atteindre le but. Mes ennemis ont alors essayé, et par la voie de la presse la plus licencieuse, de faire donner à la fatale machine le nom de Petite-Louison, qu'ils ne sont cependant pas parvenus à substituer à celui de Guillotine... J'ai eu la faiblesse de me chagriner outre mesure de cette atrocité, car c'en est une, quoiqu'on ait voulu la faire passer pour une plaisanterie de bon goût.

« Je viens d'éprouver de la satisfaction en épanchant mon cœur ; mais je la paierai cher, car j'éprouve une difficulté de respirer qui va aller en croissant... d'ailleurs je ne dors plus.

« Si je n'avais pas l'honneur et le plaisir de vous revoir, et que vous vouliez accepter un conseil, prenez, monsieur, du service dans l'armée. La guerre que nos habiles ont déclarée à l'empereur, comme roi, ont-ils eu la simplicité de dire, comme roi de Hongrie et de Bohême, va devenir la cause de l'Empire et de ses alliés. Le conflit sera européen, et vous trouverez plus de paix et de sécurité au milieu des armées que dans l'intérieur de la France, que je crois menacée des plus grands troubles et des plus grands malheurs. »

Desgenettes avait connu Hébert, né à Alençon comme lui ; et le récit de la visite au Père Duchesne *montrerait, si on ne le savait déjà, que les révolutionnaires ne sont souvent que d'affreux aristocrates.*

Dès mon retour à Paris, à la fin de 1791, j'avais rencontré à la Grève, ou plutôt sous l'arcade Saint-Jean, mon compatriote et presque condisciple Hébert, qui m'avait témoigné, avec la satisfaction qu'il éprouvait en me revoyant, combien il avait souvent regretté que je fusse absent de la capitale aux premiers jours de la révolution. « Vous auriez sûrement joué un rôle important, me disait-il ; mais vous nous arrivez quand tout est à peu près fini... Je demeure assez près d'ici, rue Saint-Antoine, en face du passage de ce nom, qui débouche rue du Roi des Deux-Siciles. Mon petit logement est au troisième sur le devant. Je n'ai pas oublié du tout et vos constantes bontés, et ce que je vous dois, je veux parler de l'argent si généreusement prêté, car je n'oserais rappeler et ne pourrais compter celui que vous avez souvent donné pour moi chez les traiteurs des rues de la Parcheminerie, de Mâcon et de la Grille du Carrousel. Sans vous et les honnêtes Parisot, de la rue des Noyers, je serais mort de faim... Je ne puis répondre, monsieur, des heures auxquelles je suis chez moi où je dîne pourtant tous les jours, et où je m'estimerais aussi honoré qu'heureux de vous posséder. Mais vous êtes sûr de trouver toujours mon épouse, car je suis marié. Madame Hébert est une religieuse de la Conception-Saint-Honoré, jeune et fort spirituelle. Malgré son ardent patriotisme, elle a conservé beaucoup de piété, et comme je l'aime tendrement, je ne la contrarie point sur cet article, et me borne simplement à quelques plaisanteries. »

Je n'avais point répondu à cette invitation, ni même eu l'occasion de revoir Hébert depuis la fin de 1791, lorsque, le 24 février 1793, je l'aperçus, rue Saint-Honoré près celle du Roule, faisant partie du cortège qui précédait et conduisait les restes de Pelletier de Saint-Fargeau au Panthéon. Cette imposante réunion se composait des membres de la convention nationale, de toutes les autorités administratives et judiciaires du département, de la municipalité et du bureau de ses quarante-huit sections, enfin de la société des Jacobins. M'étant arrêté pour voir défiler ce cortège suivi et fermé par de belles troupes, je fus reconnu et salué par le maire Chambon et le procureur de la commune Chaumette. Hébert, qui m'aperçut aussi, se détacha du groupe municipal, m'aborda en me serrant brusquement la main et me dit : Où diable demeurez-vous donc ? — Rue du Paradis au Marais, n° 3. — J'ai des choses importantes à vous communiquer et suis toujours logé rue Saint-Antoine.

Je m'abstins encore d'aller trouver Hébert. Cependant, au bout de très peu de jours, j'appris qu'un monsieur d'assez bonne mine, me dit-on, bien mis et se disant substitut du procureur de la commune, était venu me demander, et qu'il avait paru contrarié de ne m'avoir pas rencontré. Ne croyant pas pouvoir reculer, je me rendis le lendemain vers cinq heures chez Hébert, où je trouvai son épouse, la ci-devant sœur Goupille, qui, en attendant son mari, s'occupait des apprêts d'un dîner assez délicat, car le tribun aimait la bonne chère.

Mme Hébert me reçut fort bien et me dit que son mari lui avait tant de fois parlé de moi et avec tant d'affection, que nous étions deux anciennes connaissances. Je m'approchais, pour la contempler, d'une gravure d'après le beau tableau du Titien ou de Paul Véronèse, qui représente Jésus-Christ avec deux de ses disciples chez Emmaüs, quand je vis qu'Hébert avait écrit au dessous : Le sans-culotte Jésus soupant avec deux de ses disciples dans le château d'un ci-devant... « Voilà, me dit madame Hébert, une de ces mauvaises plaisanteries que mon mari se permet souvent contre la religion, par suite d'une détestable habitude dont je désespère de le guérir... Je suis, monsieur, très attachée au christianisme... C'est notre révolution dans ce qu'elle a de plus beau, car je n'avoue pas tout... Je prêche aux Jacobins, dans la société de nos sœurs, la même doctrine que l'abbé Fauchet prêche à nos frères dans leurs réunions. — Pardon, madame, pour celui-là, c'est un drôle d'apôtre à moins qu'une éclatante conversion... — Oui, monsieur, un grand et véritable apôtre qui m'a inspiré une portion de l'enthousiasme qui l'anime, et j'ai lieu de croire qu'il n'est pas non plus mécontent du zèle avec lequel je cherche à l'imiter. Je sais tous les avantages qu'a sur moi l'évêque du Calvados ; il les doit à la nature et à ses talents supérieurs, car c'est un très bel homme, et tout le monde convient qu'il est aussi très éloquent. »

Hébert arriva à six heures. Avant de se mettre à table, où nous restâmes trois heures, il prit dans un secrétaire une centaine de francs en or, qu'il me remit comme une vieille dette avec mille remerciments. Au bout de quelques instants, on frappe très rudement à la porte, et j'entends un homme d'une voix forte et enrouée dire, en jurant, qu'il vient pour la troisième fois, depuis midi, pour parler au père Duchesne... A ces mots, Hébert, se leva et alla prendre par la main cet homme

musculeux, d'une figure dure et même hideuse, et tout déguenillé... — Te voilà, bon b....., lui dit-il, je suis bien fâché de tes allées et venues ; mais je me suis occupé de toi ; tu n'es pas de ceux qu'on peut oublier... Mais si par hasard tu n'avais pas dîné ? — Moi, il y a bien longtemps que c'est fait... au coup de deux heures tout juste, puis il ne me faut pas tant de fricot... Donne-moi seulement un verre de ton vin qui ne m'a pas l'air chien, et je vais boire à ta santé et à celle de l'aimable compagnie. — Fort bien, trinquons ensemble, et retire-toi tranquille. Ton affaire se fera ce soir aux Cordeliers, comme j'en suis convenu avec Danton et Legendre, et tu auras une place de concierge des prisons que tu as bien gagnée. Adieu frère et ami, puisque tu ne veux rien prendre de plus... Vous voyez, Monsieur, me dit alors Hébert, que ce patriote s'adressait au père Duchesne, et vous avez aussi entendu que c'est le père Duchesne qui lui a répondu. A l'Hôtel de Ville et en fonction, j'ai, comme dans le monde, un tout autre langage. Je suis même du très petit nombre d'hommes du 10 août qui ont conservé leur coiffure et un costume décent. Les sabots que porte Chaumette ne font pas sur le peuple l'effet qu'il en attend. »

Les souvenirs de Desgenettes s'arrêtent à 1796 et on ne peut que les regretter ; plus vivants, moins techniques que ceux de Larrey, ils eussent fourni une belle contribution pour l'histoire de l'épopée impériale.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Le spasme vasculaire. *Conférences de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaire*, par MM. Heymans, Brouha, Maranon, Duque, Riser, Leriche, Fontaine, Loeper, Lemaire, Chabrol. Un vol. in-8°, 349 p. Imp. de l'Avenir, Clermont-Ferrand, 1937.

Le spasme vasculaire fut à dessein choisi comme thème des rapports préparés pour le Congrès de cardiologie de Royat et le volume qui réunit ces rapports contient une série de mémoires de grand intérêt. La question ne pouvait se fonder plus solidement que sur une étude très serrée du tonus vasculaire au point de vue physiologique ; les Professeurs belges C. Heymans et Lucien Brouha en ont fourni une étude magistrale, avec 111 pages de texte, onze pages d'une bibliographie très complète et de très nombreux tracés et graphiques originaux.

Un second mémoire décrit les rapports du spasme vasculaire avec les troubles endocriniens ; il est signé des Professeurs Maranon et Duque (de Madrid) ; il contient une importante contribution à l'étude pathogénique de l'hypertension artérielle ; il constitue un mémoire un peu plus clinique qu'expérimental. C'est au Professeur Riser (de Toulouse) que fut confié la question des spasmes des vaisseaux encéphaliques. On y trouve à chaque ligne la marque de la compétence et de l'originalité incontestées. Ce n'est pas en vain que M. Riser, après avoir découvert la sécrétion, la circulation intra-cranienne et la résorption du liquide céphalo-rachidien s'est attaqué au problème des spasmes vasculaires en créant une technique tout à fait nouvelle : la microphotographie des artérioles à travers un hublot fixé dans une ouverture au trépan.

Les conceptions thérapeutiques sont exposées par les Professeurs Leriche et Fontaine (de Strasbourg) au point de vue chirurgical et par les Professeurs Loeper et André Lemaire (de Paris). On ne pouvait faire appel à des compétences plus éclairées ; d'un côté une longue série de recherches opératoires et expérimentales, de l'autre un enseignement de la thérapeutique appuyé sur de nombreuses recherches originales de laboratoire, dont quelques-unes en collaboration avec Mougeot, et d'autres aboutissant à l'association de l'yohimbine à l'acétyl-choline.

La réunion de ces cinq rapports, avec une conférence très littéraire de M. le Professeur agrégé Chabrol sur l'évolution des indications thérapeutiques de Royat constitue un volume de grande valeur documentaire que la Compagnie fermière des Eaux minérales de Royat enverra au prix coûtant (9 francs, port compris) et sur leur demande à ceux qui n'avaient pas souscrit d'avance.

Précis de médecine coloniale, par Ch. Joyeux et A. Sicé. Deuxième édition refondue. Un volume de 1.250 pages avec 240 figures (collection des Précis médicaux): Cartonné toile, 170 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce précis est destiné au médecin exerçant dans les pays chauds, au jeune praticien colonial, à l'étudiant. L'auteur y envisage les maladies communes des pays chauds, rares ou inconnues en France. Quant aux affections cosmopolites, il indique quelques particularités de leur évolution sous les tropiques.

Les maladies coloniales sont envisagées de la façon suivante : celle des appareils (première partie) ; les affections fébriles (deuxième partie); enfin les maladies générales (troisième partie). Cette classification peut-être plus empirique que nosologique, a l'avantage de rendre le livre facile à consulter. Le même plan est suivi pour la description de chaque affection : définition historique, répartition géographique, épidémiologie (agents pathogènes et modalités épidémiologiques), symptomatologie, marche de la maladie, complications, pathogénie, anatomie pathologique, diagnostic, pronostic, traitement, prophylaxie. On appréciera la part importante qui est faite aux questions d'épidémiologie et de prophylaxie.

Des références bibliographiques suffisantes sont indiquées. En raison des progrès accomplis dans la pathologie exotique, au cours de ces dernières années cette édition comprend des additions assez considérables. Le nombre des figures a été aussi augmenté.

La Cardiologie du Praticien. *I. Les troubles du rythme du cœur. Notions élémentaires d'électro-cardiographie. Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur. La cardiodynamométrie clinique*, par A. Pruche. 1937, un vol. gr. in-8, 152 pages, 42 fig. et des planches. Broché 36 francs, Baillière et fils éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

La cardiologie vient de s'enrichir du second tome du traité du Docteur Pruche ; la parution rapide de cet ouvrage a eu pour cause essentielle le bienveillant accueil qui a été fait au premier volume.

Un troisième et dernier volume viendra terminer ce traité. Il traitera les types circulatoires, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique cardiaque en général.

Divers

1848 et la Seconde République, par Jules Bertaut. Un vol. Prix : 20 francs. Librairie Fayard, 18, rue du Saint-Gothard, Paris.

La Révolution à Paris... L'apparition du drapeau rouge. On suit dans ce livre qui se dévore comme un roman, le déroulement d'une crise qui ressemble fort à celle que nous traversons.

Revue des cours et conférences. Le n° : 5 francs. Abonnement, France : 70 francs. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mai 1937 : R. Pitron : Autour de Richards Wagner (I) : Nietzche et Wagner. — P. Lachièze-Rey : Les idées morales, sociales et politiques de Platon (V). Hiérarchie des fonctions et des techniques. La technique d'usage suprême et l'idée de l'âme (*suite*). — Ch. Lalo : L'art et la vie (V) : L'ennoblissement par l'art. — J. Cousin : Nature et mission du poète dans la poésie latine (VI) : Ciceron. — J. Tourneur-Aumont : Duguesclin précurseur (IV) : Le génie breton. La vie féminine. — P. Yvon : Les crises de la morale et de la moralité dan l'histoire de la civilisation et de la littérature des pays anglo-saxons (VIII) : P'évolution de la moralité de 1760 à 1820. — E. Fidao-Justiniani : Discours sur la raison classique (IV).

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Allendy (Dr René). — **Paracelse le médecin maudit.** Ill. 8 hors-texte. 200 p. Br. : 24 fr. ; Alfa : 70 fr. *N. R. F.*

Gattefossé (R.-M.). — **Aromathérapie. Les huiles essentielles. hormones végétales.** 187 p. Br. : 20 fr. *Girardot.*

Murols (Georges-C.). — **Ne m'enterrez pas vivant.** Br. : 12 fr. *Ed. Médicis.*

EUPEPTIQUE pour Adultes et Enfants

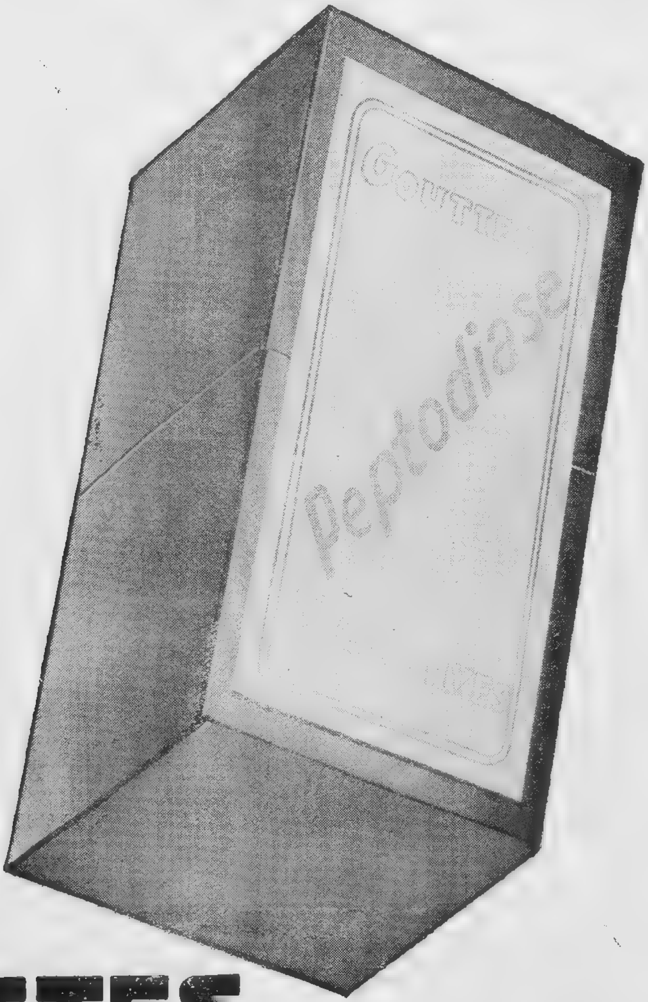
(CHLORURE DE CA, Mg, ET Na + AMERS DE GENTIANE)

Etats Hyposthéniques

Digestion lente, Atonie Gastrique

Anorexie, Aérogastrie

Posologie : Adultes : 30 gouttes à chaque repas.
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.



GOUTTES PEPTODIASE DIGESTIVES

(NÉMET - JEP-CARRÉ)

Laboratoires du DR ZIZINE, 24, Rue de Fécamp, PARIS (12°)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 31 — 31 JUILLET 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine. — VACANCES 1937. — BIBLIOTHÈQUE. — Les séances du soir seront reprises à partir du 1er octobre.

La bibliothèque sera ouverte : *en août* : les jeudis 5, 12, 19, 26, de 14 à 17 heures ; *en septembre* : du 2 au 14, les mardis, jeudis, samedis de 14 à 17 heures, du 15 au 30 : les mardis, mercredis, jeudis, vendredis de 14 à 18 heures.

Le service normal quotidien reprendra à partir du 1er octobre.

Secrétariat. — Pendant la durée des vacances (à partir du 15 juillet) le secrétariat sera ouvert tous les jours (de midi à 15 heures).

Le service normal (de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures) reprendra à partir du 1er octobre.

Clinique gynécologique (Hôpital Broca. Professeur : M. Pierre Mocquot). — *Cours de vacances.* — M. R. Palmer, M. J. Guillot, M. R. Moricard, M. P. Lejeune, M. J. Pulsford, Mlle Wolff, feront ce cours du lundi 20 septembre au samedi 2 octobre 1937.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 20 septembre, 9 h. 30, M. PALMER : Le test de Schiller. — 10 heures : Consultation par M. PALMER. — 17 heures, M. PALMER : Diagnostic gynécologique. Méthodes d'exploration.

Mardi 21 septembre, 9 h. 30 : Technique des applications de diathermie et de diathermo-coagulation. Démonstrations par M. LEJEUNE. — 11 heures, M. MORICARD : Les biopsies du col utérin (*projections*). — 17 heures, M. PALMER : Diagnostic et traitement des fibro-myomes de l'utérus. Conservation et autogreffes de l'ovaire ; M. PULSFORD : Radiothérapie des fibromes.

Mercredi 22 septembre, 9 h. 30 : Opération par M. PALMER. — 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF. — 11 heures : Technique de l'hystéro-salpingographie au lipiodol par M. PALMER. — 17 heures, M. MORICARD : Cycle génital. Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse.

Jeudi 23 septembre, 9 h. 30, M. MORICARD : Diagnostic biologique de la grossesse sur la lapine. Démonstration. — 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD. — 11 h. 30 : Electro coagulations par M. LEJEUNE. — 17 heures, M. LEJEUNE : Stérilités.

Vendredi 24 septembre, 9 h. 30 : Opérations par M. GUILLOT. — 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE. — 10 h. 30 : Indications et technique de l'insufflation utéro-tubaire. Démonstrations par M. PALMER. — 17 heures, M. PALMER : Diagnostic et traitement des déviations utérines et des prolapsus génitaux.

Samedi 25 septembre, 9 h. 30, M. PULSFORD : Les ondes courtes en gynécologie. Démonstrations. — 10 h. 30 : Examen des malades du service par M. PALMER. — 17 heures, M. LEJEUNE : Métrites. Blennorragie. Diagnostic et traitement des leucorrhées.

Lundi 27 septembre, 9 h. 30 : Opérations par M. GUILLOT. — 10 heures : Consultation par M. PALMER. — 17 heures, M. PALMER : Diagnostic et traitement des salpingo-ovarites des paramétrites et des péritonites d'origine génitale.

Mardi 28 septembre, 9 h. 30, M. GUILLOT : Cancer du corps utérin. — 10 heures : Explorations par M. PALMER. — 11 heures, M. MORICARD : Les biopsies du corps utérin (*projections*). — 17 heures, M. GUILLOT : Cancer du col utérin.

Mercredi 29 septembre, 9 h. 30 : Opérations par M. PALMER. — 10 heures : Consultation par Mlle WOLFF. — 11 heures, M. GUILLOT : Grossesse extra-utérine. Hémopéritoines d'origine génitale.

Jeudi 30 septembre, 9 h. 30, M. GUILLOT : Tuberculose utéro-annexielle. — 10 heures : Consultation d'endocrinologie gynécologique par M. MORICARD. — 11 h. 30 : Electro coagulations par M. LEJEUNE. — 17 heures, M. LEJEUNE : Avortement et accidents consécutifs.

Vendredi 1er octobre, 9 h. 30 : Opérations par M. GUILLOT. — 10 heures : Insufflations utéro-tubaires par M. PALMER. — 10 heures : Consultation par M. LEJEUNE. — 17 heures, M. PALMER : Les métrorragies. Les douleurs.

Samedi 2 octobre, 9 h. 30, M. PALMER : L'hystéroscopie. Démonstration. — 10 h. 30 : Examen des malades du service par M. PALMER. — 17 heures, M. MORICARD : Pathologie et thérapeutique hormonales.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrét riat, les lu ndis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures) ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (D. A. R. M.)

Ecole de médecine de l'Indo-Chine. — Sont nommés : Professeur de clinique médicale, M. Ch. Massias ; professeur de clinique chirurgicale, M. Meyer-May ; professeur de clinique obstétricale, M. Daléas : professeur de parasitologie, M. H. Galliard ; professeur d'anatomie, M. Huard, agrégés des Facultés.

Professeur de pathologie tropicale, M. Toullec, agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé colonial.

Cours de broncho-œsophagoscopie. — Sur l'invitation du Docteur Le Mée, chef de service O.-R.-L. à l'hôpital Necker-Enfants-Malades, le Docteur Chevalier Lawrence Jackson, professeur de Clinique broncho-œsophagoscopique à Temple university de Philadelphie, commencera, le 1er septembre 1937, un cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie, avec la collaboration des Docteurs Maurice Bonnier, Fernand Eeman, A. Soulas et J. Vialle, anciens assistants de la clinique broncho-œsophagoscopique de Philadelphie.

Les leçons théoriques et les démonstrations cliniques auront lieu le matin : dans la nouvelle installation de broncho-œsophagoscopie du pavillon Blumenthal à l'hôpital Necker-Enfants-Malades. Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi à l'école d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (Docteur Robinau, chirurgien honoraire des hôpitaux, directeur). Le cours sera fait en français et en anglais ; il comprendra dix leçons et sera terminé le 11 septembre 1937.

PROGRAMME. — *Première semaine : du 1er au 4 septembre.* — Mercredi 1er septembre, 10 h. 30 : Séance inaugurale. Principes généraux de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie. Projections de films cinématographiques : American Hospital of Paris, 63, boulevard Victor-Hugo, à Neuilly (salle de conférences). — 15 heures : Exercices pratiques ; laryngoscopie directe et trachéoscopie sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Jeudi 2 septembre, 9 h. 30 : L'installation, l'organisation l'instrumentation broncho-œsophagoscopique : hôpital Hecker-Enfants-Malades (pavillon Blumenthal), 149, rue de Sèvres. —

10 h. 30 : La laryngo-trachéo-bronchite aiguë (projection cinématographique). La laryngoscopie directe chez l'enfant : hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon Blumenthal), 149, rue de Sèvres. — 15 heures : Laryngoscopie directe et trachéoscopie sur le chien : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Vendredi 3 septembre, 9 h. 30 : Le « contact ulcer » du larynx. Les sténoses laryngées : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 11 heures : Problèmes mécaniques posés par les corps étrangers trachéo-bronchiques et leur solution (projections). — 15 heures : Exercices pratiques : laryngostomie ; trachéotomie sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Samedi 4 septembre, 9 h. 30 : La bronchoscopie chez l'enfant : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 10 h. 30 : Le traitement post-opératoire de la trachéotomie : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 15 heures : Exercices pratiques : la bronchoscopie sur le chien : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — 22 heures : Réception à l'exposition internationale, à bord de la Vedette mise à la disposition des organisateurs.

Deuxième semaine : du 6 au 11 septembre. — Lundi 6 septembre, 9 h. 30 : Les tumeurs du larynx. Le cancer du larynx. Tumeurs de la trachée ; leur traitement : hôpital Laennec (service du Docteur André Bloch). — 10 h. 30 : Causes et diagnostic de l'obstruction des bronches (projections). — 15 heures : Recherche et extraction des corps étrangers des bronches sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Mardi 7 septembre, 9 h. 30 : Technique de l'œsophagoscopie. Diagnostic et traitement des maladies de l'œsophage : diverticules, cardio-phréno-spasmes, cancer (projections) : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 15 heures : Œsophagoscopie et gastroscopie sur le sujet : amphiteâtre d'anatomie.

Mercredi 8 septembre, 9 h. 30 : Les corps étrangers de l'œsophage ; problèmes d'extraction et prévention des accidents (projections) : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 10 h. 30 : Traitement des rétrécissements de l'œsophage, du cancer de l'œsophage, des diverticules. — 15 heures : Extraction des corps étrangers de l'œsophage sur le sujet : amphithéâtre d'anatomie.

Jeudi 9 septembre, 9 h. 30 : Gastroscopie. Œsophagoscopie rétrograde : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 10 h. 30 : Extraction des corps étrangers broncho-œsophagiens sous radioscopie. Radioscopie biplane : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 15 heures : Extraction des corps étrangers de l'œsophage sur le chien : amphithéâtre d'anatomie.

Vendredi 10 septembre, 9 h. 30 : Données nouvelles sur le diagnostic et la thérapeutique bronchoscopique : prélèvement des sécrétions ; séparation des crachats, broncho-spirométrie. La bronchoscopie dans les trachéites, dans l'asthme, dans la tuberculose, dans les tumeurs broncho-pulmonaires. La bronchographie lipiodolée chez l'adulte. Le « goutte à goutte bronchique » chez l'enfants : hôpital Laennec (service du Docteur André Bloch). — 15 heures : Extraction des corps étrangers des bronches et de l'œsophage chez le chien amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Samedi 11 septembre, 9 h. 30 : La broncho-scopothérapie et la broncho-aspiration dans les abcès du poumon, dans la broncho-pneumonie et les bronchiectasies : hôpital Necker-Enfants-Malades. — 11 h. 30 : « Round table discussion ». — 13 heures : Déjeuner à l'Exposition internationale, offert par les organisateurs du cours.

Pour la bonne organisation des exercices pratiques, le nombre des participants est limité à douze. Droit d'inscription : 2.000 francs. Un diplôme sera délivrée à la fin du cours.

Pour tous renseignements et inscription s'adresser au Docteur Zha, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Histologie. — 1° *Travaux pratiques supplémentaires* : Des séries de travaux pratiques supplémentaires auront lieu au laboratoire des travaux pratiques, du 4 au 16 octobre. Les séances dureront tous les jours, de 13 h. 30 à 16 heures. Les étudiants ancien régime pourront suivre les deux séries avec une seule inscription.

Le programme comportera une révision complète de l'histologie : première année, Tissus et appareil respiratoire ; deuxième année, Organes.

Ces travaux sont destinés en outre aux étudiants dont les travaux pratiques n'ont pu être validés par suite d'absences ou d'application insuffisante.

2° *Conférences complémentaires d'histologie et d'embryologie* : En vue de la préparation à l'examen de la session d'octobre, des conférences théoriques de révision du programme auront lieu chaque jour, du 1er au 21 octobre, à 17 heures, salle Laguesse (escalier G, 2e étage).

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit d'inscription est de : 150 francs pour les travaux pratiques ; 50 francs pour les conférences complémentaires.

Ecole centrale de puériculture. — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le jeudi 18 novembre 1937, à 16 heures, au Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel III, Paris (VIIIe).

TRAVAUX ORIGINAUX

Pyopneumothorax enkysté de la grande cavité pleurale, consécutif à une pneumonie (1)

Par MM. WAREMBOURG et CHAYVIALLE

Le pneumothorax spontané est considéré classiquement comme une complication rare des pneumopathies aiguës. Proust, Durant, von Mering, Galliard en signalent les premières observations ; d'autres sont rapportées chez l'enfant par Rilliet et Barthez, Barrier, Roger, Tissier, Mme Gorecka-Meinier. Enfin, il y a quelques années MM. Jean Minet et Houcke relatent cinq cas de pneumothorax spontanés survenus chez l'adulte au cours de pneumopathies aiguës diverses, montrant ainsi que cette complication revêt une fréquence plus grande qu'il avait été dit tout d'abord.

Le pneumothorax survenant dans ces conditions réalise rarement un accident brutal dramatique ; il occupe alors la totalité de la cavité pleurale et donne des points de vue clinique et radiologique, le syndrome classique que chacun connaît.

Bien plus souvent, c'est à un peneumothorax localisé que l'on a affaire ; d'apparition extrêmement latente, il offre des difficultés de diagnostic expliquant qu'on ait pendant longtemps méconnu la fréquence relative de cette complication. A l'examen clinique, une hypersonorité localisée, parfois avec percussion douloureuse, un affaiblissement des vibrations vocales, allant parfois jusqu'à l'abolition complète, plus rarement la disparition du murmure vésiculaire en une région très limitée sont les seuls symptômes observés.

Radiologiquement, on constate une diminution de l'ampliation thoracique, l'immobilité de l'hémidiaphragme, l'élargissement des espaces intercostaux, enfin la présence d'une bulle gazeuse limitée, siégeant la plupart du temps à la base, au niveau du sinus costo-diaphragmatique et surtout visible en position oblique.

Quelle qu'en soit la forme, le pneumothorax consécutif à une pneumopathie aiguë banale revêt une évolution plus ou moins rapidement favorable et aboutit à la résorption complète. Bien plus, il est peu fréquent qu'il se complique d'épanchement liquidien. Rares, en effet, sont les observations d'hydropneumothorax de ce type rapportées par les anciens auteurs. Plus récemment entrent dans ce cadre, d'une part une observation relatée dans le travail de MM. Minet et Houcke et concernant un hydropneumothorax enkysté de la base ayant compliqué une congestion pulmonaire typhique, d'autre part une observation de MM. Gouriou, Moudon, Marçon et Lahillonne : hydropneumothorax de la grande cavité secondaire à une pneumonie. Voici, résumées, ces deux observations.

OBSERVATION I (Jean Minet et Houckè). — Mme D...., 47 ans, entre à la clinique médicale et phtisiologique de la Charité à Lille le 15 août 1929, pour une fièvre typhoïde. Evolution normale jusqu'à la convalescence. A la suite d'une congestion pulmonaire à microbes banaux la malade fait une crise de dyspnée avec angoisse et douleur déchirante dans l'hémithorax droit.

A l'examen immobilité complète de l'hémithorax droit avec tous les signes classiques du pneumothorax partiel inférieur enkysté. Rapidement transformation en hydro-pneumothorax avec matité de la base, bruit d'airain, succussion hippocratique, souffle amphoro-métallique.

Le liquide pleural est aseptique.

Une radiographie pratiquée à ce moment montre l'aspect classique de l'hydro pneumothorax. La malade fait un long séjour à l'hôpital, au cours duquel l'épanchement et le pneumothorax disparaissent petit à petit.

Elle est revue à la consultation externe du service six mois après. A l'ausculation on constate de la matité, de l'obscurité respiratoire à droite, avec quelques frottements pleuraux.

OBSERVATION II (Gouriou, Moudon, Marçon et Lahillonne). — Le 5 mai 1936 est hospitalisé à l'hôpital maritime le matelot B... pour « douleurs auriculaires et état fébrile ». Lexamen révèle l'existence d'une otite moyenne suppurée, qui, traitée par une paracentèse et la radiothérapie, évolue normalement vers la guérison.

Le 6 juin, ce matelot est envoyé en convalescence et peut reprendre son service le 20 juin. Mais le 8 juillet, il présente de l'otalgie en même temps qu'une température élevée. Il est donc hospitalisé et, à son entrée, on pratique une paracentèse qui donne issue à un écoulement purulent assez abondant ; on ne note aucune réaction mastoïdienne. Malgré un état local satisfaisant, l'hyperthermie persiste, la fièvre oscillant autour de 40°.

Aussi le malade est-il évacué le 15 juillet sur un service de médecine générale.

L'examen clinique révèle alors des signes de condensation au niveau du tiers du poumon gauche, diagnostic confirmé par l'examen radiologique qui montre un foyer homogène de densification triangulaire à sommet hilaire.

L'état général du malade paraît sérieux ; il donne l'impression d'un sujet profondément infecté. La fièvre se maintient aux environs de 39°, une dyspnée progressive s'installe sans que notre malade ait éprouvé à aucun moment de douleurs thoraciques brusques, et le 8 août, l'examen clinique révèle l'adjonction aux signes de pneumonie de ceux d'un pneumothorax. L'examen radioscopique montre, en effet, un décollement complet du lobe supérieur.

Le pneumothorax ne tarde pas à se compliquer d'un épanchement pleural aseptique à polynucléaires. La dyspnée demeure toujours importante et le 8 septembre, devant son intensité, une ponction pleurale est pratiquée ; elle révèle une pression positive à + 20 ; on évacue 500 c. c. d'air.

A partir du 17 septembre, l'état général du malade s'améliore, la fièvre revient progressivement à la normale, les signes fonctionnels s'amendent, l'épanchement se résorbe assez rapidement, et le 23 octobre ce malade est envoyé en convalescence.

De nombreux examens de crachats avaient été pratiqués. Au cours de l'évolution de la pneumonie aiguë, ils avaient montré la présence de pneumocoques abondants, la bacilloscopie avait été contamment négative.

Nous pouvions donc penser qu'il s'était agi d'un pneumothorax survenu au cours d'une pneumonie à pneumocoques, cette dernière ayant probablement été en relation avec l'otite aiguë qu'avait antérieurement présenté notre malade.

Cette impression devait être confirmée en décembre 1936. Au retour de sa convalescence, qui s'était passée sans le moindre incident morbide, ce matelot fut réhospitalisé pour examen de contrôle ; son état général était excellent. L'examen radioscopique montrait seulement la persistance d'une petite chambre de décollement supéro-externe et antérieure ; le poumon était parfaitement transparent et ne présentait pas la moindre image suspecte. Un examen radiographique pulmonaire pratiqué le 27 mars 1937 a montré la disparition complète de cette petite chambre de décollement et le sujet est en parfait état.

Il est remarquable que dans l'un et l'autre de ces cas, le liquide pleural retiré par la ponction était rigoureusement aseptique. Ce fait tient probablement à deux raisons : tout d'abord, il est probable qu'en pareil cas la perforation pulmonaire, de calibre restreint, s'obture rapidement avant que n'ait pu être réalisée l'infection massive de la cavité pleurale, d'autre part, cette perforation siégeant non pas en parenchyme hépatisé, mais en tissu périlésionnel plus ou moins modifié par des lésions d'emphysème aigu, les conditions d'infection pleurale se trouvent réduites au minimum.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'il en soit toujours ainsi : l'observation suivante de pneumothorax enkysté de la grande cavité consécutif à une pneumonie en apporte la preuve exceptionnelle, mais convaincante.

OBSERVATION PERSONNELLE. — C... Isaïe est un homme âgé de 47 ans, ancien mineur, indemne de tout antécédent pathologique.

(1) Travail de la clinique médicale et phtisiologique de la Faculté de Lille Professeur Jean Minet).

Il a présenté brusquement il y a trois jours un frisson extrêmement intense, accompagné de malaise général et de vomissements et bientôt suivi d'un violent point de côté sous-mammaire droit.

A l'heure actuelle la dyspnée est notable. Une toux fréquente ramène une expectoration faite de crachats tantôt rouillés comme dans la pneumonie, tantôt noirs comme dans l'anthracose.

A l'examen on se trouve en présence d'un sujet bien constitué, de corpulence normale, au facies vultueux et couvert de sueurs.

On met en évidence, dans la région interscapulaire-vertébrale en arrière et sous-claviculaire en avant un syndrome de pneumonie typique : matité, vibrations exagérées, souffle tubaire, râles crépitants, bronchophonie, pectoriloquie aphone .

L'examen des autres appareils révèle peu de symptômes anormaux. Le pouls est régulier et bien frappé, à 110. La tension artérielle est à 12-7, indice 3.

L'auscultation du cœur permet de déceler un léger bruit de galop gauche.

Du point de vue digestif, le foie est un peu augmenté de volume et douloureux ; il existe un subictère discret.

Les urines rares, hautes en couleur ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le système nerveux est normal.

La température est au voisinage de 41°.

L'examen radiologique du thorax permet de déceler, à droite, dans la région supérieure, une image triangulaire à pointe hilaire, bien limitée, homogène, très opaque, respectant en dedans une mince zone claire paramédiastinale, semblant limitée vers le bas par la petite scissure. De plus, au niveau des deux poumons, les régions moyennes para-hilaires sont le siège d'images non homogènes, de type tantôt linéaire, tantôt nodulaire, d'aspect fibreux, correspondant selon toute vraisemblance, à une anthraco-silicose ancienne.

Les crachats renferment de nombreux penumocoques et quelques streptocoques. On n'y peut déceler de bacilles de Koch ni par l'examen direct, ni par l'homogénéisation.

En résumé donc, pneumonie franche lobaire aiguë chez un sujet antérieurement touché par l'anthraco-silicose.

Au cours des jours suivants, la température baisse progressivement jusqu'à atteindre 38°5 le 20 mai. Du 20 au 26 elle persiste, oscillante, comprise en 38° le matin et 39° à 39°5 le soir. L'état général est assez altéré.

Le 26, l'auscultation révèle un changement important dans la symptomatologie physique. On note dans la région inter-scapulo-vertébrale une aire de matité suspendue, avec abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Sous la clavicule existe de plus un souffle inspiratoire et expiratoire, de timbre légèrement metallique.

Mais surtout l'examen radiologique permet de déceler dans la région où existait antérieurement l'ombre pneumonique, une volumineuse image hydro-aérique, avec niveau liquide étendu de la paroi costale au médiastin. La quantité de liquide ainsi mise en évidence paraît d'ailleurs peu importante.

Fait remarquable, à aucun moment l'expectoration n'a été purulente ; elle a cessé maintenant d'offrir l'aspect rouillé, pour offrir la coloration noir sombre des crachats anthracosiques.

Notre diagnostic erre à ce moment entre diverses hypothèses : pleurésie interlobaire, abcès pulmonaire nécrotique aigu, etc., nous reviendrons avec plus de détail sur ce point particulier.

Quoiqu'il en soit, l'indication opératoire nous semble urgente. Le malade est donc confié au chirurgien le 27 mai. Après incision le long de la ligne axillaire postérieure et résection d'une côte, on tombe dans une poche pleurale enkystée de la grande cavité, limitée partout par des adhérences épaisses, et étendue surtout à la partie supérieure et postéro-latérale de l'hémithorax. Elle renferme une petite quantité de pus épais, bien lié, verdâtre. Cette poche est au contact d'un parenchyme hépatisé, dense qui est ponctionné à plusieurs reprises sans que l'on en puisse retirer la moindre parcelle de pus.

La cavité pleurale est drainée au cours des jours suivants, l'état général s'aggrave, la fièvre s'élève, le malade prend l'aspect d'un grand infecté. Finalement il succombe. L'autopsie ne peut être faite.

En résumé donc : pyopneumothorax enkysté de la grande cavité consécutif à une pneumonie.

Un tel cas n'était pas de diagnostic aisé. L'apparition d'une image radiologique hydro-aérique au décours d'une pneumonie peut répondre en effet à des complications diverses dont le pyopneumothorax enkysté est loin d'être la plus fréquente. Dans notre cas, l'existence d'un syndrome clinique « suspendu » et la nature des signes radiologiques (en particulier l'extension du niveau liquide de la paroi costale au médiastin) pouvaient faire suspecter une pleurésie purulente interlobaire. Mais il aurait fallu admettre alors que celle-ci se fût ouverte dans les bronches : or, la rupture dans les voies aériennes d'une collection interlobaire méta ou post-pneumonique est toujours tardive (elle s'effectue vers le 25e jour) et surtout donne issue à une expectoration purulente réalisant les diverses variétés de vomique : massive, fractionnée ou nummulaire : rien de tel n'existait chez notre malade : cette hypothèse pouvait donc être abandonnée.

Plus vraisemblable était la possibilité d'un abcès pulmonaire nécrotique aigu : on sait en effet que certains blocs pneumoniques sont capables de s'escharrifier et de s'éliminer en quelques jours, donnant naissance à une vaste cavité abcédée et suppurante : mais une telle complication ne va pas sans une abondante expectoration purulente qui manquait chez notre malade.

Enfin l'hypothèse d'une pneumonie caséeuse en voie d'excavation s'éliminait de par l'évolution trop rapide des événements et l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration vérifiée à plusieurs reprises.

Logiquement, c'était donc bien au diagnostic d'hydro ou de pyopneumothorax enkysté de la grande cavité pleurale que l'on devait aboutir. L'exploration chirurgicale ne devait d'ailleurs laisser aucun doute à cet égard, ainsi que nous y avons insisté déjà.

Un point reste cependant à discuter : celui de la genèse du pyopneumothorax ainsi constitué. Une première hypothèse nous semble pouvoir être éliminée d'emblée celle d'un pycpneumothorax consécutif à l'ouverture dans les bronches d'une suppuration pleurale localisée. Tout milite contre cette façon de voir : la précocité d'apparition du pyopneumothorax (quinzième jour après le frisson initial), le contraste dans l'image radiologique, entre la volumineuse bulle gazeuse et le faible épanchement liquidien, enfin et surtout l'absence de toute expectoration purulente, d'autant plus difficile à admettre dans l'éventualité envisagée, que le contenu de la cavité pleurale apparaissait lors de l'examen plus riche en gaz et plus pauvre en liquide.

Il est de même facile d'éliminer l'hypothèse d'un pneumothorax putride par exhalaison : la nature du pus pleural indemne de toute fétidité, bien lié, verdâtre, contenant des pneumocoques est significative à cet égard.

Le pneumothorax dans notre cas était donc bien consécutif à une perforation broncho-pulmonaire dans la plèvre et l'épanchement pleural purulent dérivait bien de l'infection secondaire de la cavité gazeuse ainsi constituée.

L'origine de telles perforations pulmonaires au cours des penumopathies aiguës banales est rapporté par MM. Minet et Houcke à des mécanismes divers : le plus souvent il semble que l'on doive invoquer la déchirure de l'un de ces îlots d'emphysème aigu fréquents au voisinage des foyers de congestion ou d'hépatisation : c'est la thèse que soutiennent Stoloff, Lereboullet, Lelong et Even, Weill-Hallé, etc... La rupture des vésicules emphysémateuses est d'ailleurs favorisée, dans ces cas, par l'inflammation broncho-pulmonaire qui rétrécit le calibre des bronchioles acineuses et tend ainsi à augmenter la pression intra-alvéolaire (Cardis et Michetti). De plus, l'œdème pleural, fréquent dans les pneumopathies aiguës banales, contribue à fragiliser la plèvre et aide à la perforation (Malloizel).

Dans d'autres circonstances, la perforation pulmonaire répond peut-être à la rupture sous l'action de la dyspnée ou des efforts de toux, de brides pleurales implantées vers le poumon sur des bulles fragiles d'emphysème (Olbrechts).

Il ne nous est naturellement pas possible de discriminer, dans notre cas, le mécanisme réel de formation du pneumothorax. Contentons-nous de souligner que l'anthraco-silicose ancienne du sujet, facteur certain d'emphysème et de brides pleurales, a pu jouer peut-être un rôle favorisant dans l'apparition de cet accident.

Quant à savoir pourquoi la cavité pneumothoracique, chez notre malade, loin de se résorber progressivement et sans encombre comme elle le fait habituellement, a été l'objet d'un ensemencement infectieux massif et s'est transformée en pyo-

pneumothorax, la question peut être résolue de multiples façons : on peut invoquer l'importance et la persistance de la fistule pleuro-pulmonaire, la localisation de celle-ci non en parenchyme relativement sain périlésionnel, mais au siège même de la région hépatisée, ou encore la virulence du germe, l'affaiblissement des réactions organiques du sujet : autant d'hypothèses que nous ne pouvons étayer d'arguments probants et entre lesquelles il nous est impossible de choisir.

Quoiqu'il en soit nous voyons que le pyopneumothorax de notre malade fut loin de comporter le pronostic habituellement favorable des pneumothorax simples consécutifs aux pneumopathies aiguës banales. Il nous semble d'ailleurs que l'exitus, dans notre cas, doit être mis sur le compte plus de la gravité du processus infectieux général que de la suppuration pleurale qui en représentait l'une des localisations.

Quant au traitement, il ne pouvait résider évidemment que dans l'ouverture la plus précoce possible de la cavité suppurée : c'est ce qui fut fait et doit toujours être fait en pareil cas.

L'observations que nous venons de rapporter nous autorise ainsi à ranger au nombre des complications graves et précoces de la pneumonie le pyopneumothorax enkysté de la grande cavité, auquel on pourra songer chez un pneumonique en présence d'une image radiologique hydroaérique non accompagnée d'expectoration purulente.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Cardiopathies et grossesse [1]

Par le Professeur ANDÉRODIAS

C'est un problème fréquent de clinique obstétricale au sujet duquel pendant de nombreuses années les règles de Peter ont fait loi.

Ces règles laconiques disaient :

Fille pas de mariage.
Femme pas de grossesse.
Mère pas d'allaitement.

Or, on s'est aperçu qu'en auscultant toutes les femmes enceintes il est assez fréquent d'en trouver qui sont atteintes de cardiopathies et qui, ne présentent pas d'accidents.

Les travaux modernes ont montré, en effet, que le pronostic était complètement différent, selon qu'il s'agissait d'une cardiopathie bien ou mal compensée.

Les lois de Peter qu'on admettait autrefois comme intangibles, ne sont en fait applicables qu'aux cardiopathies décompensées.

Les cardiopathies ne sont d'ailleurs pas toutes à placer sur un même rang de gravité quand elles se compliquent de grossesses. En considérant la liste suivante, où ces affections sont classées par ordre de gravité décroissante :

Rétrécissement mitral.
Maladie mitrale.
Insuffisance mitrale.
Affections aortiques.
Maladie de Roger,

on verra que la place d'honneur revient aux affections mitrales qui, chez la femme enceinte, présentent le plus de gravité.

Il est deux ordres de faits à considérer :

1° L'influence des cardiopathies sur la grossesse ;
2° L'influence de la grossesse sur les cardiopathies.

Premier cas : Influence des cardiopathies sur la grossesse. Les affections cardiaques pourraient non exceptionnellement *pendant la grossesse* être cause :

D'avortement, d'accouchement prématuré et cela dans une proportion de 40 %.

Ce chiffre n'est pas exact il est trop fort : il provient de ce que les classiques n'envisagent que les cardiopathies décompensées.

Pendant la délivrance et les suites de couches, on verrait plus fréquemment des hémorragies ; mais celles-ci sont encore rares, si l'affection cardiaque est bien compensée.

Chez le nouveau-né débile et dont le poids serait diminué, on noterait une mortalité assez importante. C'est encore un fait problématique et nous ne pouvons que répéter que l'influence des cardiopathies sur la grossesse et le fœtus est bien minime, si le cœur, solide, sait lutter victorieusement contre la gêne mécanique dont il est atteint.

Deuxième cas : Influence de la grossesse sur les cardiopathies. Il faut encore distinguer deux catégories de faits :

Les cardiopathies bien compensées.
Les cardiopathies mal compensées.

1° *Cardiopathies bien compensées* :

Aucune complication ne se produit ou seulement des troubles insignifiants, si durant la grossesse et l'accouchement, certaines précautions, que nous indiquerons plus loin, sont prises. Il peut y avoir cependant quelques exceptions.

2° *Cardiopathies mal compensées* :

Il faut encore considérer :

Des cas légers qui ne s'accompagnent d'aucune complication tant que la femme n'est pas enceinte. La malade est cardiaque sans le savoir, sans avoir jamais eu à en souffrir.

Dès qu'elle devient enceinte, les premiers symptômes apparaissent. Ce ne sont au début que des palpitations, des vertiges, de l'arythmie et des syncopes. Il y a peu de changement jusqu'à l'accouchement.

Les accidents sérieux attendent généralement le travail pour apparaître, quelquefois avec une certaine gravité, si on n'agit pas au plus vite en conséquence.

Des cas moyens : Il s'agit d'une malade qui présente depuis un temps plus ou moins long le tableau classique de l'hyposystolie, avec ses syncopes répétées, sa dyspnée continue, son oppression, véritables crises d'asthme cardiaque, ses insomnies, ses palpitations ; malade chez qui l'examen montre un gros foie, des urines rares, de l'albuminurie et qui, le soir, se couche avec les jambes enflées et douloureuses. Cet œdème peut aller du simple œdème péri-malléolaire jusqu'au gros œdème des cuisses, des organes génitaux externes et de la partie inférieure du ventre.

L'auscultation montre au niveau des bases pulmonaires la présence de râles congestifs et l'on trouve à l'examen du cœur un rythme plus ou moins irrégulier accompagnant les signes quelquefois peu marqués d'une lésion orificielle.

En somme c'est un tableau d'hyposystolie qui peut être aggravé par la fatigue, les efforts, les émotions, les infections intercurrentes.

Chez ces malades, la grossesse et surtout l'accouchement risquent fort de s'accompagner de complications sérieuses, car le cœur, déjà insuffisant à sa tâche normale, est incapable du surcroît d'effort que ces états lui infligent.

Des cas graves enfin, caractérisés par l'asystolie vraie. La malade est spontanément en butte aux accidents paroxystiques et souvent mortels de cette dernière. Pour elle, la grossesse est une véritable catastrophe. Ce sont des femmes qui, en dehors de la gestation, sont dyspnéiques au repos et présentent comme des crises d'angine de poitrine, avec la sensation de griffe rétro-sternale et de mort imminente. Elles sont

(1) Leçon faite à l'Hopital André Boursier en avril 1937 et recueillie par H. Laborit, interne provisoire des hôpitaux.

envahies par les œdèmes : œdème sous-cutané, œdème des membres inférieurs, de l'abdomen, de la région lombaire, œdème des séreuses, ascite, hydrothorax. Le teint est cyanotique et le pouls petit, mou, dépressible. Elles présentent encore une oligurie accentuée avec grosse albuminurie et tous les signes d'une congestion pulmonaire passive. Le cœur ne lutte plus, les cavités droites se laissent distendre. Il y a de l'arythmie. L'auscultation montre des bruits du cœur affaiblis, avec parfois un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Le plus souvent on ne trouve à ce moment aucun signe précis de la lésion orificielle mitrale.

Ces accidents asystoliques possibles avant l'accouchement, se produisent surtout pendant le travail, et quelquefois après.

Il est des cas où le médecin ayant permis à sa malade d'effectuer ces différentes étapes sans trop de difficultés grâce à un traitement approprié, voit mourir ces cardiaques dans les jours qui suivent l'accouchement, d'une asystolie tardive, compliquant une infection puerpérale légère, ou des accidents bronchitiques aigus peu graves par eux-mêmes,

Les accidents graves qui se produisent immédiatement après l'expulsion du fœtus sont dus très certainement à l'évacuation brusque de l'utérus donnant lieu à une rupture soudaine d'équilibre dans le système circulatoire. Le retentissement cardiaque qui en résulte peut dans certains cas provoquer une syncope mortelle.

Complications.

Celles que l'on observe le plus fréquemment sont :

Des hémoptysies qui peuvent faire penser à la tuberculose.

L'œdème aigu du poumon, avec son début brutal, la cyanose, les sueurs, la dyspnée angoissante, la toux de plus en plus fréquente, quinteuse, suffocante.

Une écume saumonée apparaît à la bouche. Des crachats spumeux, aérés, rosés, abondants, emplissent le crachoir en quelques instants. L'auscultation montre une marée montante de râles sous-crépitants qui partis des bases, envahissent rapidement les poumons.

Des embolies qui résultent de la stase sanguine au niveau des oreillettes et qui peuvent aller dans la petite ou la grande circulation et déterminer :

Dans la première, ou des accidents rapidement mortels, quelquefois même foudroyants, ou bien de petites embolies, déterminant un infarctus pulmonaire, s'accompagnant de crachats sanguinolents, de douleur en coup de poignard, mais guéris ant facilement ;

Dans la seconde : des infarctus multiples au niveau du cerveau, du foie, de l'intestin, du rein.

Les causes de l'influence de la grossesse sur les affections cardiaques ? Nombreuses sont les théories envisagées.

Augmentation de la masse sanguine.
Facteurs endocriniens.
Intoxication gravidique, etc....

Elles sont toutes fortement discutées.

Pour le rétrécissement mitral une théorie paraît actuellement admise, du moins dans certains cas.

Pour quelques auteurs, la sténose, qui était autrefois considérée comme une lésion valvulaire immuable, serait le résultat d'une infection atténuée, évoluant durant des années, avec des périodes de rémission. Ce sont les lésions évolutives qui se compliqueraient d'insuffisance cardiaque.

Le pronostic est difficile à établir. Il varie avec l'âge de la malade (les femmes âgées) avec la parité (les multipares étant plus sérieusement touchées), avec la nature des lésions, avec l'intégrité des moyens de défense (le rein, le foie dont on connaît le rôle primordial dans la grossesse), avec l'état du myocarde. Il faut aussi tenir compte des lésions congénitales dont le pronostic est moins grave que celui des lésions acquises. Un diagnostic précoce de la cardiopathie et par conséquent un traitement précocement appliqué, sont un facteur de bon pronostic. On peut actuellement compter 2 à 3 % de mortalité.

Diagnostic : Il faut envisager :

1° *Le diagnostic de la lésion valvulaire* :

Le plus souvent la notion en est apportée par la femme qui se sait cardiaque ; d'autre fois une infection antérieure (rhumatisme articulaire aigu, angine, typhoïde, grippe sérieuse) met sur la voie du diagnostic. Mais il est prudent de faire l'examen cardiaque systématique de toute femme enceinte pour dépister une affection passée jusque-là inaperçue ;

2° *Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque* :

La radiographie est ici très utile à la clinique. Elle permettra de noter une stase veineuse pulmonaire se manifestant par une augmentation floue des ombres hilaires, et une dilatation auriculaire gauche, se mesurant par rapport à la colonne vertébrale.

L'examen oscillométrique est d'intérêt primordial : la diminution de la pression différentielle est le signal d'alarme de la décompensation ; elle permet d'apprécier la valeur fonctionnelle du myocarde.

Conduite à tenir :

Doit-on rester aussi sévère que le voulait Peter ? Non évidemment. S'il s'agit :

D'une lésion décompensée ou mal compensée, le mariage doit être interdit.

Si la lésion est bien compensée, il sera permis.

Il est des *cas douteux*. Il suffira alors de demander à la malade d'exécuter un exercice un peu violent, et de prendre sa tension. Si l'on note une diminution de la pression différentielle, on doit dire aux parents que le mariage n'est pas à conseiller, car il peut devenir dangereux en cas de grossesse. Les parents du reste tiennent rarement compte de vos observations.

Soit maintenant le cas d'une cardiopathe que vous voyez pour la première fois et qui est enceinte.

S'il n'y a pas d'accidents :

Il faut appliquer le traitement hygiénique de règle chez les cardiaques en général et supprimer :

Fatigue ;
Froid ;
Emotions ;
Ecarts de régime.

Au moment du travail on évitera une période d'expulsion un peu longue, et on terminera par une application de forceps. Après l'accouchement, il est recommandé de sangler fortement le ventre pour compenser dans une certaine mesure le déséquilibre circulatoire dû à la déplétion utérine.

S'il y a des accidents légers, la malade restera au lit, au repos absolu, et si besoin, on instituera une médication digitalique. On poussera aux urines (lactose, théobromine). Si les accidents sont *sérieux*, avec menace d'asystolie, on fera une saignée, ou on appliquera des ventouses scarifiées ; puis on usera de toni-cardiaques, huile camphrée, éther, caféine, etc...Dans le cas d'œdème aigu du poumon, le traitement est la saignée abondante, 300, 400 ou 600 grammes, avec révulsion des bases, et toni-cardiaques. Il est rare qu'on soit obligé d'interrompre la grossesse.

Si cependant on est obligé d'y avoir recours, on le fera par des moyens rapides, dilatation aux bougies de Hégar, et curettage, pour les premiers mois ; section du col et hystérotomie vaginale pour les grossesses plus avancées. Mais cette interruption constitue un gros danger et la mortalité est plus grande que si l'on temporise.

Après l'accouchement : pas d'allaitement si la cardiopathie est mal compensée ; dans le cas contraire, il sera permis, ou tout au moins l'allaitement mixte.

En définitive, nous voyons que si les règles de Peter sont beaucoup trop sévères pour la généralité des cas, si, bien souvent, on a affaire à des cardiopathies légères qui s'accommodent parfaitement de la grossesse et même du travail, il existe cependant des cardiopathies décompensées, avec lesquelles on peut s'attendre à des complications sérieuses au cours de la grossesse et du travail et où une thérapeutique sévère est obligatoire si l'on veut sauvegarder la vie de la malade.

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Les Néphropathies gravidiques

Directives thérapeutiques

Nous rappelons la définition du syndrome morbide : les néphropathies gravidiques sont l'expression clinique d'une maladie de la gestation pouvant se manifester au cours des trois derniers mois de la grossesse. Il ne s'agit pas de néphrites chroniques antérieures à la gestation ; il n'existe aucun signe d'atteinte inflammatoire des voies urinaires.

L'étude des néphropathies gravidiques permet de distinguer : des formes albumineuses simples sans œdèmes ni modifications tensionnelles, des formes avec œdèmes sans hypertension, des formes hypertensives (voir *Progrès Médical* du 24 juillet 1937, n° 30, page 1121).

Le diagnostic étant fait, on doit, quelle que soit la forme clinique en cause, surveiller la malade avec une rigueur mathématique en sachant que l'examen clinique, à lui seul, est incapable de rendre compte en temps utile de la marche exacte du processus pathologique. On doit donc enregistrer avec précision :

La diurèse quotidienne ;
Les variations du taux de l'albuminurie ;
Les variations du poids, seul moyen de surveiller la marche des œdèmes.
La tension artérielle, et aussi l'indice oscillométrique.

Deux fois par semaine lorsqu'il s'agit d'un cas paraissant véritablement sérieux on étudiera l'équilibre acido-basique, car on sait que les accidents graves sont toujours précédés par une poussée d'acidose. On se guidera donc sur le chiffre, traduisant le taux de la réserve alcaline ; nous signalons à ce propos que la recherche facile du coefficient de Maillard est un moyen pratique de se rendre compte de l'état des humeurs.

Nous allons voir maintenant les directives thérapeutiques qu'il convient de suivre dans chaque cas particulier, rappelant ici que la règle classique : albuminurie gravidique égale repos au lit et régime lacté, n'est pas valable en de nombreux cas et demande à être appliquée avec discernement.

I. Néphropaties gravidiques albumineuses simples

Dans ces cas qui sont les plus fréquemment observés en clinique, le médecin doit plutôt surveiller que traiter la malade.

Le danger en effet est de voir la forme albumineuse simple évoluer, et cela parfois très rapidement, et se transformer en néphropathie hydropigène ou hypertensive. Tant qu'il n'existe qu'un seul symptôme évident : l'albuminurie, la situation n'est pas réellement inquiétante ; ceci étant du reste d'autant plus vrai que le début des accidents est plus tardif au cours de la gestation.

Ceci dit, la malade doit être mise au repos, mais il faut éviter le repos au lit qui possède une action défavorable sur le fonctionnement du tube digestif, et secondairement sur le foie.

La malade doit suivre un régime, mais pour les mêmes raisons il faut proscrire le régime lacté. Le régime doit être large : légume verts à l'anglaise, purées de légumes secs, quelques pâtes alimentaires et du riz, quelques laitages, des fruits cuits ou crus, du pain grillé, de l'eau minérale. On autorisera l'usage de la viande grillée deux fois par semaine, et on ne défendra pas le sel, veillant seulement qu'il ne soit pas consommé en excès.

Si le taux de l'albuminurie augmente, le régime deviendra plus sévère et on supprimera complètement la viande.

Quelques laxatifs doux, un peu de charbon au besoin, aideront au bon fonctionnement de l'intestin. Les préparations à base d'hamamélis seront conseillées.

Le plus souvent tout se bornera à ces simples prescriptions. Par contre la malade sera solennellement prévenue des risques réels de complications graves, encourus à l'occasion d'un écart de régime, de l'exposition au froid humide, d'une négligence à se soumettre ponctuellement à une surveillance médicale qui seule naturellement autorise la mise en œuvre d'un traitement aussi libéral.

Le traitement obstétrical destiné à provoquer l'accouchement avant terme, n'est de mise que lorsque la situation s'aggrave (voir le traitement des formes suivantes) ou dans les cas véritablement exceptionnels de mort habituelle du fœtus dans les albuminuries simples récidivantes.

II. Néphropathies gravidiques avec œdèmes

La conduite à tenir change du tout au tout, car on sait quelle est la fréquence en ce cas, des complications nerveuses.

Repos complet, protection attentive contre le froid.

Régime déchloruré ou hypochloruré. D'emblée on fera sagement en laissant pendant 48 heures les malades à une alimentation liquide : eau sucrée, jus de fruit, lait déchloruré. Cela donnera le temps de juger de la marche des œdèmes en étudiant la diurèse et le poids.

Puis la malade étant mieux connue on permettra : les légumes verts, les légumes secs, les fruits crus, les compotes, les confitures. Le lait renfermant une quantité notable de chlorure de sodium ne sera utilisé que si un régime hypochloruré paraît suffisant ; le lait déchloruré rendra des services.

On administrera des cholagogues tandis qu'on évitera les fermentations intestinales en faisant absorber à la malade des doses importantes de charbon. Nous avons obtenu de bons résultats par l'emploi du sulfate de magnésie (injections intra-musculaires quotidiennes de 5 c. c. d'une solution à 50 %).

Si le traitement entraîne une amélioration, le régime peut être élargi ; on peut en particulier permettre la prise d'une petite quantité de sel soigneusement pesé (2 gr. par repas) quantité que l'on augmentera ou que l'on diminuera selon les circonstances.

Enfin la malade et son entourage seront informés de la nature des symptômes qui doivent faire redouter une complication, de telle façon que le médecin puisse appliquer en temps utile, s'il y a lieu le traitement de la prééclampsie.

Les indications du traitement obstétrical se trouvent assez souvent réalisées chez de telles malades ; nous les étudierons au paragraphe suivant.

III. Néphropathies gravidiques hypertensives

Ce sont là les plus redoutables pour la mère et aussi pour l'enfant. Il est donc indispensable de surveiller quotidiennement les malades et de faire pratiquer régulièrement les examens biologiques nécessaires.

Le repos au lit est une nécessité car il possède une heureuse influence sur la tension et plus particulièrement sur la tension minima.

Les précautions d'ordre général seront les mêmes que dans le cas précédent. Mais au point de vue régime il faut surtout se préoccuper d'assurer une réduction des liquides absorbés. Ces malades peuvent parfaitement pendant plusieurs jours ne recevoir que deux litres de liquide (eau, lait, jus de fruits) à l'exclusion de tout autre aliment. C'est dans les formes hypertensives que le régime lacté conserve ses indications, tout en sachant bien qu'il peut être mal supporté par les hépatiques. Les jus de fruits rendent ici d'appréciables services.

Au point de vue médicamenteux on peut utiliser l'un des nombreux produits destinés à abaisser la tension, on peut aussi, et nous croyons que cela est plus important, administrer régulièrement des extraits de rein.

On pensera bien entendu à demander un examen du fond d'œil pour dépister dès son début une rétinite gravidique possible. Les bruits du cœur fœtal seront recherchés régulièrement.

Mais surtout on obervera attentivement l'évolution des symptômes afin d'intervenir en temps utile si cela est nécessaire.

Au point de vue obstétrical, le problème de la provocation du travail ne se pose en pratique que dans les formes hydropigènes et dans les formes hypertensives, alors que la gestation a dépassé le cap de sept mois, l'enfant étant vivant, et l'état de la mère s'aggravant malgré un traitement correctement institué et régulièrement suivi. Dans un tel cas l'évacuation utérine est favorable à la fois aux intérêts de la mère et à ceux de son enfant. Le moyen le plus simple et aussi le plus sûr, lorsque l'intervention est décidée, est de placer une bougie de Krause. Nous signalons les inconvénients présentés par les moyens médicamenteux destinés à déclencher le travail ; les extraits post-hypophysaires en particulier possèdent des effets hypertensifs et antidiurétiques capables de précipiter l'apparition de complications lorsqu'on est en présence d'une néphropathie gravidique hypertensive.

Henri Pigeaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juillet 1937

MM. Emile Roubaud, Jacques Colas-Belcour et *Georges-Jean Stefanopoulo* présentent une note sur la **transmission de la fièvre jaune par un moustique paléarctique répandu dans la région parisienne, l'Aëdes** geniculatus Oliv., apparenté aux Stegomyies, et qui se développe comme elles dans de petites collections d'eau. Ce moustique est rencontré dans les parcs et les jardins des grandes agglomérations. Il pique voracement pendant la saison chaude, pénétrant parfois dans les maisons voisines de ses gîtes.

Des femelles de ce moustique ayant piqué un singe jauneux, transmirent la fièvre jaune à un singe récepteur, le broyage de leurs cadavres inoculé à des souris, leur communiquèrent la fièvre jaune.

Ce moustique d'Europe s'ajoute à la liste déjà longue des espèces arliciennes jusqu'ici toutes tropicales, reconnues capables de véhiculer la grave affection.

M. PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1937

La contagion tuberculeuse chez les enfants dans le groupe familial. — *MM. F. Bezançon, P. Braun, Mme Frey-Ragu* et *M. Christian-Paul.* — L'observation prolongée des enfants de tuberculeux dans le groupe familial, en particulier celle des enfants appartenant à des familles nombreuses, permet de se rendre compte de la vraie physionomie de l'infection tuberculeuse pendant les premières années de la vie.

Elle confirme tout d'abord l'extrême fréquence de la contamination en milieu familial tuberculeux, mais montre la diversité extrême des manifestations qui résultent de cette contamination, le peu de fréquence relative des formes graves à cette période de la vie, l'extrême fréquence des petits états morbides mal caractérisés, se traduisant par des adénites, des bronchites à répétition et surtout par une déficience de l'état général, le très grand nombre des cas, enfin, où il n'y a ni signes cliniques, ni signes radiologiques et où l'infection ne se traduit que par une cuti-réaction positive. Elle montre enfin un fait sur lequel on n'a pas assez attiré l'attention : la fréquence relative de cuti-réactions négatives qu'il vaudrait mieux appeler des cutis nulles, dans des milieux de grande contamination et de conditions hygiéniques souvent mauvaises.

Les auteurs insistent sur ce qu'il y a de paradoxal dans cette absence de toute contamination apparente pour certains enfants, comme pour l'autre conjoint, dans un milieu de grande contamination et sur l'intérêt du virage tardif de la réaction tuberculinique, alors que les causes de contamination existaient depuis la naissance.

L'histoire complète de dix familles nombreuses, de cinq à huit enfants, suivies pendant dix à quinze ans, leur montre que la tuberculose-maladie n'atteint spécialement ni les aînés, ni les plus jeunes, que c'est au hasard qu'elle semble frapper.

En terminant, les auteurs insistent sur le rôle du médecin de famille ou de dispensaire qui est considérable et doit consister non seulement à supprimer ou à limiter la contagion, en assurant la prophylaxie à domicile, mais à laisser systématiquement en surveillance le groupe d'enfants.

Le nourrisson après contact tuberculeux. — *MM. F. Bezançon, P. Braun, Mme Frey-Ragu* et *M. Arribehaute* rapportent une étude détaillée de 131 observations de nourrissons hospitalisés à la crèche Landouzy, ayant subi un contact relativement passager, mais souvent intensif avec un parent tuberculeux.

Sur ces 131 nourrissons : 35 sont morts, dont 13 de tuberculose évolutive confirmée ; 20 présentent une cuti-réaction positive et des signes indiscutables de tuberculose plus ou moins accentuée : 30 ne présentent que des réactions tuberculiniques positives ; 46, et c'est là le point sur lequel les auteurs insistent d'une façon particulière, ne réagissent pas à la tuberculine, malgré un contact familial certain.

Sur 46 observations, les auteurs n'en conservent que 37, où de nouvelles cuti-réactions ont pu être faites au Placement familial des Tout-Petits, par MM. Debré et Lelong.

Sur 36 nourrissons, 9 avaient été exposés à un contact indiscutablement intense et prolongé.

Ces observations confirment celles apportées par Ribadeau-Dumas, par Léon Bernard et Paraf de formes curables, et celles de Debré et Jouannon de formes dites florides. Elles montrent qu'il faut faire une place à côté de la forme grave à des états tuberculeux plus favorables.

Elles montrent combien il est difficile d'apprécier la gravité d'un contact : les formes graves correspondent souvent à des contacts assez courts, mais richement bacillifères.

Elles montrent enfin, surtout dans les conditions actuelles du chômage, combien le père est souvent presque autant que la mère, l'agent de la contamination.

La signification des cuti-réactions nulles et des virages tardifs de la réaction. — *MM. F. Bezançon, P. Braun, Mme Frey-Ragu* et *Mlle Raymond* s'attachent surtout à mettre en vedette le virage tardif des réactions tuberculiniques en milieu contaminé. Ils en rapportent 14 observations ; ils notent avec quelle fréquence on trouve, au moment de ce virage, un incident, opération, traumatisme, incident pulmonaire aigu, surmenage, changement de vie ; le virage est noté plusieurs fois très peu de temps après la mort du contaminateur, comme l'apparition de la tuberculose évolutive dans les cas de tuberculose conjugale.

Les auteurs montrent que si dans quelques observations on a pu incriminer une contamination nouvelle, effectuée en dehors du milieu familial, le plus souvent on ne trouve aucune trace de celle-ci. Ils considèrent qu'on fait une trop grande place à ce qu'on appelle les contagions tardives et qu'hypothèse pour hypothèse, il est plus logique d'admettre qu'il peut se produire une période d'infection tuberculeuse à minima, avec virage tardif prolongé, sous l'influence de causes secondes, comme on l'admet pour le réveil des tuberculoses latentes.

Du point de vue pratique, d'ailleurs, cette conception est susceptible de modifier profondément l'orientation thérapeutique ; qu'il s'agisse d'une contamination nouvelle ou de l'extériorisation récente d'une infection ancienne, il y a état nouveau pouvant conduire à la tuberculose évolutive, et nécessité d'une surveillance étroite et systématique de l'individu.

Traitement de la lèpre par le tellure. — *MM. E. Marchoux* et *V. Chorine.* — Le tellure arrête le développement de la lèpre mucine. Au bout de quinze mois, des rats traités ne portaient que des lésions peu étendues, alors que chez les témoins, l'infection avait pris une extension considérable. Appliquée à l'homme, cette médication supprime les douleurs, amène l'affaissement des lépromes et des boursouflures de la peau. Elle présente cependant quelques inconvénients : les malades répandent une forte odeur alliacée, les cheveux poussent décolorés, les lésions cutanées se colorent en noir et la peau prend une teinte grisâtre.

Hormones sexuelles. — *MM. Champy, Heitz-Boyer* et *Coujard* ont étudié le mécanisme de la dysurie dans l'hypertrophie prostatique et montré que les hormones agissent sur cette dysurie en provoquant un relâchement des fibres lisses du sphincter de la vessie, dont un œdème de la gaine des vaisseaux du col de la vessie est le témoin histologique visible.

Résultats éloignés de la prémunition contre la tuberculose par le B. C. G. — *MM. L. Sayé* et *B. Weill-Hallé* ont examiné un groupe de 116 enfants parisiens vaccinés par Weill-Hallé par voie digestive à la naissance avec le vaccin antituberculeux de Calmette-Guérin pendant les années 1922-1927, et ils ont comparé les résultats avec ceux d'un autre groupe de 119 enfants nés les mêmes années et ayant vécu à Paris comme les vaccinés. Au bout de 10-15 ans, à l'exception d'un enfant, tous les autres vaccinés ont eu les réactions à la tuberculine positives. La comparaison des radiographies des enfants des deux groupes allergiques montre chez les non-vaccinés des lésions de primo-infection et de surinfection active et en état de régression partielle en nombre relativement important, tandis que chez les vaccinés il est minime. Le rôle de ces lésions dans l'origine de la phtisie étant démon-

tré, on peut conclure à l'efficacité du B.C.G. pour la prophylaxie de la phtisie de l'adulte. Il est à noter que 13 % des enfants nés en milieu sain ont été ultérieurement exposés à la contagion massive. Il y a donc tout intérêt à employer le B.C.G. autant que possible à la naissance et aussi chez les enfants et jeunes adultes pour les rendre allergiques et les protéger des risques de l'infection naturelle qui représente un danger éventuel pour l'avenir immédiat et éloigné.

L'anesthésie générale et régionale chez les gazés suffoqués ; étude expérimentale sur le chien intoxiqué au phosgène. — *M. Chambron* et *Mlle Périer*.

Modifications sanguines au cours des hypotensions artérielles. — *MM. Langeron, Paget* et *Ledieu*.

Etude de la poliomyélite dans le département de Maine-et-Loire, au cours des années 1930 à 1937. — *M. Souvestre*.

Séance du 27 juillet 1937

Les diphtéries familiales. — *M. Cassoute*. — L'observation de trente-six familles dans lesquelles se sont produits soixante-dix-neuf cas de diphtérie a montré dans presque le tiers de ces familles, des diphtéries graves ou malignes en même temps que des diphtéries communes ou bénignes ; dans certains cas même des diphtéries malignes ont coïncidé avec des simples porteurs de germes.

L'auteur a également noté des localisations différentes chez les enfants d'une même famille.

Il ne semble donc plus possible d'admettre que la toxicité et la virulence du bacille sont les facteurs essentiels de la malignité et de la gravité d'une diphtérie, car on ne s'expliquerait pas alors comment les membres d'une même famille, atteints en même temps, par un même bacille, ont présenté des formes cliniques différentes. D'autre part, rappelant les travaux de Roux, Yersin, Ramon, Debré, Thirloix, le Professeur Cassoute conclut qu'il ne faut pas négliger l'importance du terrain qui concourt dans une large mesure chez l'animal comme chez l'homme réceptifs, à l'installation et au développement de l'infection toxique due au bacille de Loeffler.

L'utilité de la méthode psycho-galvanique pour l'exploration du système nerveux. — *MM. G. Marinesco, N. Jonesco-Sisesti et L. Copelman* ont étudié le comportement du réflexe psycho-galvanique chez près de 200 sujets atteints des maladies nerveuses les plus variés.

En groupant leurs résultats les auteurs arrivent à la conclusion que le réflexe psycho-galvanique est diminué chez les parkinsoniens post-encéphalitiques et chez les mélancoliques ; il est exagéré chez les émotifs et les hystériques ; il est d'une grande instabilité chez les basedowiens, où il se normalise avec la guérison de la maladie.

Le réflexe psychogalvanique est une méthode objective de grand avenir destinée à rendre des services à la psychologie normale et pathologique et même en cas de médecine légale.

Le chondriome dans les neurones des ganglions rachidiens chez le singe poliomyélitique. — Jusqu'à ce jour la mort de la cellule nerveuse n'avait pas été étudiée avec le soin nécessaire ; on se contentait d'une étude grossière. Par l'expérimentation et par la mise en œuvre des plus récents procédés cytologiques, Mlle B. Erber et M. Hosselet viennent de combler cette lacune ; ils établissent avec précision le mécanisme de ce phénomène et montrent le rôle des divers organites du cytoplasma et du noyau cellulaire dans ce processus, chez le singe mort de poliomyélite.

Cent ans de mortalité infantile. — *MM. Lesage* et *Moine* montrent que les trois courbes de mortalité (enfance générale, enfants abandonnés, enfants protégés), présentent une descente très nette à dates diverses. On note que ces trois courbes tendent à se stabiliser depuis quelques années.

Fait curieux — la courbe des mort-nés présente une allure du même genre.

Sur un nouveau symphathicolytique vrai synthétique dépourvu d'oxygène et n'ayant qu'une faible influence sur la pression artérielle. — *M. Raymond Hamet*.

La souche africaine de la maladie d'Aujeszky. — *MM. Remlinger* et *Bailly*.

Sur les conditions expérimentales à respecter dans l'étude de la composition protido-lipidique des bactéries acido-alcoolo-résistantes. — *MM. A.* et *R. Sartory* et *J. Meyer*.

Brouillards inhalés et réactions pulmonaires. — *MM. E.* et *H. Biancani, M.* et *G. Delaville*.

Importance du contrôle humoral dans le traitement de l'intoxication par des sels mercuriels. — *MM. Slatineanu, Balteanu, Sibi, Marza* et *Paraschivesco*.

Une épidémie de mine de spirochétose ictéro-hémorragique. — *MM. Jaubon, Erber, Sollier* et *Quiet*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juillet 1937

Evolution d'une cirrhose hypertrophique splénectomisée. Etude des épreuves fonctionnelles. — *MM. Noël Fiessinger* et *Michel Gaultier*. — Il semble que dans certaines cirrhoses une grosse rate puisse entretenir l'évolution des lésions parenchymateuses et interstitielles du foie.

A propos des complications hémorragiques de la mélitococcie. — *MM. Jean Olmer, M. Audier et E. Gascard*.

Intoxication thérapeutique par le dinitro crésol. Cataracte suivie de glaucome. Considérations pathogéniques. — *MM. Gilbert-Dreyfus* et *R. Onfray*. — Cette observation se singularise par l'intensité des signes d'insuffisance hépatique et l'inversion du rapport $\frac{\text{serine}}{\text{globuline}}$.

Myélose aleucémique mégacaryocytaire. Danger de la splénectomie. — *M. Florentin*, présenté par *M. Lamy*.

Erythrose paroxystique bilatérale au cours d'une bronchiectasie. — *MM. Lœper, Perrault* et *Mme Brouet*.

Cutis luxa avec dystrophie osseuse. — *MM. Debré, J. Marie* et *P. Seringe*.

Vésicules opaques par bile noire. — *MM. N. Fiessinger, H. Bergeret* et *H. Gajdos* utilisent l'existence des vésicules biliaires opaques spontanément aux rayons X et qui ne contiennent pas de calculs. Ils rapportent deux observations où l'opacité de la vésicule a été déterminée par une bile noire riche en bilirubinate de chaux. Ils opposent ces vésicules spontanément opaques à bile noire aux vésicules spontanément opaques à bile blanche, riches en phosphates et carbonates de chaux.

Au sujet de la recherche de l'urobiline dans les ictères. — *MM. Noël Fiessinger, F. Zuckerkandl* et *A. Varay*, reprennent le problème de la rareté de l'urobiline dans les grands ictères pigmentaires, montrent que la présence de bile, soit dans le sang, soit dans les urines, entrave la fluorescence de l'urobiline, car on peut, à l'aide d'une technique de précipitation par l'hydrate de baryum, retrouver une fluorescence nette impossible à constater directement. La nature de ces substances empêchantes est encore difficile à fixer. La bilirubine joue un rôle plus important que les sels biliaires et aussi un certain nombre de substances interviennent dans les processus d'oxydation (substances anti-oxygène). Toutes les méthodes qui utilisent pour sa recherche la fluorescence de l'urobiline sans son isolement préalable, ne permettent donc pas de conclure à l'absence de ce pigment. De plus, comme les méthodes de dosage de l'urobiline ne peuvent facilement exclure les substances empêchantes des différents milieux, elles restent d'une exactitude des plus discutables et des plus incertaines.

Ictère hémolytique aigu par carcinome secondaire de la moelle osseuse d'origine gastrique. — *MM. J. Caroli* et *H. Lavergne*. — Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 32 ans, suivie dans le service du Professeur Carnot et qui avait subi huit mois auparavant une gastrectomie pour cancer de l'antre pylorique. Le malade après l'intervention présenta les signes d'une sténose incomplète de

la bouche anastomique. Brusquement, trois semaines avant la mort, il fut pris d'une fièvre élevée, d'un ictère intense sans décoloration des matières ni bilirubinurie ; l'examen hématologique révéla une anémie aiguë et une diminution considérable de la résistance globulaire. Les hémocultures en milieu anaérobie et aérobie demeurèrent négatives. La ponction sternale ne permit pas du vivant du malade de faire la preuve du carcinome médullaire. L'autopsie révéla une abondante diffusion de foyers microscopiques, de cellules épithéliomateuses dans la moëlle osseuse. Ces constatations allaient de pair avec une pullulation aiguë des éléments cancéreux, notamment dans les ganglions et dans les alvéoles pulmonaires.

A propos de cette observation, les auteurs insistent sur le caractère aigu, fébrile, d'allure septicémique que revêtent souvent les carcinoses secondaires de la moëlle des os.

Leur observation se rapproche des anémies du cancer gastrique liées à des métastases médullaires.

Mais ce qui fait l'intérêt exceptionnel de ce cas est l'apparition d'un ictère hémolytique avec fragilité globulaire.

Cette observation paraît confirmer l'origine médullaire de la diminution de résistance des hématies.

Résultats éloignés de la splénectomie au cours des cirrhoses. — *MM. A. Bergeret* et *J. Caroli.* — Les auteurs rapportent d'abord les suites éloignées d'une splénectomie pour cirrhose hypertrophique du foie, pratiquée en juin 1931, et dont l'observation fut publiée en 1933, en collaboration avec les Professeurs P. Carnot et P. Harvier, Il s'agissait d'un sujet jeune, suivi depuis 1928 et atteint d'une cirrhose hépatosplénique d'étiologie inconnue. Le foie était énorme et ficelé. L'altération de l'état général, les hémorragies intestinales répétées, l'ascite avaient fait tenter la splénectomie *in extremis*, après d'importantes transfusions. L'opération a été bien supportée. L'état général a été transformé et le malade a pu depuis cette époque reprendre son travail. L'ascite ne s'est pas reproduite. Trois ans après l'intervention, est survenue une hémorragie itérative, provoquée par le surmenage, qui quoique peu abondante entraîna une cécité complète pendant douze heures heureusement guérie par une transfusion d'urgence. Les années suivantes on n'observa que des crises de prurit et des douleurs dans la région hépatique, d'ailleurs passagères. Le foie, cependant qui avait diminué de volume pendant les deux premières années à la suite de l'intervention est resté depuis lors très gros, dépassant la ligne ombilicale, très dur et irrégulier. Les épreuves de galactomie régulièrement répétées restent positives et vont plutôt en s'aggravant. Les auteurs, malgré le résultat très satisfaisant, considèrent la splénectomie dans ce cas moins comme une intervention curative que comme une intervention palliative.

Bien que la splénectomie soit surtout indiquée dans les formes hypertrophiques et cryptogénétiques des cirrhoses du foie, les auteurs rapportent une seconde observation où l'étiologie éthylique est vraisemblable et où le foie était clouté et très visiblement diminué de volume. La rate était très volumineuse et les hémorragies intestinales abondantes et répétées avaient fait, par erreur, pratiquer une gastro-entérostomie et la ligature des artères du pédicule gastrique. L'intervention ne date que du 30 mai 1935. En juin 1936, survient un mélæna peu abondant. Depuis cette époque, le malade est dans un excellent état général.

A propos de deux autres observations les auteurs signalent comme signe avant coureur des hémorragies itératives, l'apparition le long de la cicatrice, d'un nævus vasculaire qui dans un des cas sécrétait une sueur abondante.

Ils signalent, enfin, que le sujet atteint de maladie de Hanot dont l'observation a été publiée par P. Carnot, H. Béhard et J. Caroli vient de succomber sans que l'intervention ait notablement influencé l'évolution de la maladie.

Séance du 9 juillet

Deux cas familiaux de maladie de Friedreich avec maladie hémolytique chez des indigènes algériens. — *MM. Lemaire, Dumolard* et *Portier* (Alger).

Carence alimentaire : avitaminose B chez un enfant de six ans. — *M. Lesné.*

Présentation d'un malade opéré de cranio pharyngiome. — *M. Cl. Vincent.*

Le soufle continu de la veine cave supérieure. — *M. C. Lian* décrit, en tablant sur trois observations personnelles, ce souffle continu à renforcement systolique dont le foyer maximum siège dans les deuxième et troisième espaces intercostaux droits, à deux ou trois travers de doigt du bord droit du sternum.

Il apparaît avec prédilection dans les aortites syphilitiques avec médiastinite ou anévrysme comprimant la veine cave supérieure. Il peut disparaître en même temps que diminuent les signes de la compression cave supérieure.

Cette communication s'est terminée par l'audition, avec le phono-stétographe Lian-Minet, de deux disques gravés par cet appareil : l'un concernant un double souffle aortique intense, l'autre concernant le souffle continu du malade de l'observation III. Cette audition souligna la différence stéthacoustique entre un double souffle et un souffle continu.

Le souffle veineux continu de l'espace interscapulo-vertébral droit. — *M. C. Lian* décrit, d'après deux observations personnelles, ce souffle continu ayant son foyer maximum dans l'espace intrascapulo-vertébral droit.

Dans le premier cas, il existe une masse arrondie de 4 centimètres de diamètre (probablement kyste hydatique), située près de la partie postérieure du poumon droit à la hauteur du hile. Dans le deuxième cas, on voit sur les radiographies une petite tache (probablement ganglion), située à la hauteur de la naissance de la bronche droite.

Il est donc permis de formuler pour ces deux cas l'hypothèse d'une compression d'un rameau veineux pulmonaire, compression provoquant un souffle veineux continu.

Ces deux observations s'ajoutent aux trois observations de la communication précédente pour montrer l'existence de souffles veineux continus thoraciques.

Cette communication s'est terminée par la présentation de l'enfant de l'observation II, et par son auscultation collective avec haut-parleur grâce au telésthéthophone Lian-Minet.

Sur un cas de porphyrinurie primitive avec accidents nerveux. — *MM. R. Boulin R. Carcin, Nepveux* et *Ortolan* rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de porphyrinurie aiguë spontanée à rechutes avec crises douloureuses lombaires et abdominales, spasmes intestinaux, urines rouge-porto riches en porphirine et pigmentation discrète des téguments. Après une de ces crises survint un syndrome paralytique des membres supérieurs intéressant surtout de façon dissociée le radial des deux côtés. La mort survint un mois après dans un état paralytique et asthénique avec fonte musculaire rapide. L'étude des diverses fonctions avait mis en évidence une atteinte légère du rein, une urobilinurie très abondante, enfin une chute marquée de 50 % du taux de l'hémoglobine qui pose le problème d'une destruction de celle-ci dans l'origine de la porphyrinurie. A l'autopsie les divers viscères se montrent pratiquement normaux mais il existe une infiltration du foie et de la rate par le pigment ocre classique (hémosidérine) enfin et surtout par un pigment brun moins facile à définir. Au niveau de la moelle épinière il existait des lésions importantes de chromatolyse frappant les cellules des cornes antérieures surtout dans les régions cervicale inférieure et lombaire.

Splénectomie pour polyarthrite chronique progressive déformante d'allure infectieuse. — *MM. Maurice Villaret, André Bergeret, L. Justin-Besançon* et *Alain Rubens Duval* ont observé un cas de polyarthrite chronique progressive, évoluant depuis six ans chez une femme de 47 ans, particulièrement rebelle à toute thérapeutique, chrysothérapie et traitement hydro-minéral en particulier. L'apparition récente d'une splénomégalie, accompagnant une poussée ganglionnaire, les a engagé à entreprendre la splénectomie. L'amélioration de l'état articulaire fut immédiate ; dès le lendemain de l'ablation de la rate, les arthralgies disparaissent totalement, et le jeu des articulations retrouve son amplitude normale, sans limitation, ni douleur. Cette amélioration subjective s'accompagne de modifications objectives : atténuation du gonflement peri-articulaire, disparition de l'état fébrile, amélioration de l'état général.

Les auteurs discutent la place nosologique de cette variété de polyarthrite chronique progressive dont l'étiologie reste obscure et n'a pu être élucidée ni par les recherches bactériologiques qui restèrent négatives ni par l'étude anatomopathologique de la rate qui révéla une hyperphasie de la trame réticulée des cordons de Billroth, avec turgescence de l'endothelium des sinus veineux et lésions de vascularite des artères centrales des corpuscules de Malpighi.

Ils terminent en faisant les plus expresses réserves sur le pronostic éloigné de cette guérison apparente, qui ne pourra être jugée que par l'épreuve du temps.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1937 (*suite et fin*)

Les aléas de la recherche du sang occulte. — *M. L. Pron* voit, à côté de facteurs qu'on peut négliger, deux éléments importants d'erreur, soit positive, soit négative : la grande différence de sensibilité des réactifs employés, celle-ci variant de 1 à 1.000, et la fréquence des parasites intestinaux qui provoquent des lésions de la muqueuse. Depuis plus de 20 ans, il recherche le sang occulte uniquement dans le liquide gastrique, soit après repas d'épreuve, soit bien plus souvent dans le liquide catarrhal ou de stase de jeûne.

Séance solennelle du 9 juillet 1937

Raccourcissement congénital de l'œsophage avec sténose et estomac sus-diaphragmatique. — *M. A. Soulas* estime que la hernie diaphragmatique avec raccourcissement de l'œsophage et, le plus souvent sténose, est une malformation congénitale qui n'est pas très rare mais probablement souvent méconnue du moins au début. Le tableau clinique est cependant tout à fait caractéristique : régurgitations particulièrement démonstratives si elles surviennent au moment où on passe de l'alimentation liquide à l'alimentation solide, pâteuse ou normale. Les aspects radiographiques après ingestion de bouillie opaque affirment le diagnostic : œsophage raccourci, collet sténosé, portion gastrique dans le thorax. Le pronostic dépend surtout de la gravité de l'œsophagite ulcéreuse qui siège au niveau de la sténose ; c'est contre celle-ci qu'on devra surtout lutter par un traitement endoscopique institué précocement.

Artériographie pulmonaire. — *M. V. Hinault*, après avoir exposé la technique de l'artériographie pulmonaire, présente les clichés des résultats de cette méthode qui, en permettant la visibilité des vaisseaux pulmonaires et quelquefois même l'opacification des cavités cardiaques droites chez le vivant, rend possible la lecture des régions hilaires, permet d'étudier la circulation du poumon normal et du poumon pathologique. L'auteur a pu par ce procédé trouver des dilatations de l'artère pulmonaire passées inaperçues et contrôler le ralentissement de la circulation et même la destruction vasculaire dans des cas de tuberculose, de cancer, ou de suppurations pulmonaires.

Ce procédé qui consiste à introduire une sonde dans l'oreillette droite en partant du pli du coude peut paraître audacieux. Il est relativement simple et absolument sans danger.

Quelques cas de fragilité osseuse congénitale. — *M. C. Roederer* montre que la fragilité osseuse congénitale se montre sous deux aspects : l'ossification imparfaite qui donne lieu à des fractures pré ou post-natales : l'osteopsathyrose où ces fractures à répétition se produisent après la naissance. L'auteur montre des clichés de trois cas du premier groupe (dysplasie périostale de Porak et Durante) en faisant observer qu'ils révèlent peut-être, à côté d'une faute du développement du tissu osseux sous-périosté, des défauts de l'ossification enchondrale. Les deux observations de maladie de Lobstein se rapportent à des enfants âgés actuellement de huit ans (4 fractures) et deux ans (17 fractures) qui ont un B.-W. négatif, le crâne, les sclérotiques, les tympans normaux, des calcémies et des phosphatémies normales et ne relèvent d'aucune hérédité du même ordre.

Les déformations de l'image de soi chez les amputés. — *M. Lhermitte* (de Paris) et *Susic* (de Zagreb) rappellent que du temps de *Charcot*, on croyait que la sensation d'un membre amputé, ou membre-fantôme, était due à l'excitation du névrome terminal du moignon. Or, les recherches plus récentes de *Schilder*, *H. Head*, *Riddach*, *Van Bogaert*, *Lhermitte* et *Tekehrazi*, ont montré que cette théorie était contredite par les faits. Ayant étudié 28 amputés, les auteurs concluent que le membre fantôme trouve son origine dans un état psychologique spécial en rapport aver les modifications et la permanence relative de l'image du moi corporel. Malgré la mutilation, l'image psychologique de la personnalité corporelle subsiste et c'est cette image, réveillée par des excitations diverses, qui entretient l'illusion du membre enlevé.

Examen complet d'une malade avant et après l'absorption de doses d'ouabaïne fortes et très prolongées (avec projections). — *M. A. Pruche* projette la double observation d'une malade, non hyposystolique, avant et après l'absorption ininterrompue, par erreur, pendant un mois et demi, de vingt gouttes par jour de la solution d'ouabaïne Arnaud à quatre pour mille, soit près de deux milligrammes d'ouabaïne par jour. Le cliché met en évidence d'importantes modifications surtout d'ordre cardiodynamométrique et électrocardiographique.

Trois cents urographies descendantes chez le nourrisson et chez l'enfant. — *M. J.-E. Marcel* présente les plus caractéristiques de ces urographies pratiquées à la consultation d'urologie de l'hôpital Trousseau, presque toujours par voie endoveineuse et sans aucun accident ; elles ont permis, le plus souvent, d'éviter une exploration instrumentale, toujours difficile chez l'enfant et chez le nourrisson. Elles ont révélé en particulier un nombre extraordinaire de malformations urinaires (hydronéphroses, dilatations, bifidités, duplicités, etc., etc.) au cours des pyuries rebelles à colibacilles et surtout dans les énurésies résistantes, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de leur imputer dans ce dernier cas le symptôme d'incontinence. L'U. I. V. est l'exploration urologique, simple, rapide, inoffensive et concluante — lorsque la technique est impeccable — à laquelle doit être soumis tout d'abord un enfant soupçonné d'affection urinaire.

La température intra-pulmonaire chez les tuberculeux opérés de thoracoplastie. — *M. P. Reynier* montre que la thoracoplastie est une intervention chirurgicale qui exige la collaboration constante du médecin. Un chirurgien averti n'opère que des malades considérés comme stabilisés. Et cependant les réactions de foyers post-opératoires (qui interviennent souvent au deuxième temps de la thoracoplastie) se manifestent chez des malades que l'on considérait comme devant supporter sans incident les diverses phases de l'intervention. Pourquoi ? Parce que les moyens d'investigation actuels sont impuissants à déceler un point profond d'activité pulmonaire.

Est-ce qu'une température rectale normale représente la température intime du poumon ? Et ne pourrait-on pas, comme l'ont fait sur d'autres organes d'éminents physiologistes, considérer les réactions thermiques des foyers tuberculeux ?

Cette idée a présidé à la construction d'un appareil très simple basé sur la thermo-électricité. Alors que la température pleurale est inférieure à la température générale (expériences espagnoles) la température d'un poumon tuberculeux est supérieure d'ordinaire à celle donnée par le thermomètre introduit dans le rectum.

Il ne faut opérer dans ces conditions que des malades à basse température pulmonaire et on évitera peut-être les réactions post-opératoires, qui n'étaient pourtant pas à redouter, par l'examen des autres signes actuellement observés.

Présentation de films en couleurs. — *M. R. Massart* présente deux intéressants films en couleurs, l'un d'une greffe osseuse au niveau de la colonne dorso-lombaire au moyen d'un greffon prélevé dans la région tibiale, l'autre d'une intervention pour pied plat d'origine paralytique.

G. LUQUET.

« Dans ma jeunesse, j'avais accepté de faire, dans une association de secours aux blessés militaires, des conférences d'hygiène à un auditoire de jeunes filles.

Une inspectrice à lorgnons vint un jour assister à mon cours et me recommander d'insister sur les traitements à donner dans les maladies, parce qu'on avait remarqué que j'étais toujours bref sur ce chapitre. Je commençai mon cours ce jour-là en annonçant qu'il fallait diviser les accidents en trois catégories : ceux pour lesquels on avait le temps d'envoyer chercher le médecin à pied, ceux où il fallait lui envoyer un taxi, ceux enfin où il valait mieux l'appeler par téléphone. L'inspectrice m'annonça à la fin de la leçon que mon enseignement s'arrêterait là, et je reçus un peu plus tard comme consolation, une belle médaille d'argent, — que je conserve d'ailleurs encore.

(Dr *Raoul Blondel*. — Les amateurs de médecine. *Echo de Paris*, 20 juin 1937.)

Echos et Glanures

Bourget et la Biologie ou les superstitions de la Science. — *Sous ce titre M. Julien Benda publie* (NOUVELLES LITTÉRAIRES, 10 juillet 1937) *un article où il montre que l'œuvre de Bourget est « une des expressions les plus nettes de ce phénomène moderne : la prétention des théoriciens politiques de fonder leurs affirmations sur la science »* :

« Les grands arguments de Bourget relèvent de la biologie. On sait avec quelle joie sont traditionalisme se jeta sur les idées de Quinton statuant que les animaux supérieurs n'existent que parce qu'ils auraient su maintenir leur température des premiers âges et refusé d'épouser le changement thermique qui, depuis, se fit autour d'eux. Il brandissait le darwinisme, dont il ne retenait que la lutte pour l'existence, ne soufflant de l'importance que Darwin attache, comme facteur d'évolution, aux instincts de sympathie et de solidarité ; par exemple, quand il relate comme significatif que les singes adoptent toujours les orphelins de leurs compagnons, que les corbeaux nourrissent leurs confrères aveugles. Il y aurait un livre à faire sur la manière dont les théoriciens politiques exploitent la biologie. L'un fonde tout son système sur cette « expérience » selon quoi l'arbre dépérit s'il est « déraciné », alors que les techniciens enseignent qu'il faut, pour sa prospérité, le changer de sol. L'autre, voulant que l'éducation développe l'instinct national et non l'intelligence, nous montre la science proclamant les merveilles de l'instinct de l'animal, mais ne dit rien des erreurs de cet instinct, de son impuissance à se modifier selon les circonstances, et autres tares sur quoi la même science nous invite à ouvrir les yeux. Notons d'ailleurs, que ces docteurs, qui demandent nos règles de vie aux animaux, savent fort bien, lorsqu'une autre politique biologique, par exemple communiste, se dresse contre eux, s'écrier indignés : « Nous ne sommes pas des abeilles ! Nous ne sommes pas des fourmis ! » Vérité au deçà des Pyrénées, erreur au delà... C'est l'essence même du pragmatisme.

« Toutefois, une distinction éclate : contrairement à tel cynique docteur qui sait fort bien qu'il estropie les faits pour les besoins de sa cause, Bourget se croyait vraiment un savant. Je n'oublierai jamais l'accent de sincérité avec lequel, m'ayant rencontré comme je venais de publier La Trahison des Clercs, il me dit : « Je ne tombe pas, Monsieur, sous le coup de vos critiques ; je n'ai jamais fait que de la science ». On sait qu'il était fort surpris que l'Académie de médecine ne le nommât point de ses membres. Une telle candeur impose.

« L'erreur de Bourget, très représentative, fut de se vouloir un savant alors qu'il était un moraliste, ce qui en est juste le contraire. »

Un hôpital souterrain. — *Journal des Débats* (14 juillet 1937) :

C'est à Prague que s'édifiera le premier hôpital souterrain. Il sera aménagé dans des sous-sols à plusieurs étages. Il y aura entre les pièces du premier étage souterrain et la surface du sol une distance d'au moins quatre mètres ; de sorte que les pièces seront toutes à l'abri des bombardements aériens. L'hôpital souterrain pourra abriter deux cents malades à la fois.

Un parc sera aménagé sur les couches de ciment armé qui protégeront la future construction, pour les enfants du quartier.

Une humiliation nationale... (Extrait de *Aux Ecoutes*, 10 juillet 1937).

Le mois dernier, l'association de la Critique littéraire décernait son prix annuel à M. Jean Bonnerot, pour sa magistrale édition de la *Correspondance générale* de Sainte-Beuve, dans le dessein d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur cette admirable entreprise, malheureusement interrompue faute de quelques subsides.

Le geste de l'Association de la Critique aura été inutile. Le ministère de l'Education nationale, directement sollicitée par M. André Thérive, a répondu par les assurances les plus aimables... et les plus vaines. Quant à l'Académie française, que MM. Marcel Prévost et Louis Gillet s'étaient engagés à émouvoir, elle a opposé la fin de non-recevoir la plus courtoise... et la plus définitive à la démarche des deux écrivains, sous le prétexte qu'elle subventionnait déjà l'édition des œuvres complètes de Mme de Maintenon par l'abbé Marcel Langlois. C'est M. Georges Goyau, grand admirateur de l'épouse secrète de Louis XIV, qui a ainsi triomphé de l'incrédule Sainte-Beuve.

Le résultat de ces deux refus ne s'est pas fait attendre. Tandis que l'Académie continue de thésauriser les revenus de Chantilly et que le ministère de l'Education nationale achève de régler les subventions scandaleuses accordées sous l'ancien gouvernement (M. Jacques Chabannes et le groupe « Mai 36 » n'ont-ils pas reçu 250.000 francs pour monter *Liberté*, ce four mémorable ? M. Jean Bonnerot se trouve sans éditeur en France. Si bien que ce sera sans doute un libraire de Zurich, ville de culture allemande, qui publiera la suite d'une œuvre qui intéresse au premier chef le patrimoine littéraire français. Tous les lettrés ressentiront vivement ce qu'on pourrait appeler, pour reprendre le mot de M. Campinchi dans une autre occasion, « une humiliation nationale ».

Le repeuplement en A.O.F.— *Dans* L'AFRIQUE FRANÇAISE (juin), M. *P. Laforgue, après avoir décrit les zones climato-biologiques de l'A. O. F.* (JOURNAL DES DÉBATS), *conclut* :

Les groupements humains d'une zone climato-botanique

déterminée peuvent-ils sans inconvénient émigrer dans une zone climato-botanique différente, moins favorisée, pour en accroître le peuplement ? Il est difficile de l'admettre.

Evidemment, pour quelques éléments ce n'est pas impossible en tant qu'individus, car ceux-ci sont rapidement intégrés, absorbés ou éliminés. Il n'est pas possible d'une façon naturelle, à un groupement humaine, de quitter sa zone climato-botanique à laquelle il est originellement associé en raison même de l'influence exercée par le milieu sur le peuplement humain de cette zone. C'est à l'intérieur même de chacune des zones climato-botaniques de l'Afrique Occidentale française que les groupements humains doivent pouvoir mettre en œuvre et trouver tous les éléments nécessaires à leur progression démographique. Il serait vain de vouloir enfreindre une loi naturelle qui détermine les conditions biologiques, climatiques et botaniques qui régissent la vie et la conservation des groupements humains.

Indigènes et médecine européenne.— *Mme Kuntz, docteur médecin, qui exerce sa profession parmi les indigènes de la mission de Queenstown, relate, dans un article cité par* L'AGENCE FIDES, *les difficultés qu'elle rencontre pour faire accepter ses soins par les malades ou leurs proches* (JOURNAL DES DÉBATS, 12 juillet 1937) :

« J'ai souvent rencontré des obstacles ennuyeux. Un jour, les indigènes m'apportèrent un adolescent de 16 ans qui avait une tumeur maligne à la jambe. Quand j'expliquai aux indigènes que la vie de l'enfant ne pouvait être sauvée que par l'amputation de la jambe, le père me répondit : « Tu es une Blanche « et tu ne comprendras jamais rien aux maladies des noirs. » Une autre fois, voulant soigner la conjonctivite chez un enfant, je m'entendis dire par la mère : « Non, non, tu ne sais pas t'y « prendre, c'est bon pour l'enfant d'avoir cette maladie. »

« Là où les médecins sorciers ont encore de l'influence, il est très difficile d'obtenir que les malades donnent des renseignements sur leur mal, ils répondent : « Si tu étais un médecin « habile, tu saurais où se trouve le mal ; c'est toi qui me de- « mandes où est le mal alors que je viens chez toi justement « pour le savoir. » Et je pourrais citer un nombre infini de cas semblables », ajoute mélancoliquement la jeune femme médecin. Mais d'autres cas prouvent au contraire la gratitude de ces primitifs qui apprennent à apprécier les soins du docteur qu'ils nomment *Ama Roma Lyeza* (médecine catholique).

« Les Cafres viennent volontiers au dispensaire tant qu'ils n'ont rien à payer ; l'un d'eux me dit : « Comment, vous avez « été envoyée par Dieu et vous nous demandez de l'argent ! »

« Au mois de mai, je fus appelée au chevet d'un enfant de 3 ans qui s'était brûlé. Les Cafres avaient appliqué aux brûlures leur remède préféré : la bouse de vache. Je compris que je ne pouvais soigner l'enfant sans le transporter à la mission, mais la mère voulait l'accompagner. Les religieuses durent improviser une chambre d'hôpital dans une classe désaffectée. A la fin du mois, nous avions notre petit hôpital en miniature : dix lits. De mai à décembre, 96 malades y furent hospitalisés et 21 subirent des interventions chirurgicales. »

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BOLLACK (J.), M. DAVID, P. PUECH. — **Les arachnoïdites opto-chiasmatiques.** 76 fig. 298 p. Br. : 70 fr. (*Masson*).

LANGERON (L.). — **Leçons cliniques sur les affections hypophysaires.** 222 p. Br. : 50 fr. (*Masson*).

RUDAUX (P.) et MONTET (Ch.). — **Guide pratique de la mère.** 3e édit. III. 49 fig. 200 p. Br. : 22 fr. (*Masson*).

X. — **La chirurgie.** Coll. Exposition 1937. Palais de la Découverte. 68 p. Br. : 6 fr. (*Masson*).

X. — **Congrès français de médecine. 24e Session Paris 1936. Compte rendu. Discussion et communications.** 166 p. Br. : 50 fr. (*Masson*).

X. — **Médecine. Les aspects de la science médicale.** Coll. Exposition internationale 1937. Palais de la Découverte. Br. : 6 fr. (*Masson*).

X. — **Microbiologie. — L'œuvre de Pasteur et ses conséquences.** Coll. Exposition 1937. Palais de la Découverte. 96 p. Br. : 6 fr. (*Masson*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville · LE NUMÉRO : 50 Centimes · N°s 32-33 — 7 et 14 AOUT 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE · PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

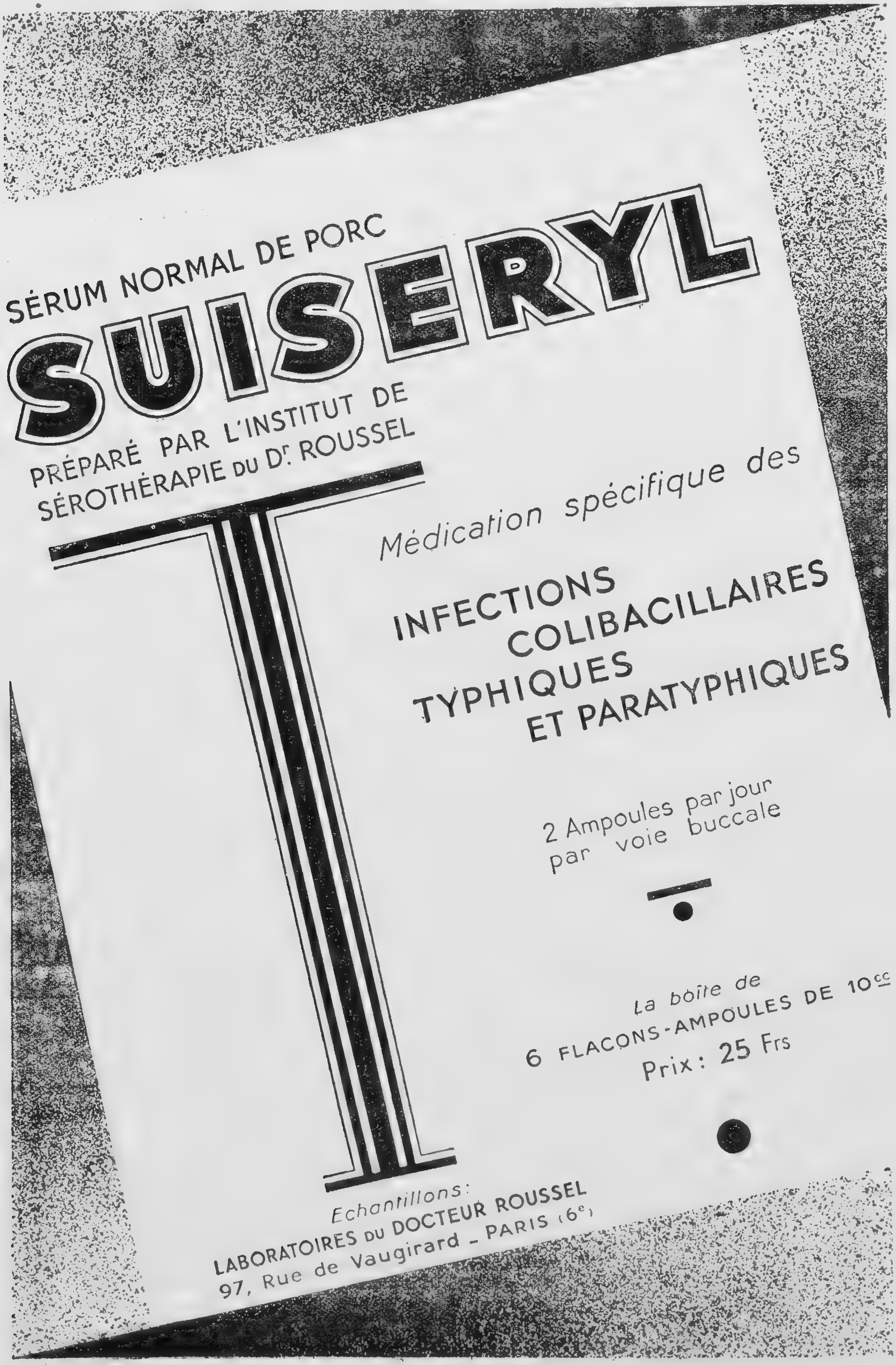
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

SOMMAIRE


SÉRUM NORMAL DE PORC
SUISERYL
PRÉPARÉ PAR L'INSTITUT DE
SÉROTHÉRAPIE DU Dr ROUSSEL
Médication spécifique des
INFECTIONS
COLIBACILLAIRES
TYPHIQUES
ET PARATYPHIQUES
2 Ampoules par jour
par voie buccale
La boîte de
6 FLACONS-AMPOULES DE 10cc
Prix : 25 Frs
Echantillons :
LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard - PARIS (6e)

AVIS IMPORTANT

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de l'ancienne bande et de deux francs en timbres poste, au lieu de un franc cinquante.

Les demandes de renseignements doivent contenir un timbre pour la réponse.

Pour les demandes de numéros, ajouter le montant du port (0 fr 30 par n°) à celui de la commande.

Nous serons au regret de ne pouvoir tenir compte des demandes non accompagnées du montant des frais.

NOUVELLES

Assistance publique. — Le Conseil d'Etat a annulé le décret de M. Sellier mettant M. Louis Mourier, directeur de l'Assistance publique, à la retraite. Triomphe de la légalité sur les fantaisies du pouvoir personnel.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élèves internes en médecine vacantes le 15 avril 1938. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 13 octobre 1937, à 9 heures, au Parc des expositions, porte de Versailles, Paris (XVe) (Entrée des candidats : Porte de Versailles).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le mercredi 1er septembre jusqu'au mardi 21 septembre 1937 inclusivement.

Faculté de médecine de Paris. — *Adjuvat.* — Le nombre des aides d'anatomie est fixé à 15.

Pour s'inscrire au concours de l'adjuvat, il faut être Français et étudiant en médecine. Chaque étudiant ne pourra s'inscrire que quatre fois consécutivement et devra avoir déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par le Conseil de la Faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

L'article 4 de l'arrêté du 30 avril 1935 est modifié ainsi qu'il suit :

. . . .

Une leçon sur une question d'anatomie descriptive tirée au sort.

Quinze minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question et quinze minutes pour la traiter.

Légion d'Honneur. Ministère des Affaires étrangères. — Sont promus : *Commandeur* : M. Georges Dumas, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — *Officier* : M. Davenière, médecin du ministère des Affaires étrangères.

Est nommé *chevalier* : M. Collangettes, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

Ministère de la Santé publique. — Est promu et sont nommés :

Officier

M. Jean-Joseph Laborde, docteur en médecine à Carlux (Dordogne).

Chevaliers

Mme Germaine Landowski, chef de clinique à la Faculté de médecine (hôpital Broussais) de Paris ; MM. Jules Auzimour, médecin laryngologiste à l'hôpital de la Glacière à Paris ; René Bitsch, chirurgien-dentiste à Laxou (Meurthe-et-Moselle) ; Clotaire Boudy, chirurgien-dentiste à Paris ; Henri Dragon, médecin de l'hôpital d'Oraison (Basses-Alpes) ; Jean Ducos, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux ; Jacques Faota, docteur en médecine, secrétaire général de la Fédération des Syndicats médicaux des Bouches-du-Rhône ; Henri Foucher, pharmacien à Paris ; Eugène Frémont, médecin adjoint de l'hôpital de Nogent-le-Rotrou ; Frœlicher, docteur en médecine, membre du bureau de bienfaisance de Sissonne (Aisne) ; Louis Gauillard, docteur en médecine, à Paris ; Léonard Gendre, docteur en médecine, inspecteur de l'Assistance publique de la Gironde, à Bordeaux ; Henri Guesdon, médecin de l'hôpital de Flers (Orne) ; Maurice Hamburger, médecin de l'hôpital Lariboisière, à Paris ; Kindberg, docteur en médecine, chef de service à l'hôpital Beaujon, à Paris ; René Lacour, médecin-chef de l'hôpital Saint-Maurice d'Epinal (Vosges) ; Ernest Lefort, docteur en médecine, chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph, à Paris ; Alexandre Mace, docteur en médecine, vice-président de la Commission administrative de l'hospice de Guingcamp (Côtes-du-Nord) ; Charles Picot, médecin ophtalmologiste à l'hôpital de Chaumont (Haute-Marne) ; Pierre Rousset, docteur en médecine, vice-président de la Commission sanitaire de Saint-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées) ; Mme Rosa Sanz de Santa Maria, née Tzeline, docteur en médecine, à Paris ; MM. Claude Tabaraud, docteur en médecine, vice-président de la Commission administrative des hospices de Saumur (Maine-et-Loire) ; Gabriel Vacher, docteur en médecine à Saint-Denis, ancien médecin assistant à l'hôpital Lariboisière.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — Candidats admis à subir dans les centres et aux dates ci-après les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1937.

Lyon. — Ecole du Service de santé (30 août).

Candidats à huit inscriptions : Boileau, Monge.

Candidats à quatre inscriptions : Babouot, Barrière, Barthélémy, Billon, Bloch, Boillet, Boithios, Bouvier, Canas, Cellier, Charcosset, Chauvet, Debois, Desprez, Doussot, Durand, Estragnant, Faure, Fervel, Gagne, Gilbert, Desvallons, Guedu, Gutierrez, Horiot, Hudelot, Huot, La Fay, Ladadec, Lercy, Malaval, Mery, Merer, Pallas, Philippon, Porcq, Prat, Rey, Reynaud, Richard, Robert, Ruzié, Sagnier, Schott, Selosso, Tillier, Tournier, Trouiller, Villa.

Candidats P. C. B. : Agnez, Aloin, Auduge, Bascoumergue, Bonhomme, Camoulard, Conjeaud, Comptour, Charcosset, Couture, Defrance, Daviet, Dessaignes, Dubois, Forissier, Grumel, Legros, Leoret, Mafart, Martin, Meynier, Mifired, Morilleau, Nosny, Pellegrini, Peschaud, Quenard, Richard, Robardet, Roche, Seys, Serre, Tauzin, Vulliet.

Nancy. — Hôpital militaire (3 septembre).

Candidats à huit inscriptions : Beltrando, Decreuse, Hosotte, Weisgerber.

Candidats à quatre inscriptions : Beltrando, Roy.

Candidats P. C. B. : Bello, Dantoine, Dupart, Gandar, Goulon, Israël, Johan, Le Couteur, Leduc, Manginot, Nordon, Paulus, Tissier.

PARIS. — (Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce) (6 septembre).

Candidats à huit inscriptions : Boucheron, Chaumeix, Cot, Delahousse, Meslier, Rondreux.

Candidats à quatre inscriptions : Escolivet, Jarniou, Jeudy, Journée, Léandri, Le Forestier, Moitel, Morel, Paque, Secques, Vialle.

Candidats P. C. B. : Arnaud, Ayach, Baland, Barry, Besnard, Bonel, Barraud, Carli, Costevec, Contoncin, Cuinet, Dorion Eyquem, Flot, Forestier, Garnon, Gourmand, Gretsac, Granier Gueron, Guillon, Heraud, Hugonnaud, Lacombe, Lacolley, Lannes, Lansiaux, Laurent, Lévy, Malet, Marty, Mazaud, Menguy, Michallet, Miquel, Monnier, Nataf, Noumri, Pilbetta, Poli Ponse, Régent, Roitier, Ronflet, Rousset, Srich, Solignac, Sifantus, Sicard, Thierry, Vaichère, Weil.

RENNES. — Hôpital militaire (11 septembre). — Candidat à douze inscriptions : Chevallier.

Candidats à huit inscriptions : Marot, Valet.

Candidats à quatre inscriptions : Berroche, Blochet, Chrétien, Collignon, Collos, Danigo, Dechazal, Echinard, Coasguen, Grandbarbe, Gueguen, Guyader, Lavenant, Le Gall, Le Reste, Le Rumeur, L'Hermitte, Mérilbou, Pély, Renault, Salou, Testu, Thalabaut.

Candidats P. C. B. : Burré, Kerbastard, Langlois, Le Houérou, Libouban, Marrec, Méar, Morin, Rivelon, Ropars.

BORDEAUX (direction du Service de Santé), caserne Pelleport, 11, rue de Cursol, 15 septembre 1937 :

Candidats à huit inscriptions : Brunzeau, Tardieu.

Candidats à quatre inscriptions : Bach, Beaufort, Doche de Lequintans, Dubourg, Duthil, Genet, Girard, Guyard, Geyraud, Hourtiguet, Labbé, Nicolau, Parvais, Tallier, Trouillot, Troupeau, Zuccarelli.

Candidats P. C. B. : Albertini, Cassassus, Dutheil, Ferrand, Gibertaud, Guillemeteau, Guibert, Kan, Minvielle.

TOULOUSE (hôpital militaire), 18 septembre 1937 :

Candidat à douze inscriptions : Tasci.

Candidat à huit inscriptions : Thut.

Candidats à quatre inscriptions : Bourdet, Carbonne, Colson, Favarel, Frézières, Imbert, Laquièze, Latcher, Palanque, Pedoussaut.

Candidats P. C. B. : Allouche, Dulac, Fontan, Fraysse, Julia, Laurens, Laur, Poujade.

MONTPELLIER (Faculté de médecine), 21 septembre 1937 :

Candidats à quatre inscriptions : Jaubert, Panis, Rosat.

Candidats P. C. B. : Abou, Fiauma, Galy, Gontier, Gueye, Guerrini, Le Quère, Olivier, Pignan, Pujol, Rauzy, Renaudat.

MARSEILLE (hôpital militaire), 23 septembre 1937.

Candidats à huit inscriptions : Guyomarch, Légier, Méchali, Rochu.

Candidats à quatre inscriptions : Amouroux, Autheman, Autric, Baillet, Basso, Bellon, Serre, Benedetti, Bernot, Borromei, Bouhier, Catala, Davin, Dumoulin, Dutoar, Eberlé, Fourment, Grimaldi, Jacquint, Manipoud, Mathé, Millet, Mourgues, Perrot, Pons, Ramanantsoa, Raymond, Rouayrenc, Sine, Thobié, Torrenti, Vallino, Vidal, Vincent.

Candidats P. C. B. : Besquet, Delors, Devors, Djabali, Finalteri, Girard, Guillermou, Pariente, Puech, Scarrone, Talent.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins-colonels : Andrieu, de l'hôp. Bauden, Oran, à l'hosp. mixte de Montpellier ; Charpentier, de l'hosp. mixte d'Amiens, est médecin-chef ; Salnier, des troupes du Maroc, dir. du Service de santé de la division d'Oran.

Les médecins lieutenants-colonels : Gardey, de l'hôp. Bathias, Thionville, à l'hosp. mixte de Perpignan ; Obenet, de l'école d'art, Poitiers, aux troupes du Maroc.

Les médecins commandants : Grand, du 18e génie, aux troupes du Maroc ; Lenoir, de l'hosp. mixte de Perpignan, à la 9e légion de garde rép. mobile, Martinaud, du centre de réforme de Bordeaux, à l'école d'art., Poitiers ; de Carrigues, du 19e C. A., au 18e génie ; Blazy, du 80e d'inf., à l'hosp. mixte de Caen ; Adisson, du centre de réforme de Limoges, au centre de réforme de Bordeaux.

Les médecins capitaines : Bizien, du 20e dragons, au centre de réforme de Limoges ; Rey, de la 9e légion de garde républicaine mobile, au 80e d'inf. ; Sarda, des troupes de Tunisie, au 20e dragons ; Prost, du 33e d'art., affecté au 38e d'inf. ; Gauthier, des troupes du Maroc, au 72e d'art.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de chimie biologique : en première ligne, M. le Professeur agrégé Machebœuf ; en seconde ligne, M. Boulanger ; pour la chaire de physiologie : en première ligne, M. le Professeur agrégé R. Fabre ; en seconde ligne M. le Professeur agrégé de Grailly ; pour la chaire de matière médicale : en première ligne, M. le Professeur agrégé Vitte ; en seconde ligne, M. Roque.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés chefs de clinique médicale : M. Pierre Briquet, en remplacement de M. Giraud, à dater du 1er juillet 1937 (service de M. le Professeur Richon) ; M. Louis Pierquin, en remplacement de M. Grandpierre, à dater du 1er novembre 1937 (service de M. le Professeur Perrin).

M. Santenoise, professeur d'hygiène thérapeutique et climatologie, est transféré dans la chaire de physiologie.

Faculté de Lille. — M. Paucot, professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance, est transféré dans la chaire d'obstétrique.

M. Gérard, professeur de pathologie externe, est transféré dans la chaire de clinique des maladies des voies urinaires.

Le doyen de la Faculté de médecine de Marseille. — Le ministre de l'Education nationale vient de nommer doyen de la Faculté de médecine de Marseille, après proposition de l'assemblée des professeurs et agrégés de cette Faculté, le Professeur Lucien Cornil, professeur de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.

Le nouveau doyen, qui jouit d'une autorité scientifique incontestable, a réalisé de nombreux travaux sur la neurologie, en particulier les tumeurs du système nerveux et le problème du cancer. D'ailleurs, l'an dernier, l'Académie de médecine accorda une de ses plus belles récompenses aux études sur le cancer qu'il publia avec son distingué collaborateur, le Professeur Mosinger.

Elève, puis, pendant de longues années, assistant du Docteur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Professeur Cornil fut, après la guerre, où sa conduite fut très brillante, chef de travaux d'anatomie pathologique de cette même Faculté, avant d'être nommé, en 1923, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy et, en 1930, professeur à Marseille.

Dans le domaine hospitalier, le Professeur Cornil est directeur du laboratoire des hôpitaux et du centre anticancéreux de Marseille. Il a pu obtenir, avec l'appui du Conseil général des Bouches-du-Rhône et de la Commission administrative des hospices, la réalisation d'un Institut de biologie pathologique, actuellement en construction à l'hôpital de la Conception, à Marseille. Cet institut — unique en France — permettra d'utiliser, pour les malades, toutes les recherches de laboratoire les plus récentes. (*Le Temps.*)

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, s'ouvrira le lundi 17 janvier 1938 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Cours de vacances d'anatomie. — En raison de la courte durée des études d'anatomie et afin de préparer les étudiants à leurs stages de clinique, il a été institué à Besançon, un cours de vacances d'anatomie avec dissection.

Ce cours est destiné en principe aux étudiants reçus au P. C. N. Il est ouvert cependant à tous ceux qui veulent soit se perfectionner soit faire des travaux personnels en anatomie.

Le cours a lieu du 15 septembre au 15 octobre.

Il sera organisé également pendant cette période pour ceux qui le désirent, un certain nombre d'excursions, de façon à permettre de parcourir la région touristique de la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 francs, le nombre des inscriptions est limité.

Les auditeurs seront admis à fréquenter les cliniques hospitalières, où des cours spéciaux seront faits à leur intention.

S'adresser pour tous renseignements complémentaires : Laboratoire d'anatomie de l'École de médecine, Besançon (Doubs).

Faculté de médecine de Lyon. — Un stage de perfectionnement d'accouchement aura lieu sous la direction de M. le Professeur Voron assisté de ses collaborateurs, à la Clinique obstétricale, hôpital Edouard-Herriot. Il commencera le mardi 2 novembre, à 9 heures, et prendra fin le vendredi 12 novembre à 19 heures.

PROGRAMME QUOTIDIEN. — 9 heures à 10 heures : Manœuvres obstétricales. Démonstrations et exercices sur mannequin. — 10 heures à 11 heures : Visite des accouchées. Consultations prénatales. — 11 heures à 12 heures : Cours théorique. — 17 heures à 17 h. 30 : Commentaire des accouchements de la journée. — 18 heures à 19 heures : Cours théorique.

Ce stage est ouvert à tous les docteurs en médecine ainsi qu'aux étudiants pourvus de vingt inscriptions. Les stagiaires

dirigeront eux-mêmes les accouchements et seront individuellement exercés aux opérations obstétricales courantes. Ils pourront rester la nuit dans le service.

Le programme détaillé des cours sera envoyé à tous ceux qui en feront la demande.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 23 octobre. Le droit d'inscription est de 200 francs qui doivent être versés en s'inscrivant.

Les demandes de renseignements et les inscriptions sont reçues par Mme la secrétaire de la Clinique obstétricale, pavillon K, hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

IVe Congrès international de pédiatrie. — Il aura lieu à Rome les 27, 28, 29 et 30 septembre prochains.

Les sujets à l'ordre du jour sont :

1° Les maladies neuro-psychiques chez les enfants au point de vue clinique et social.

2° Métabolisme minéral et hydrique dans la première enfance, ses répercussions sur le problème de l'allaitement artificiel.

3° Le problème de la tuberculose chez l'enfant, au point de vue : *a*) des études modernes sur l'ultra-virus ; *b*) de la contagiosité provenant de l'enfant ; *c*) de la prophylaxie et de la thérapeutique.

D'après les règlements de l'Association internationale de pédiatrie, peuvent être inscrits comme « membres ordinaires » les médecins appartenant à une Association nationale de pédiatrie, et comme « membres participants » les médecins n'appartenant pas à une Société de pédiatrie, présentés par leur Comité national.

La cotisation est de 200 lires par congressiste, 100 lires par personne de sa famille. Une cotisation supplémentaire facultative de 50 lires donne droit aux volumes des rapports des discussions.

L'inscription donne droit à une réduction de 40 % pour le voyage d'aller et retour sur les chemins de fer français pour toutes classes entre le 23 septembre et le 15 octobre ; une réduction de 70 % sur les chemins de fer italiens, de la frontière à Rome et vice-versa, et 50 % sur quatre billets en Italie.

Les congressistes se rendant à Rome en automobile peuvent obtenir des tryptiques valables dix jours, un ou deux mois et bénéficient des réductions importantes sur l'essence à la condition de rester en Italie, huit ou quinze jours et de prendre des bons d'hôtels.

Les services aériens italiens font également une réduction de 30 % et les bateaux 25 %.

Les inscriptions doivent être faites avant le 31 août. Elles peuvent être faites en lires touristes au bureau de la C. I. T. à Paris, 3, boulevard des Capucines et dans les succursales de Dijon, Lyon, Marseille, Nice et Strasbourg, ou directement au trésorier italien par chèque ou mandat international.

On peut avoir des renseignements en s'adressant au secrétaire-trésorier : Docteur A. Colarizi, Clinica pédiatrica, Policlinico, Roma ; au Docteur Robert Clément, 205, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe) ou au Docteur Robert Pierret, Villa Ménival, Parc Fenestre, La Bourboule.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1937.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au Docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

IL Y A CENT ANS

« *On annonce que, par une ordonnance récente, les médecins étrangers ne pourront à l'avenir être autorisés à pratiquer en France, qu'à la condition de subir les examens exigés par nos règlements universitaires. Jusqu'ici on sait que les autorisations d'exercer se donnaient avec une facilité qui a pu engendrer de graves abus. Il paraît que c'est sur les réclamations pressantes et réitérées des médecins de Boulogne, que le Gouvernement a pris cette détermination.* (Gaz. méd. de Paris, 12 août 1837.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement du furoncle

Par le Dr R. HOULIÉ

(de Rouen)

Il y a une question du furoncle. Les infections à staphylocoques en général ne nous apparaissent plus aussi bénignes qu'elles semblaient l'être il n'y a pas longtemps encore.

Une observation frappante vient d'être rapportée à la Société de médecine de Rouen par le Dr Née.

Elle concerne un homme de 37 ans porteur d'un petit furoncle de la lèvre supérieure au moment où il vient consulter son médecin le Docteur Vezoux « pour un érythème urticarien généralisé prurigineux ».

« Deux jours après, le tableau a brusquement changé : fièvre à 40°, agitation, délire, tuméfaction de la face. C'est dans ces conditions que je vois ce malade, le soir même, avec notre confrère.

L'aspect est typique et ressemble absolument aux photographies que le Professeur Lemierre a présentées dans son article du journal le *Documentaire médical* de septembre 1936.

La face est tuméfiée ; la lèvre supérieure d'une dureté ligneuse est semée d'une dizaine de phlyctènes purulentes et le furoncle initial n'est plus reconnaissable.

De cette lèvre partent des plaques rouges, brillantes, indurées qui envahissent les deux joues et le menton. Sur ces plaques, quelques phlyctènes disséminées. Elles ressemblent à la plaque d'érysipèle, mais n'en ont ni la topographie, ni le bourrelet caractéristique.

Les paupières sont tuméfiées, les conjonctives injectées de sang et les yeux morbités. Les ganglions aux maxillaires sont gros et douloureux.

La céphalée est intense. Le malade est agité et délirant. La température monte et reste à 40°. Le pouls à 120. La mort survient le lendemain à midi après une agitation extrême. »

Ainsi un furoncle de la lèvre supérieure avec ou sans septicémie a déterminé la mort en 4 jours. La gravité du furoncle de la face est connue.

La thérapeutique du furoncle en général donne encore lieu à beaucoup de flottement.

Faute d'une ligne de conduite arrêtée, le médecin risque en maintes circonstances de se trouver devant le fait accompli parce qu'il aura hésité.

Hésitation et perte de temps, c'est le cas de citer le proverbe anglais : « time and tide wait for no man ». Le temps et le flot n'attendent personne.

Un moyen simple m'ayant donné toute satisfaction, c'est sur lui que je veux attirer l'attention des lecteurs de ce journal.

L'essentiel de ce que je pense, je l'ai dit jadis dans une communication à la Société de médecine de Paris. L'épreuve du temps n'a pas modifié mon opinion.

J'ai eu le plaisir de lire sous la plume du Docteur Lafond (in *Progrès médical*, 20 mars 1937) un article sur ce même sujet. Notre confrère aboutit à des conclusions identiques aux miennes, preuve que les chemins de la logique conduisent tout le monde au même endroit.

Je cite le texte de ma communication, il s'y trouve des détails pratiques pour la réussite du traitement proposé. La valeur de ces détails, une expérience acquise en tant que malade, m'en a montré la valeur.

« Le grand nombre des traitements proposés contre la furonculose prouve qu'aucun d'eux n'est extrêmement efficace. Le dernier en date, constitué par l'injection de vaccins tout préparés — stock vaccins des Anglais — ou bien d'auto-vaccins, présente l'inconvénient d'être efficace lorsqu'il s'agit des premiers, de n'être pas applicable à tous les milieux et dans les cas où il faut agir vite, s'il s'agit du second, à cause des difficultés et de la longueur de la préparation.

Dans de semblables conditions, ayant eu beaucoup à souffrir de poussées de furonculose que nul traitement ne pouvait enrayer, j'insiste beaucoup sur ce point, je me demandais s'il ne serait pas possible d'enrayer le mal en détruisant de très bonne heure le follicule pileux, siège primitif de l'infection. Un seul moyen s'offrait à moi pour réaliser ce désir, c'est l'ignipuncture *loco dolenti*. De fait, les résultats parfaits obtenus par un moyen si simple justifièrent tout à fait l'idée directrice qui est celle de tout traitement chirurgical, savoir : qu'il faut lutter contre un foyer infectieux par la destruction ou l'évacuation dudit foyer.

Technique. — Deux points sont essentiels.

1° Faire la pointe de feu aussi précocement que possible au siège du mal ;

2° Pratiquer une cautérisation du follicule sur toute la hauteur.

Parler de déterminer le siège d'un furoncle à son début paraît être une naïveté, et pourtant à ce moment, surtout si la région atteinte présente un tissu cellulaire dense, comme à la nuque, nulle saillie ne trahit la présence de la folliculite : à peine voit-on une légère rougeur diffuse sur une zone plus ou moins œdématiée suivant le moment auquel on intervient, et c'est tout. Le malade n'éprouve aucune douleur, tout juste une démangeaison analogue à celle produite par une piqûre de puce, qui est rapidement suivie par une sensation mordicante puis franchement douloureuse. Ces signes insignifiants constituent les premières manifestations du furoncle : leur recherche présente beaucoup d'importance, car, appliqué à ce moment, le traitement que je préconise amène de façon quasi certaine l'évolution du furoncle.

Le malade, pour peu qu'on le prévienne, avisera toujours le médecin de l'existence de cette sensation prurigineuse que j'ai toujours vue être le signal du furoncle à son début. Au point où siège le prurit, on promène d'une main assez ferme un petit stylet, celui-ci détermine au niveau du follicule une petite douleur plus marquée qu'ailleurs, c'est là qu'il faut enfoncer la pointe du galvano-cautère ou à défaut une épingle à cheveux portée au rouge et tenue à angle droit par une pince hémostatique.

La tige métallique doit être enfoncée normalement à la paroi au moins à 1 cent. de profondeur, plus même dans les stades avancés de la lésion, car l'œdème inflammatoire étant souvent diffus, surtout dans les furoncles que j'appellerai malins, se trouve être toujours beaucoup plus considérable qu'on a tendance à se l'imaginer.

Très souvent on trouve un follicule purulent malgré l'absence ou l'insignifiance des symptômes objectifs.

Résultats : Appliquée précocement suivant la méthode décrite, l'ignipuncture arrête toujours l'évolution du furoncle : aussitôt pratiquée, tous les signes disparaissent très rapidement, la pénible sensation de tension s'évanouit, le cou, s'il s'agit d'un furoncle de la nuque, redevient souple.

Appliquée à un furoncle parvenu à une évolution assez avancée, l'ignipuncture donne des résultats moins beaux, mais néanmoins très satisfaisants.

La douleur est beaucoup atténuée, et la durée du furoncle très abrégée.

Dans ce cas, il ne faut pas craindre de répéter des cautérisations profondes qui détruisent bourbillon et pus au fur et à mesure de leur production.

La suppression du foyer infectieux ainsi réalisée permet à l'organisme de rétablir ses défenses.

Les cautérisations qui sont pratiquées avec une tige mince déterminent une douleur minima, il est inutile de faire usage d'aucun anesthésique ni hypnotique, dont les effets ultérieurs risqueraient d'être infiniment plus désagréables que la peine qu'il vise à supprimer.

Chez les malades déjà très énervés par une longue poussée de furoncles on doit faire exception : un demi-centigramme de morphine procure une sédation utile.

Au cours des pansements, je bannis l'usage de compresses humides malgré leur effet calmant, elles ramollissent en effet la peau et favorisent ainsi la pénétration de staphylocoques: pour des raisons analogues, je proscris l'emploi de teinture d'iode, je me contente de désinfecter la peau à l'alcool.

Les échecs du traitement tiennent à ce qu'il n'est pas pratiqué de façon correcte.

La main qui tient la pince tremble quelquefois, la tige rougie tombe à côté de l'endroit malade ; s'enfonce-t-elle au point précis qu'il peut arriver que le follicule ne soit pas entièrement détruit. »

Le Docteur Diamant-Berger vient d'émettre quelques réflexions sur le traitement des furoncles et anthrax à propos d'une observation d'anthrax avec hypoglycémie. Il s'élève avec force contre le traitement local de la furonculose.

« Tous les auteurs insistent sur l'inutilité de l'incision précoce d'un furoncle, mais ils laissent trop dans l'ombre les dangers que comporte cette incision. J'ai vu personnellement les deux accidents suivants :

1° Un homme de 30 ans, à qui on incise un furoncle de l'avant-bras, se le presse lui-même, et n'obtient aucun soulagement, au contraire, les jours qui suivent, non seulement le furoncle devient anthrax, mais il se produit une ostéomyélite du radius ;

2° Une histoire identique, et infiniment plus dramatique, avec un furoncle du menton, chez un jeune homme de 15 ans, il s'en suit une ostéomyélite du maxillaire inférieur, à laquelle le malade succombe.

C'est un fait courant, que la plupart des anthrax ne sont pas autre chose que des furoncles aggravés par une thérapeutique intempestive. En particulier, la cautérisation d'un furoncle par une pointe de feu paraît un acte inutile et dangereux, il n'apporte pas de soulagement, ne donne pas issue au pus qui n'existe pas, et ne permet pas l'évacuation du bourbillon, qui n'est pas encore mûr. Il ne stérilise rien du tout, et ne peut que diminuer la vitalité des tissus voisins alors qu'au contraire, le besoin d'une réaction de défense naturelle se fait particulièrement sentir. »

Les observations sur lesquelles le Docteur Diamant appuie sa thèse ne sont pas concluantes. Le premier malade s'est livré à une manœuvre dangereuse, l'expression du furoncle dissémine l'infection, augmente la douleur. Les tissus étant malaxés, la rupture des capillaires doit être la conséquence d'un traumatisme local.

Vue de l'esprit, en aucune façon le signe du lacet n'existe que chez les sujets à capillaires fragiles, ce qui veut dire que ce qui est sans importance chez un sujet normal détermine un éclatement dans certains tissus.

L'ouverture du furoncle était-elle suffisante ? Les téguments atteints sont toujours considérablement épaissis, l'ouverture du furoncle doit atteindre le tissu cellulaire souscutané jusqu'où plonge la racine du poil.

La deuxième observation sur laquelle l'auteur ne donne aucun détail ne peut être retenue en faveur de sa thèse. Affirmer le danger et l'inutilité de la cautérisation des furoncles, ne peut être retenu avant de savoir si la cautérisation a été correcte.

Une phrase de ma communication souligne la nécessité de faire le traitement convenablement et je prie le lecteur de la relire.

Une tige chaude qui tombe à côté du follicule ou qui n'atteint pas le follicule ne stérilise pas.

Un chirurgien opérant une appendicite laissant le 1/3 ou le 1/4 de l'appendice ne saurait invoquer la faillite de la chirurgie.

La température de la pointe chauffante doit être prise en considération. Une pointe au rouge sombre, laisse autour d'elle un petit cylindre de tissus modifiés devenus durs. L'infection, si le follicule n'a pas été atteint dans toute sa longueur, ne peut s'extérioriser. L'insuccès dans ce cas doit être mis au compte du médecin qui a mal exécuté un temps essentiel.

La cautérisation du furoncle doit se faire au rouge blanc, à cette température on ne note aucun effet hémostatique.

Je ne puis donc souscrire aux conclusions du Docteur Diamant-Berger. « Au point de vue des indications chirurgicales il faut s'abstenir complètement de tout acte opératoire dans les furoncles ».

C'est le contraire qui me paraît vrai. Je ne suis pas davantage de son avis touchant les furoncles de la lèvre supérieure, pour lesquels il a l'impression d'être absolument désarmé.

J'ai traité 5 malades atteints de furoncle en cet endroit, c'est peu, mais tous ces malades ont guéri sans incident. Je n'emploie jamais le cautère, j'incise profondément, une hémorragie me paraît utile. L'infection ayant tendance à envahir le sinus caverneux par voie veineuse, une perte de sang des tissus atteints les vide des microbes et produits septiques, c'est du moins ainsi que je m'explique l'arrêt des phénomènes. L'histoire d'une de mes malades est à cet égard significative. Je reçus sa visite à 18 heures. La face, la lèvre atteinte est tuméfiée, j'incise. Je recommande à la malade de revenir me voir si l'amélioration n'est pas franche. A 21 heures elle est de retour. La face est à ce point œdématiée, qu'elle est méconnaissable. J'agrandis l'incision en longueur et en profondeur. Après quoi, la malade tout de suite améliorée a guéri sans avoir eu d'autre alerte. Nul doute que l'incision ait enrayé l'évolution du furoncle. Les malades ont été par précaution traités par les R. X.

Je ne me flatte pas de l'espoir que tous les malades ainsi touchés puissent guérir. Il y a le microbe et il y a le malade. Certains sujets ont une vitalité si compromise qu'ils sont à la merci de la moindre atteinte qui détruira un équilibre fragile.

Le furoncle, infection locale, tenace, témoigne en faveur de la vérité défendue et avec quel éclat par M. le Prof. Loeper. Les furoncles surviennent chez des individus fatigués, déprimés pour une raison ou une autre. La gravité de la furonculose chez les diabétiques est de notoriété courante. La curieuse observation du Docteur Diamant-Berger relative à un sujet hypoglycémique atteint d'anthrax grave de la nuque est fort significative.

Elle n'est pas pour nous surprendre, encore je crois qu'on en ait pas signalé d'analogue.

La santé est liée à l'état d'équilibre, la variation des constantes chimiques, physiques, morphologiques en un sens ou dans l'autre s'accompagne toujours de troubles. Une furonculose qui persiste commande un examen attentif, duquel découlera une thérapeutique destinée à combattre le trouble constaté. Quel qu'il soit il ne faut pas oublier que le malade est placé dans un cercle vicieux. Il a des furoncles parce qu'il y a chez lui quelque chose d'anormal, et ce quelque chose d'anormal s'accroît parce qu'il fait de l'infection staphylococcique.

Le moyen sûr, rapide de le briser, est de courir au plus pressé.

Soulager un malade qui souffre, lui permettre de dormir, c'est déjà accroître sa défense. Dans la plupart des cas sinon dans tous, je l'ai déjà dit, mais j'y insiste, la cautérisation au rouge blanc atténue ou supprime la douleur.

La thérapeutique doit suivre un certain ordre. D'abord, action ignée, puis mise en œuvre d'agents physiques, O. C., rayons X s'il y a lieu, médication et régime appropriés suivant le malade. Toutes les manœuvres locales intempestives seront proscrites, contacts brutaux, incision avec un bistouri peu tranchant qui déchire autant qu'il coupe.

Les pansements chauds soulagent, mais ramollissent les téguments, d'où infection plus facile. La désinfection à l'alcool dénaturé laisse intacte la coloration de la zone atteinte. La façon d'appliquer le traitement local peut varier un peu suivant la zone atteinte.

Furoncle de la nuque

Pas de larges débridements qui se réparent trop souvent par des chéloïdes.

La cautérisation convenablement pratiquée et répétée, si le médecin arrive quand l'infection déborde le follicule, suffit.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL.D PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Furoncle de la lèvre supérieure

Un débridement large et profond qui provoque une certaine hémorragie est indispensable.

La réparation de la plaie opératoire est aisée, une ligne blanche dépourvue de la pigmentation, souvent stigmate des furoncles abandonnés à eux-mêmes, en est le seul reliquat et encore s'atténue-t-elle avec le temps. Cet heureux résultat esthétique doit être connu pour obtenir le consentement d'une malade dans des circonstances où la temporisation peut être fatale.

Furoncle du conduit auditif

Le moindre contact détermine une douleur atroce, donc pas de tentative pour introduire un speculum. En général un simple coup d'œil montre un gonflement qui supprime la lumière du conduit.

Il peut y avoir pour les débutants quelque difficulté à différencier un furoncle d'avec certaines mastoïdites qui amènent une chute de la paroi supérieure du conduit. Si la traction en arrière du pavillon détermine une douleur, furoncle, du reste la douleur provoquée par un furoncle est plus violente que n'importe quelle autre. Le tableau est ainsi dans les cas marqués, mais il y a des cas douteux, l'anamnèse, l'examen ne laisse pas longtemps de l'incertitude. Il faut également songer à la possibilité d'un furoncle dû à l'ensemencement du conduit par le pus d'une otite.

La situation du furoncle du conduit ne permet pas le plus souvent de l'aborder comme on aborde un furoncle placé ailleurs. On ne peut que faire une incision de l'axe du conduit. Si le furoncle n'est pas très douloureux, mieux vaut n'y pas toucher car l'ouverture donne issue à des liquides infectés qui stagnent, l'ouverture doit être réservée aux cas où la douleur est active, elle doit être faite sous anesthésie générale.

Toutes les manœuvres, même les plus simples, doivent être exécutées avec la plus grande légèreté de main.

Furoncle chez les diabétiques

Au dernier congrès de l'Association française de chirurgie, octobre 1936, le Professeur Jeanneney a été un des rapporteurs sur la question « affection chirurgicale chez les diabétiques ». Il considère l'anthrax comme « une redoutable complication du diabète, peut-être la plus grave » ; de son résumé, je retiens une phrase qui à mon sens résume les règles de la conduite du médecin : «sur ce mauvais terrain tout ira mal si l'on a pas le courage de barrer la route à l'infection, de débarrasser rapidement l'organisme d'un foyer dangereux, plus dangereux que chez un sujet sain ».

Cette règle qui est celle qui m'a toujours inspiré depuis le moment où j'ai fait expérience du furoncle en tant que patient, doit être appliqué ici dans toute sa rigueur sous peine de courir à une catastrophe.

Au point de vue local « le traitement chirurgical sera indiqué dans les gros anthrax à allure progressive qui consiste soit en une incision cruciale, soit en une excision large, cette dernière surtout indiquée dans les anthrax sphacélés ou de petit volume.

Les anthrax de la face seront traumatisés le moins possible ».

J'ajouterai ceci. La section du foyer doit être à la mesure de son étendue. Elle est suffisante quand une région gorgée de microbes et de leurs poisons se vide de liquides pathologiques. Cette idée touchant les effets de la mise à jour des tissus malades, ne doit répondre qu'imparfaitement à la réalité car, appliquée à des lésions tuberculeuses, elle s'avère mauvaise. Il est inutile en tout cas de mutiler à l'excès des tissus dont la réparation est pénible et il est bon de faire remarquer que le Professeur Rathery n'est pas partisan de l'exérèse large des anthrax.

C'est surtout vis-à-vis des furoncles qui naissent sur la lèvre supérieure, de ceux qui surviennent chez les diabétiques, qu'il y a lieu d'employer ondes courtes et radiothérapie.

La valeur des ondes courtes dans toutes les infections hormis les tuberculeuses s'avère très remarquable.

On peut y avoir recours sans arrière-pensée à la condition de connaître la valeur de la pression sanguine.

Chez les hypotendus une application d'O. C. peut provoquer une syncope. Une incision préalable d'un 1/2 milligramme d'adrénaline ou d'un milligramme suivant tolérance permet l'usage des O. C. chez les hypotendus. Chez certains sujets l'application sur la tête d'O. C. détermine parfois un peu de vertige. Pour éviter ce désagrément une électrode est placée en regard de la région atteinte l'autre verticalement, l'électrode tournée vers le sol. Une puissance de 200 watts pendant 1/4 d'heure est suffisante. L'irradiation sera répétée plusieurs fois de suite s'il y a lieu.

La roentgenthérapie doit être considérée comme une arme précieuse vis-à-vis des infections et suppurations locales. Faure Beaulieu, Solomon, ont obtenu des résultats excellents par les rayons X dans les furoncles de la lèvre supérieure. Weissmann Netter (Société médicale des hôpitaux de Paris, 13 juillet 1934) a obtenu des résultats intéressants dans 6 cas dont deux anthrax (l'un chez un diabétique), un furoncle de la lèvre supérieure. La radiothérapie dans ces cas limite l'inflammation périphérique, localise l'abcès qui se collecte plus vite. Une statistique de Boenisch, citée par A. Nemours, permet de comparer la valeur de la chirurgie et de la radiothérapie dans un furoncle de la face.

103 malades traités par la chirurgie.
10,7 % de morts.
103 malades traités par la radiothérapie.
1,9 % de morts.
La dose doit être de 260 R. français. Tension 100 à 150 K. V. Filtre de 3 mm. d'Al jusqu'à 0 mm. 5 cuivre.
Traitement médical.

Il y a un traitement médical omnibus, c'est l'autohémothérapie. L'injection de 5 c. c. de sang sera répétée chaque jour durant 4 ou 5 jours. Le traitement doit être individualisé, après examen des diverses fonctions, sans oublier les recherches les plus banales. La recherche du taux de la glycémie ne doit pas être omise. Chabanier « relate des faits très probants d'hyperglycémie méconnue ayant entraîné des désastres pour des opérations minimes ».

Le traitement revêt une importance toute particulière chez les diabétiques. Comme on est obligé de prendre le malade tel qu'il vous arrive, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions possibles, il faut injecter 10 unités cliniques Int ces d'insuline dans la journée, employer le sérum glucose rectal, les tonicardiaques largement et le bicarbonate de soude, ainsi que le recommande le Prof. Rathery, après quoi le dosage de glucose, de l'acétone et des acides, les mesures de la réserve alcaline serviront de guide. Jusqu'ici je me suis abstenu de parler des vaccins. Le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur ne m'a jamais semblé avoir une action nette. Les autres sont trop nombreux pour que je puisse en avoir une expérience.

Le bactériophage, semble-t-il, ne connaît plus sa fortune passée. On lui a imputé des accidents de sensibilisation relevés par Raiga à la Société des chirurgiens de Paris.

Le bactériophage injecté en couronne autour de l'anthrax est douloureux et mal supporté. Petit de la Villéon s'en est montré enthousiaste, il injecte le contenu de l'ampoule au niveau du follicule, bien entendu les antiseptiques seront prescrits aux dolents.

La contre-partie nous a été fournie par Bécart qui a rapporté à la Société de médecine de Paris le 28 janvier 1933 l'histoire d'un jeune homme atteint d'un furoncle de la cuisse, chez lequel une injection de bactériophage au niveau du mal détermina une septicémie à staphylocoques mortelle.

Touchant l'anatoxine staphylococcique il faut se rapporter au travail du Docteur Ramon. Voici ce qu'il écrit touchant ce sujet qui nous concerne :

Furonculose

Parmi 200 malades traités, 131 étaient atteints de furonculose, soit récente, soit très ancienne. Certaines formes dataient de plus de dix ans avec accalmies très courtes. Ces 131

malades ont guéri ou ont été très améliorés. En effet, pour 7 cas seulement, au moment où ont été enregistrés ces résultats, la guérison n'a été que momentanée, des récidives en général légères sont survenues. Parmi les causes d'insuccès ou de moindre succès, il faut signaler l'azotémie, les troubles des glandes endocrines et certains états particuliers de déficience organique.

Indications et précisions d'ordre pratique

Les essais déjà effectués permettent de fournir certaines indications d'ordre pratique concernant l'anatoxithérapie spécifique des affections à staphylocoque.

Le traitement par l'anastaphylotoxine est indiqué dans les infections staphylococciques aiguës ou chroniques en général, dont le diagnostic clinique a été posé et au besoin confirmé par l'examen bactériologique.

Ses contre-indications sont celles de toute antigénothérapie, telles que les insuffisances rénales hépatique ou cardiaque graves, la tuberculose aiguë ou congestive. Dans nombre de cas d'ailleurs, il y a peut-être moins contre-indication absolue du traitement par l'anatoxine que nécessité de n'agir qu'avec prudence. »

Il faut rendre hommage en passant à la prudence de M. le Docteur Ramon dont il n'est pas nécessaire de vanter l'œuvre.

Somme toute, il résulte de cette incursion dans le domaine de la thérapeutique (j'ai omis à dessein de parler d'une foule de médications qui n'ont aucun intérêt, et à quoi bon une érudition fastidieuse et inutile) que dans tous les cas de furonculose chez des déficients organiques la thérapeutique microbienne ou issue d'elle doit être proscrite ou tout au moins maniée avec précaution.

Ce sont précisément les déficients organiques qui présentent des furoncles graves. Chez eux comme chez les sujets atteints à la face, la durée de l'évolution pathologique risque d'être plus courte que le temps nécessaire pour obtenir l'immunisation, au moins en l'état actuel de nos connaissances.

La prudence commande d'aller vite, très vite pour gagner le mal de vitesse. Le traitement tel que nous l'avons exposé s'est toujours montré efficace. « Ce sont les faits qui louent ».

HOULIÉ : Traitement de la furonculose. *Bulletin et mémoires de la Sté de médecine de Paris*, 13 mars 1914.

NÉE : Staphylococcie maligne de la face. *Sté de médecine Rouen*, 1er février 1937.

DIAMANTBERGER : Quelques réflexions sur le traitement des furoncles et anthrax. *Bulletin médical*, 20 mars 1937.

PETIT DE LA VILLÉON : Traitement des furoncles et anthrax par le bactériophage. *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine de Paris* 28 janvier 1933.

XLVe Congrès de l'Association française de chirurgie : *Presse médicale*, 14 oct. 1936.

G. RAMON : Les anatoxines dans leurs applications. *Echo médical du Nord*, 31 mai 1936.

Je vous plains, veuves de médecins, du chagrin qui est le vôtre ! Plus encore, je vous plains quand il faut, étalant votre misère, vous soumettre à une enquête ; quand il faut que la remise de l'aumône constitue une « petite cérémonie » dont il faut fixer le souvenir sur un livre d'or. Pauvres veuves, pauvres veuves !

Et c'est pourquoi je ne répéterai jamais assez aux médecins : inscrivez-vous à autant d'œuvres de bienfaisance que vous pourrez le faire ; versez si vous êtes syndiqué la cotisation supplémentaire du secours syndical, mais n'oubliez pas qu'il faudra que vos veuves dans le besoin *quémandent une aumône* ; or, cela, vous devez l'éviter.

Pour l'éviter, inscrivez-vous à l'*Association confraternelle des médecins français* et vous-même à 70 ans ou votre veuve, ou vos enfants, ou vos ayants droit toucheront de droit 10.000 francs *au lendemain* de votre décès.

Si vous étiez tous, mes chers confrères, inscrits à l'*Association confraternelle des médecins français* (1), aurais-je besoin de dire et de répéter : Pauvres veuves, pauvres veuves !

Dr O'FOLLOWELL.

(1) 10, rue de Strasbourg, Paris.

Sur la sortie de l'asile des aliénés criminels
A propos d'une tentative d'homicide

Par **A. FRANCHETEAU**

Médecin légiste de l'Université de Paris

Mme P... femme A..., entrait le 3 juin 1931 dans le service du Prof. Claude, après une expertise du Docteur T.., qui concluait dans son rapport « l'inculpée est atteinte de délire systématique de persécution à base d'interprétations avec tendance mégalomane et substratum érotomaniaque. Les faits qui lui sont reprochés sont la conséquence directe de cet état de choses. Elle doit par suite être tenue pour irresponsable ».

Peu de temps auparavant, Mme P... avait commis un attentat sur la personne d'une actrice connue. Armée d'un couteau, elle s'était précipitée sur elle, après l'avoir attendue dans les coulisses d'un théâtre. Il en était résulté pour l'actrice une blessure à la main en cherchant à désarmer la meurtrière, et pour celle-ci l'arrestation immédiate.

Depuis de nombreuses années, Mme P... présentait un délire de persécution qui avait même nécessité un placement antérieur dans une maison de santé. Mariée et mère d'un enfant, elle avait abandonné sa famille, laissant à son foyer une sœur qui semble bien avoir eu main mise sur la direction du ménage. Humiliée de cette situation, et après des péripéties diverses, elle était venue à Paris où son état mental ne fit que s'aggraver. Toutes ses interprétations étaient groupées autour d'une idée prévalente : menaces à son fils. Elle trouvait des allusions dans les écrits d'un romancier connu. Pendant cette période elle composa des essais littéraires d'un genre bucolique et pamphlétaire — et dont l'un fut adressé au Prince de Galles.

C'est dans ces conditions qu'elle se livra à une tentative d'homicide contre une actrice qu'elle ne connaissait pas, mais sur qui son délire s'était polarisé depuis quelque temps.

Quelques semaines après son internement, la malade était transformée. Calme, lucide, consciente, elle faisait la critique de son acte et de ses thèmes délirants, exprimait des regrets qui paraissaient sincères et pouvait être considérée comme guérie.

Un certificat de situation du 21 janvier 1937 nous renseigne exactement sur l'état mental de Mme P... à cette date. Il est ainsi conçu, et nous le reproduisons intégralement, car il présente un intérêt médico-légal considérable.

« A été internée en 1931 à la suite d'une agression sur la personne d'une actrice, agression en rapport avec un délire paranoïaque de persécution, après expertise et non-lieu. Résolution subite des formations délirantes quelques semaines après l'attentat. Réduction et critiques maintenues invariablement depuis lors. Se montre calme, lucide, pertinente. Regrette sincèrement son acte et sa vie gâchée. Activité normale, comportement entièrement satisfaisant. Sortie proposée à cinq reprises par le Prof. Claude, depuis 1934. Demande de sortie formée récemment par l'intéressée en vertu de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838, déboutée sans nouvel examen ni expertise. A l'intention de se retirer dans son village natal, près de M.... et pourrait vraisemblablement s'adapter aux conditions de la vie rurale. *Une expertise serait indiquée.* Le médecin traitant ne peu que constater une guérison maintenue depuis plus de cinq ans et propose la sortie conformément à la loi. »

Au mois d'avril 1937, Mme P... toujours internée se demande si elle ne pourra jamais recouvrer une liberté à laquelle elle aspire depuis longtemps, à laquelle elle a droit et qu'on lui refuse depuis plusieurs années.

Cette observation, qui d'ailleurs a fait l'objet d'une étude approfondie de M. Lacan dans une thèse remarquable sur la psychose paranoïaque, présente un double intérêt. D'abord elle montre qu'on doit abandonner le dogme de la chronicité, par conséquent de l'incurabilité de la psychose paranoïaque. Kraepelin lui-même l'avait admis et nous savons que Kretschmer a décrit une forme de délire paranoïaque où s'observe la guérison). Mais ce n'est pas cette notion que nous voulons souligner ici pour intéressante qu'elle soit. Cette observation pose pour nous le problème de la sortie de l'asile d'un aliéné criminel guéri.

Notre intention n'est pas de faire le procès de la loi du 30 juin 1838 sur l'assistance aux aliénés, car nous pensons avec beaucoup d'autres qu'elle offre des garanties sérieuses pour la protection légale de l'aliéné et la sauvegarde de la société ». Elle

mérite néanmoins d'être critiquée, car elle n'a pas prévu que les organismes chargés de son application étaient faillibles, et en ne faisant pas une obligation absolue pour ceux-ci de prendre l'avis des experts, elle risquait en certains cas de transformer un asile en nouvelle Bastille.

C'est ainsi que dans le cas de Mme P... nous lisons au dossier des certificats de guérison d'un maître incontesté de la psychiatrie restés lettre morte. Et pourtant, le Prof. Claude, dans sa sagesse, n'a demandé la sortie de cette femme qu'en 1934, c'est-à-dire trois ans après qu'il eut constaté la guérison, alors que certains psychiatres estiment qu'un délai d'un an est suffisant pour s'en assurer. Quant à la demande d'expertise qu'en dernier ressort on formula, elle resta sans réponse, comme nous l'avons vu. C'est là une grave lacune à laquelle le législateur n'avait pas songé à l'époque lointaine où fut votée cette loi.

Nous allons rappeler ici brièvement les dispositifs de la loi de 1838 en ce qui concerne notre sujet, et nous examinerons ensuite les modifications projetées et celles que nous souhaitons.

Quand un aliéné, placé d'office dans un asile — et c'est le cas pour un délinquant ou un criminel — est guéri, le médecin traitant indique dans un certificat que le malade peut être mis en liberté. Il appartient alors à l'autorité préfectorale d'ordonner la sortie ou de la refuser. Dans cette dernière éventualité, il reste à l'intéressé la ressource de s'adresser au Président du Tribunal qui, s'il le juge à propos, nomme un ou plusieurs experts et s'en tient à leurs avis.

Il y a malheureusement des cas, comme nous l'avons montré, où malgré une guérison constatée depuis cinq ans par un psychiatre éminent, lui-même expert devant les Tribunaux, la sortie ne peut être obtenue. La loi de 1838, en laissant au magistrat seul tout pouvoir d'appréciation, en ne lui faisant pas une obligation de recourir en tous les cas à l'expertise, demande à être modernisée.

Dans l'avant-propos de réforme du Code pénal, on prévoit des mesures de sûreté qui ont retenu l'attention des psychiatres. Elles ont été critiquées par certains — à la Société médico-psychologique — d'autres les ont défendues.

L'article 73 du projet a été l'objet de nombreux commentaires. Il prévoit que tout alcoolique, toxicomane, ou mental grave qui a commis un crime ou un délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans de prison, sera interné à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le Tribunal aura reconnu qu'il constitue un danger pour la paix publique. Durée de cet internement cinq ans au maximum, mais elle peut être réduite si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique. L'article 78 précise que les aliénés criminels, les alcooliques, les toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave placés dans une de ces maisons de santé, seront *périodiquement visités* par des médecins désignés par le juge.

Mais comme l'a fait remarquer M. Lauzier dans un rapport très documenté à la Société médico-psychologique, on pourrait prendre modèle sur les Codes étrangers où les textes sont moins rigides et qui ont fait leurs preuves.

Les médecins légistes sont unanimes à penser que le juge seul ne devrait pas avoir le pouvoir de décider au sujet du maintien ou de la sortie d'un aliéné. Dans le cas de Mme P..., on évoque malgré soi les lettres de cachet...

En Suède, depuis 1928 existent des Commissions spéciales, composées de cinq membres dont un juge et un médecin qui donnent leur avis, et tous les ans la situation de l'aliéné qui a été maintenu à l'asile est réexaminée. Sa libération peut d'ailleurs être définitive ou conditionnelle avec contrôle social et surveillance de trois ans.

Plus près de nous — en Belgique — depuis 1930 fonctionne, à la satisfaction générale, un système qui nous semble un modèle dont nous pourrions nous inspirer. La libération des aliénés criminels est soumise à des conditions sévères, notamment à un contrôle médical rigoureux. La loi a créé des Commissions de Défense sociale composées d'un magistrat, d'un avocat et d'un aliéniste et qui décident du maintien ou non de l'aliéné criminel.

On accorde la libération à titre d'essai avec contrôle psychiatrique et social. C'est un dispensaire d'hygiène mentale ou autres institutions médicales, parfois même des médecins privés, qui assurent ce contrôle, sur lequel nous n'avons pas à nous étendre davantage.

Sachons néanmoins que l'aliéné ne peut quitter la résidence qui a été choisie par la Commission, qu'il est tenu de s'abstenir d'alcool, et qu'il lui est interdit de fréquenter les débits de boissons.

Nous souhaitons que notre pays s'inspire de ces principes et ne soit pas le dernier à appliquer des méthodes qui nous semblent justes et humaines.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

L'électrothérapie en dermatologie [1]

Par le Dr I. BELOT

Médecin Electro-Radiologiste de l'Hôpital Saint-Louis

Courant galvanique

Ionisation. — On utilise encore le courant continu pour d'autres applications que l'électrolyse. En plaçant sur le territoire malade une électrode spongieuse trempée dans un liquide conducteur, telle l'eau du robinet, on détermine des effets de conductibilité électrique avec tous les échanges ioniques qui les caractérisent ; la perturbation de l'équilibre des ions tissulaires par le passage du courant, provoque la dispersion des colloïdes, la modification des charges électriques des membranes, des cellules, etc... Ces effets sont indépendants de la nature des corps qui imprègnent les électrodes ; nous avons choisi dans ce but, l'eau du robinet qui, bien qu'elle contienne des sels qui assurent sa conductibilité électrique, ne saurait être considérée comme une solution médicamenteuse.

Si l'on imprègne les électrodes, non plus avec de l'eau ordinaire, mais avec une solution de médicament, de faible concentration, il s'ajoute une action médicamenteuse à celle du courant et la méthode prend, en médecine, le nom d'*ionisation*.

Les principaux éléments ainsi introduits dans l'organisme par le passage du courant sont, en dermatologie, l'iode, le salycilate de soude, le calcium, le zinc, le magnésium. Selon leur charge électrique, les corps à introduire sont placés au pôle convenable : anions (iode, salycile, chlore) au pôle négatif; cathions (métaux, alcaloïdes) au pôle positif. Les solutions sont faibles : 2 ou 3 %. Les sels doivent être aussi purs que possible.

Chéloïdes. — L'ionisation se fait avec une solution d'iodure de potassium à 3 %, dont on imprègne l'électrode négative ; l'électrode indifférente, imprégnée d'eau simple, est placée en regard. Le courant passe pendant 30 ou 40 minutes, à une intensité faible. On peut aussi utiliser le magnésium et le calcium.

Pour obtenir un résultat appréciable, de nombreuses séances sont nécessaires ; c'est donc un traitement long et absorbant. Il est plus indiqué sur les grandes cicatrices adhérentes que sur les chéloïdes vraies, pour lesquelles je préfère la radiothérapie et ses variantes.

Sclérodermies. — Le traitement se fait comme pour les chéloïdes ; les résultats sont souvent très encourageants.

Verrues. — Contre les verrues, c'est l'ion magnésium (solution à 20 % de chlorure ou de sulfate de magnésium) qui est utilisé.

On découpe, dans un taffetas imperméable, des orifices correspondant aux éléments verruqueux ; ainsi, l'action se limite aux verrues. Pratique pour les gros éléments, cette technique est inappliquable aux semis de petites verrues ou aux verrues planes. Dans ce cas, on supprime le taffetas : l'électrode est appliquée directement sur le territoire envahi. Les résultats sont d'autant plus nets que les éléments sont plus récents et moins épais. L'effet est nul sur les verrues cornées.

Hypertrichose. — Récemment, Laquerrière a fait connaître une méthode d'épilation en introduisant dans les follicules, par ionisation, le thallium. A cet effet, on utilise une solution à 1/30 d'acétate de thallium dont on imprègne une petite électrode placée sur la région pileuse, préalablement préparée.

Les résultats n'ont pas répondu aux espoirs qu'avait fait naître ce procédé : les poils de la région traitée ne tombent pas toujours, la peau s'irrite ; dans certains cas, l'alopécie s'est produite en d'autres territoires, par dispersion de thallium. Ajoutons enfin que la chute est temporaire.

Plaies infectées, Furonculose, Acnée, Ulcères, etc. — Dans certaines formes de ces affections, l'ionisation au zinc

[1] Voir *Progrès Médical*, 5 juin 1937.

(sulfate de zinc à 1 %) a permis une rapide réparation des lésions. Il faut cependant considérer cette méthode comme exceptionnelle.

Courant sinusoïdal

Le courant sinusoïdal est du courant alternatif de secteur dont on diminue la tension. Appliqué sur un territoire donné à l'aide d'électrodes spongieuses, il provoque des contractions musculaires dont le but est de diminuer les congestions, les œdèmes locaux et d'activer la circulation.

Les principales affections qui peuvent en bénéficier sont les œdèmes lymphatiques et les engelures : sur celles-ci, les résultats sont parfois extrêmement rapides, à condition que ces lésions ne présentent pas d'ulcération.

Courant de haute tension

Courant statique. — Le courant de la machine statique, après avoir connu pendant longtemps de nombreuses applications, n'est plus guère utilisé qu'en dermatologie. C'est du reste à tort que cette forme de courant a été abandonnée. La machine statique donne en effet un courant continu de haute tension et de faible intensité.

Il s'applique, soit en portant le malade isolé du sol au potentiel de la machine, ce qui constitue le bain statique, soit en dérivant localement le courant à l'aide d'électrodes de formes variées, mises en relation avec le sol et approchées plus ou moins de la région sur laquelle on veut agir.

Le bain statique est un régulateur de la nutrition : il augmente l'élimination de l'urée ; sur la circulation, il provoque une élévation de la pression sanguine, augmente la fréquence du pouls dont il régularise les pulsations ; sous son influence, la température périphérique s'élève et la quantité d'oxyhémoglobine augmente ; enfin cette forme d'énergie est un sédatif merveilleux de l'éréthisme nerveux.

On utilisera donc le bain statique dans toutes les dermatoses qui reconnaissent comme cause des troubles de la nutrition et de la circulation et qui se caractérisent par des troubles du système nerveux périphérique sympathique.

Ainsi, les *eczémas*, les *névrodermites*, les *prurits circonscrits* ou *diffus*, les *prurigos*, les *érythrodermies* seront améliorés par le bain statique répété soit tous les jours, soit trois fois par semaine, pendant 20 à 30 minutes de durée.

Si l'on peut agir plus particulièrement sur un région déterminée, on placera en face d'elle soit un balai de chiendent soit un balai métallique relié à la terre. Les *effluves* qui se dégageront entre la peau et l'électrode auront une action révulsive légère qui calmera le prurit des dermatoses subaiguës.

Si les lésions présentent une extrême sensibilité, on peut, au lieu de l'*effluve*, utiliser le *souffle statique* qui se différencie de l'effluve uniquement par l'augmentation de la distance entre la peau et l'électrode et par la forme de celle-ci. Le souffle est extrêmement sédatif : il calme les *algies* et les *prurits intenses*, diminue les douleurs des *plaies atones* en assurant leur nettoyage, facilite leur cicatrisation. Son action, comme du reste celle de l'effluve, a un effet vaso-moteur local auquel succède une vaso-dilatation.

Les principales indications sont, en dehors des *prurits* et des *eczémas*, les troubles trophiques de la *Maladie de Raynaud*, les *ulcères torpides*, parmi lesquels les *radiodermites* occupent la première place.

Au lieu de l'effluve, on peut en rapprochant l'électrode (qui, dans ce cas, est constituée par une boule métallique) tirer une *étincelle* de la surface cutanée. La violente révulsion qu'elle provoque s'accompagne d'une contraction marquée des muscles peauciers et des muscles sous-jacents qui agit favorablement sur certains troubles circulatoires et sensitifs.

Si j'insiste sur les indications du courant statique, c'est parce que ce mode de traitement est beaucoup trop abandonné aujourd'hui.

Courant de haute fréquence

Les courants de haute fréquence, dont d'Arsonval dota la médecine, ont eu jadis, avant la découverte des rayons X, de nombreuses applications en dermatologie. Ils en conservent actuellement un certain nombre dont les principales sont surtout les applications de tension.

Applications de tension. — On appelle ainsi les courants de haute fréquence, dont la tension est élevée à l'aide du résonateur de Oudin, de telle façon que ces courants permettent soit de l'effluvation, soit de l'étincelage.

L'*effluvation* se fait à l'aide d'un hérisson relié au résonateur qui, lorsque la résonance est bonne, donne d'admirables effluve qui peuvent être dirigées sur la partie du tégument qui a été choisie.

Au lieu de l'effluvation, on peut faire de l'*étincelage* dont l'effet est plus violent, moins calmant et plus révulsif que l'effluve. On employait jadis l'étincelage direct, obtenu avec une pointe métallique approchée de la surface cutanée, on obtient ainsi une destruction qui porte le nom de fulguration.

Actuellement, on utilise surtout en dermatologie l'*étincelle condensatrice* qui est au fond constituée par une série de petites étincelles traversant un tube de verre, au centre duquel se trouve une électrode métallique reliée au résonateur. Si le tube de verre contient du gaz à la pression atmosphérique, l'action est plus violente (électrode de Oudin), si, au contraire, le vide existe dans l'électrode, les effets sont plus doux et plus calmants : ainsi sont constituées les électrodes de Mac-Intayre.

L'effluve détermine sur la peau une rougeur assez vive qui s'atténue en une ou deux heures ; elle décongestionne les tissus, calme les prurits et active les phénomènes de circulation.

Sous l'influence de l'étincelle, la peau s'anémie par vaso-constriction, les papilles s'érigent ; puis survient une tache érythémateuse due à la vaso-dilatation paralytique consécutive : elle peut durer un certain temps.

Ces phénomènes entraînent une analgésie temporaire ou tout au moins une diminution de la sensibilité que l'on attribue à une inhibition momentanée du système nerveux sensitif.

Ces divers effets physiologiques sont utilisés dans un assez grand nombre de dermatoses soit comme sédatif anti-prurigineux, soit comme stimulant local, soit même, si l'action est poussée plus loin, comme révulsif et destructeur.

Plaies atones. Radiodermites, Ulcères. — Suivant leur sensibilité, ces lésions sont traitées par des effluvations ou des petites étincelles ; les surfaces se nettoyent assez vite, des bourgeons se dessinent au bout d'un certain temps et la réparation s'effectue peu à peu : généralement les phénomènes douloureux ont été calmés dès le début.

Si l'on a affaire à des trajets fistuleux, on peut introduire dans ce trajet un fil métallique qui donnera, dans celui-ci, une série de petites étincelles.

Affections prurigineuses. — Toutes les dermatoses prurigineuses peu irritables, bénéficient des effluvations ou de l'étincelle condensatrice. On traite ainsi le prurit anal, le prurit vulvaire et le prurit scrotal ; les lichénifications qui compliquent souvent cette localisation du prurit, s'atténuent assez rapidement dant les cas favorables, par la haute fréquence. La même méthode servira à traiter les petites hémorroïdes, qui entretiennent souvent les lésions prurigineuses.

Eczéma. — Sur les formes prurigineuses subaiguës, l'effluvation diminue les sécrétions, atténue l'érythème en même temps que s'efface progressivement le prurit très souvent intolérable au début. Quand la lésion devient chronique, l'étincelle condensatrice remplacera l'effluvation.

Psoriasis. — Certaines manifestations de psoriasis invétéré sont améliorées par l'étincelle condensatrice ; il faut cribler la surface malade de petites étincelles de façon à déterminer une irritation violente.

Acnée et couperose. — L'étincelle condensatrice, appliquée avec l'électrode de Oudin ou celle de Mac Intayre si la peau est très irritable, provoque une réaction érythémateuse assez marquée à laquelle succède une diminution des phénomènes inflammatoires, au début de la couperose.

Cette méthode est supplantée actuellement par la radiothérapie qui n'a cependant pas les mêmes indications.

Lupus érythémateux. — On peut dire que l'étincelle de haute fréquence reste la meilleure méthode de traitement de cette affection. Le traitement consiste à déterminer une série d'irritations en criblant la surface malade de petites étincelles jusqu'à ce que l'on obtienne une destruction partielle de l'épiderme. Les applications se font en général trois fois par semaine. Sur les formes fixes du lupus étyrhémateux, les résultats sont moins brillants que sur les formes superficielles aberrantes. Au contraire, dans la forme superficielle érythème centrifuge, très irritable, la haute fréquence est contre-indiquée.

Cette méthode donne souvent, après un nombre assez élevé de séances, des résultats complets, avec une cicatrice presque invisible ; bien entendu, cette méthode de traitement local, ne

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Utilisation des vitamines en thérapeutique oculaire

La question des vitamines a fait depuis quelques années l'objet d'une série de recherches expérimentales du plus haut intérêt.

Passant dans le domaine des réalisations pratiques on a pu les utiliser en thérapeutique générale et en particulier dans plusieurs affections oculaires. Pour ce faire on s'est basé sur les différents accidents causés au niveau de l'appareil visuel par la carence de telle ou telle vitamine.

On distingue actuellement cinq sortes principales de vitamines que l'on désigne par les lettres A, B, C, D, E. Toutes les cinq sont différentes dans leur composition, leur action et et les produits dans lesquels on les rencontre.

La vitamine A que l'on trouve dans l'huile de foie de morue et dans le carotène pigment de la carotte et de certains végétaux existe également dans le lait, le beurre, les œufs, etc... Les effets de la carence de la vitamine A sur l'appareil oculaire sont les suivants : production d'héméralopie et à un stade plus avancé xérosis de la conjonctive et de la cornée (maladie de Bitot).

Ces faits résultent de l'expérience clinique de la dernière guerre et de l'étude des maladies par carence en Extrême-Orient.

Partant de ces constatations cliniques on a pu appliquer à certaines affections oculaires le traitement par la vitamine A.

Dans l'héméralopie en particulier le régime à base d'huile de fois de morue donnerait de très bons résultats. D'ailleurs avant la découverte des vitamines il était déjà employé pour combattre cette affection.

Récemment on a essayé avec succès la vitamine A dans le traitement de l'amblyopie toxique alcoolo-nicotinique et dans celui de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Par analogie on a tenté d'appliquer ce traitement à la rétinite pigmentaire affection dans laquelle l'héméralopie est le symptôme majeur. Enfin il est toute une série d'inflammations mal définies de la choroïde et de la rétine qui pourraient être traitées par l'ingestion de vitamine A.

La vitamine B, considérée d'abord comme une entité unique a pu être démembrée en toute une série d'autres vitamines désignées par les lettres B, B^1, B^2.

Tandis qu'au point de vue général la carence de vitamine B se traduit par le béri-béri elle déterminera surtout au point de vue oculaire des lésions au niveau des fibres visuelles du chiasma et du nerf optique. Il en résulte une névrite optique avec scotome central. C'est dans cet ordre d'idées que le traitement de certaines névrites rétrobulbaires a paru bénéficier de l'administration de la vitamine B.

La carence de vitamine B^2 (ou G suivant les auteurs) produirait expérimentalement chez le rat des kératites et des cataractes. Ces faits ouvrent des horizons nouveaux en ce qui concerne le traitement médical de la cataracte. Toutefois on est encore au stade expérimental.

La vitamine C est rencontrée dans le rein et les surrénales et dans certains végétaux, dans le citron en particulier. La carence de cette vitamine amène la production du scorbut.

Du côté de l'appareil oculaire le scorbut s'accompagne surtout de manifestations hémorragiques : hémorragies de la rétine et du corps vitré en particulier. C'est en se basant sur ces faits que l'on a proposé d'utiliser la vitamine C dans le traitement des hémorragies de la rétine. Enfin des recherches récentes ont prouvé le rôle important que jouait la vitamine C dans le métabolisme général. Ce fait permet de penser que l'on pourrait appliquer le traitement pa la vitamine C aux affections oculaires dans lesquelles le métabolisme est perturbé et en particulier dans la cataracte.

Quant aux deux autres vitamines *D et E* elles ne semblent jouer aucun rôle en ce qui nous concerne. Leur absence ne s'accompagne d'aucun trouble ni lésion oculaire. Elles ne sont donc jusqu'à nouvel ordre d'aucune utilité en thérapeutique oculaire.

Albert Favory.

Etat actuel du traitement du cancer de la langue

Le traitement le plus fréquemment indiqué dans le cancer lingual est, dit M. Tailhefer (*Revue de stomatologie*, fév. 1937) l'association de la radiumpuncture linguale à l'évidement chirurgical des ganglions du cou.

Les résultats locaux de la radiumpuncture sont bons, 50 à 60 p. 100 de guérisons linguales ; ils peuvent être corrigés par le traitement électro-chirurgical de la récidive linguale, mais le pourcentage des guérisons définitives s'abaisse de moitié, soit 25 ou 30 p. 100, du fait de la fréquence de l'envahissement des ganglions du cou et de la difficulté du traitement de ces adénopathies.

L'évidement chirurgical très large en est la thérapeutique de choix. Les résultats semblent pouvoir être nettement améliorés en observant des règles strictes, pourtant classiques depuis Poirier : nécessité de l'évidement cervical, aussitôt que possible après le traitement de la lésion linguale, nécessité de l'évidement bilatéral dans tous les cas où la lésion atteint ou dépasse la ligne médiane de la langue.

L'anatoxine staphylococcique dans les abcès du sein

Mlle S. Moulier, dans sa thèse (Paris, 1937), note, sur 21 cas : 20 guérisons complètes parmi lesquelles : 14 abcès qui ont évolué vers la suppuration spontanée ; 6 abcès au début qui se sont résorbés sans se collecter ; un échec, avec intervention nécessaire.

La durée moyenne du traitement a été de 15 à 20 jours. Aucune femme n'a été hospitalisée. La lactation a pu être reprise dans deux cas.

Les complications graves, mortelles, de l'érysipèle.

Ce sont les pneumopathies, dit M. S. Pupko (Thèse de Paris, 1937) qui entraînent le plus souvent l'issue fatale au cours de l'érysipèle.

Les complications cardiaques, rénales et hépatiques, tout en causant assez fréquemment la mort du malade, se placent au second rang.

L'intégrité du foie a une importance capitale pour l'issue favorable de l'érysipèle. L'atteinte hépatique antérieure, surtout alcoolique, permet à l'érysipèle de prendre une évolution grave, et favorise les complications septicémiques, suppuratives et autres.

Et en général, les tares antérieures du sujet, les lésions des organes, les interventions ou traumatismes récents affaiblissant la résistance du malade, sont tous des facteurs pouvant amener une issue fatale, au cours de l'érysipèle.

L'érysipèle est plus grave chez les tout-petits jusqu'au 1e mois de la vie, et les sujets âgés à partir de 60 ans.

Dans certains cas, la gravité de l'érysipèle, dépend, en dehors de toute autre considération, avant tout de la virulence même du streptocoque, virulence qui provoque des formes étendues, ambulantes, des septicémies parfois.

Souvent, très souvent, plusieurs des facteurs précédents entrent en jeu, s'associent pour aggraver l'évolution de l'érysipèle et amener la terminaison fatale.

Virulence du Bacille de Koch et formes cliniques de la tuberculose

De leur étude (*Revue de la tuberculose*, mai 1937), MM. Bergeron et Mezière concluent que : les bacilles les plus virulents correspondent, dans la majorité des cas, aux formes infectieuses de la tuberculose pulmonaires et les bacilles les moins virulents aux formes bénignes et plus souvent encore, aux formes fibreuses, aux formes parasitaires.

La fièvre aseptique du nouveau-né

La fièvre aseptique des premiers jours, toujours bénigne, ne paraît pas, dit M. Hallez (*Le Nourrisson*, juillet 1937), devoir être interprétée comme un phénomène pathologique et lié en particulier aux hémorragies cérébro-méningées. La cause réelle semble devoir être rapprochée de celle qui détermine la « fièvre de soif ».

Une perte de poids importante avec déshydratation rapide, mal compensée par un apport de lait et d'eau insuffisant, dans les premiers jours, favorisent son apparition.

La réhydratation thérapeutique fait disparaître les symptômes observés et l'hydratation préventive empêche généralement leur apparition.

contre-indique nullement les traitements généraux par l'arsenic ou par l'or.

Pelade. — La révulsion que détermine l'étincelle condensatrice donne des résultats incontestables dans les pelades du cuir chevelu ou de la barbe. Les applications se font trois fois par semaine et on voit assez rapidement la repousse s'amorcer.

Verrues. — Contre les verrues, il faut chercher l'action destructive des courants de haute fréquence. S'il s'agit de verrues planes du visage, l'étincelle condensatrice avec l'électrode de Mac Intayre est suffisante : on voit la surface des petits éléments verruqueux rougir puis desquamer et, après une période d'irritation, les éléments disparaissent.

Dans les verrues vulgaires, surtout dans les verrues plantaires on a eu recours parfois à des étincelages répétés avec une pointe métallique reliée au résonateur de Oudin ; dans ces cas, d'autres méthodes donnent des résultats plus rapides et plus constants.

On a aussi traité par la haute fréquence certains petits épithéliomas cutanés, des papillomes, des nœvi, etc... Actuellement ces lésions sont traitées par d'autres procédés.

On voit, par ce rapide exposé, que les courants de haute fréquence conservent encore maintenant des indications assez précises en dermatologie. L'ouvrage récent de Ronneaux remettant en honneur les courants de tension, aura certainement pour effet de donner un nouvel essort à cette méthode trop oubliée aujourd'hui.

Diathermie. — La diathermie est appliquée d'une façon courante en médecine et en chirurgie. Ce n'est pas le moment de revenir ici sur les nombreuses indications de cette remarquable méthode.

Parmi les dermatoses qui en bénéficient spécialement il faut citer, en dehors de toutes les lésions douloureuses, les ulcères variqueux : les troubles trophiques qui les accompagnent s'atténuent sous l'influence des courants de haute fréquence ; en même temps, l'échauffement que détermine le passage de ce courant stimule l'activité des tissus, détermine la formation de bourgeons charnus et provoque le nettoyage des surfaces infectées. Les applications se font en plaçant une électrode au-dessus et au-dessous de la région malade.

On emploie aussi le même procédé pour le traitement des grandes plaques de pelade, les plaques d'achromie et de vitiligo. Mais, dans ces cas, on couvre la surface malade d'une électrode et on place l'autre en regard de celle-ci ; on peut aussi les placer au-dessus et au-dessous de la lésion.

Electro-coagulation. — L'électro-coagulation est une destruction des tissus par cuisson, provoquée du fait de la disymétrie des électrodes utilisées. A cet effet, la grande plaque dite indifférente est placée en un point quelconque du corps, choisi de préférence à proximité du territoire à coaguler ; l'électrode active est constituée par une pointe ou une boule que l'on applique au point choisi.

Toute l'énergie se trouve ainsi reportée autour de la petite électrode, où elle détermine des effets thermiques qui peuvent aller à la cuisson, à la carbonisation.

Ce procédé de destruction n'a rien d'électif, en ce sens qu'il coagule aussi bien les éléments sains que les éléments malades.

L'électro-coagulation est une méthode extrêmement utilisée pour la destruction de toute une série de lésions cutanées ; il faut reconnaître, du reste, que l'on en a parfois abusé, au détriment d'autres méthodes moins brutales et plus électives.

Tumeurs bénignes de la peau. — Les verrues, les papillomes, les cornes cutanées, les molluscum sont facilement détruits par l'électro-coagulation.

Dans les verrues plantaires, certains auteurs utilisent encore l'électro-coagulation ; cette méthode peut guérir, mais en provoquant une destruction qui gêne considérablement les sujets pendant un temps assez long ; la radiothérapie me paraît bien préférable.

Rhinophyma. — Dans le rhinophyma le couteau diathermique permet une décortication plus facile que l'électrocautère, utilisé jadis à cet effet.

Kéloïdes. — L'électro-coagulation est utilisée pour aplanir les lésions ; on la fait suivre de rœntgenthérapie, pour éviter la formation de nouvelles kéloïdes sur la cicatrice. Je détruis actuellement par électro-coagulation toutes les productions d'acnée kéloïdienne de la nuque, après avoir épilé la région par la radiothérapie.

Tatouages. — A condition de ne pas suivre exactement les contours des tatouages, la destruction par électro-coagulation est la méthode par excellence : elle remplace par une cicatrice peu visible, les dessins que l'on veut faire disparaître.

Il faut prendre soin de ne pas traiter en une fois de trop grandes surfaces.

Lupus. — Dans le *lupus érythémateux* à forme fixe, l'électro-coagulation de surface, faite avec la boule, est une bonne méthode. Dans le *lupus vulgaire*, l'électro-coagulation des nodules est préférable à la destruction par l'électrocautère ; elle ne remplace pas les scarrifications, aussi ne doit-elle être utilisée que sur les surfaces où les nodules commendent à s'isoler, et loin des orifices naturels.

Télangiectasies. — L'électrolyse négative est de beaucoup préférable à l'électro-coagulation pour la destruction de ces vaisseaux. Les cicatrices sont plus belles, parce que l'action est plus facilement limitée.

Hypertrichose. — Depuis quelques années, on a cherché à remplacer la destruction électrolytique des poils par l'électro-coagulation des follicules. A cet effet, on introduit dans chaque follicule, une fine aiguille vernie dont la pointe seule est découverte. En faisant passer une très faible quantité de courant, pendant un temps très court, on coagule le follicule. Ce procédé a l'avantage d'être rapide, moins douloureux souvent que l'électrolyse, mais il ne permet pas de suivre l'effet destructeur, comme l'électrolyse négative. Il est néanmoins indiqué dans les hypertrichoses très importantes, avec poils volumineux.

Cancer. — Certains dermatologistes traitent les épithéliomas cutanés par l'électro-coagulation large ; il est certain que cette méthode peut guérir, par une destruction totale des éléments malades. Je lui préfère la radiothérapie, toutes les fois qu'elle est possible, parce que les rayons X ont une action élective sur les éléments néoplasiques. L'expérience montre, du reste, que si l'électro-coagulation est une méthode rapide et à la portée de tous, elle est suivie de plus de récidives que la radiothérapie. Il n'en reste pas moins vrai qu'elle est précieuse pour ceux qui ne disposent pas de la radiothérapie, à condition toutefois de savoir faire une sévère discrimination des cas, ce qui, hélas, n'est pas toujours fait.

Par contre, dans les nœvocarcinomes, l'électro-coagulation large est la méthode de choix : il faut commencer la destruction en tissu sain puis attaquer la tumeur elle-même ; à l'escharre succède une cicatrice plus ou moins esthétique. Je donne la préférence à l'électrolyse en berceau, pour tous les petits nœvocarcinomes et j'utilise l'électro-coagulation dès que les lésions dépassent les limites d'une pièce de un franc.

Conclusions

Telles sont les principales indications de l'électrothérapie en dermatologie.

J'ai essayé, au cours de cet exposé, de montrer quels étaient, à mon avis, les procédés les meilleurs pour chacune des lésions considérées.

Tous les dermatologistes ne partagent pas mon opinion : je l'ai basée sur les résultats obtenus au cours de plus de trente années d'expérience, où j'ai pu successivement utiliser, dans mon Service de l'hôpital de Saint-Louis, tous les agents physiques et l'électricité dans ses diverses modalités. J'ai pu ainsi me faire une opinion sur la valeur relative des diverses méthodes et c'est cette opinion que j'ai essayé de vous exposer au cours de ces deux leçons.

« Un homme est exténué par le travail et vit quand même, misérable ; c'est là une chose révoltante, mais ce n'est pas pour cela qu'elle cessera ; elle disparaîtra probablement parce que l'homme est une sorte de machine et qu'il y a avantage au point de vue économique à faire fonctionner une machine quelconque dans son régime normal sans la forcer. (*Autographes de Pierre Curie. Palais de la Découverte. Exposition de* 1937).

« Le calcul a été fait que l'addition de la retraite servie à un fonctionnaire supérieur et du traitement d'un remplaçant équivaut à la création d'un poste au bas de l'échelle administrative. La mise à la retraite anticipée d'un professeur de faculté et son remplacement, par répercussions successives, équivaut à la création d'un emploi de maître de conférences ; c'est à la fois une charge pour les finances et une perte pour l'enseignement. Il en est de même partout. »

(*Journal des Débats*, 11 juillet 1937.)

REVUE GÉNÉRALE

Radiothérapie et chirurgie de l'hypertension artérielle

Par M. Guy LAZORTHES
Interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse

En pathologie fonctionnelle les troubles de la tension artérielle furent les premiers connus, de même ils sont les premiers à bénéficier de la radiothérapie et de la chirurgie physiologique.

Les traitements physiques et chirurgicaux reposent sur des bases pathogéniques.

La pression artérielle est maintenue dans ses limites physiologiques par des facteurs qui intervenant à l'état pathologique peuvent entraîner ses troubles. L'appareil cardio-artériel obéit à un système complexe régulateur de la tension artérielle fait de plusieurs éléments : un appareil humoral, un appareil nerveux, un facteur rénal.

1° **Appareil régulateur humoral.** — Des substances chimiques interviennent dans la régulation de la tension artérielle ; ce sont soit des hormones, soit des substances non hormonales.

La plupart des endocrines agissent directement ou indirectement sur la tension artérielle. Nous formulons à propos de cette action quatre principes :

— On peut considérer au système endocrinien deux groupes antagonistes : un groupe surrénale-hypophyse-thyroïde et un groupe pancréas-ovaire.

— D'une manière générale les glandes agissant sous l'influence du sympathique favorisent ou provoquent l'hypertension artérielle, celles qui obéissent au parasympathique ont une action hypotensive. C'est ainsi qu'on oppose le système vagotrope pancréas-ovaire au système sympathicotrope surrénale hypophyse.

— Ces systèmes paraissent fonctionner par corrélation endocrinienne et on peut parler de « réflexe humoral » comme on parle de réflexe neural.

— Le groupe surrénale-hypophyse a le rôle essentiel. Or l'hypophyse agit selon toutes probabilités indirectement par une cortico-stimuline, les sécrétions du pancréas et de la thyroïde stimulent de même la sécrétion de l'adrénaline, ainsi très souvent le déséquilibre de la tension artérielle est dû à des troubles relevant directement ou indirectement de la surrénale.

En dehors des hormones d'autres substances ont été découvertes récemment : ce sont l'histamine, la choline, la sympathine, produits que les filets nerveux libèrent par leurs extrémités au moment de leur activité et que l'on appelle « transmetteurs chimiques ». La choline a une action hypotensive, la sympathine est au contraire hypertensive.

2° **Appareil régulateur nerveux.** — Il comprend tout le long de la moelle et du bulbe des centres coordinateurs subordonnés aux centres encéphaliques, des fibres centripètes, des fibres centrifuges.

L'excitation reflexe peut venir de n'importe quel point de l'organisme elle peut être d'origine psychique (rôle des émotions), viscérale (toute douleur violente peut provoquer une poussée hypertensive), périphérique (l'excitation des bouts centraux du sciatique et du pneumogastrique entraîne l'hypertension). La plus souvent cette excitation est au point de départ artériel. Les troncs artériels sont pourvus de zones réflexogènes d'où partent des nerfs vaso-sensibles à effet dépresseur : nerf de Hering du sinus carotidien, nerf de Cyon-Ludwig de la crosse aortique, nerfs de Heger qui sont tous les nerfs vaso-sensibles de l'arbre vasculaire.

Les fibres centrifuges sont constituées par tout le système sympathique et surtout par les splanchniques qui innervent la surrénale et renferment les vaso-moteurs viscéraux.

3° **Le facteur rénal.** — La théorie rénale a été longtemps la principale et même la seule théorie de l'hypertension artérielle. Aujourd'hui non seulement on n'admet pas que la lésion rénale est indispensable pour créer l'hypertension, mais encore on pense que cette lésion est souvent secondaire au processus hypertensif.

De ce rappel de la régulation de la tension artérielle et de ses troubles nous pouvons retenir plusieurs idées :

— Le mécanisme régulateur de la tension artérielle est double. Cette dualité est fréquente en physiologie quand il s'agit de fonction vitale. Les deux systèmes endocrinien et neural sont en relation centrale et périphérique : ils agissent par interaction et par le mécanisme de réflexes neuro-humoraux.

— Les troubles de la tension artérielle sont souvent dus à des pertubations fonctionnelles et on ne considère plus la lésion anatomique comme indispensable. C'est la raison d'être de la physicothérapie et de la chirurgie de l'hypertension artérielle.

— Le rôle de la surrénale est capital. Clinique et expérimentation l'affirment. D'après M. Leriche la question de la génèse de l'hypertension artérielle s'oriente nettement vers l'origine surrénalienne. En fait les autres facteurs nerveux et endocriniens ne paraissent intervenir qu'indirectement en provoquant une augmentation ou une diminution de la sécrétion adrénalinique. Nous sommes tentés de ne les envisager que comme de simples éléments d'un même appareil adrénalino-secréteur dont le centre est la surrénale. Cette conception nous paraît avoir d'heureuses conséquences pratiques.

* * *

Si l'on ne peut pas toujours prétendre atteindre la cause première de l'hypertension artérielle on peut essayer d'interrompre le circuit réflexe de l'adrénalino-sécrétion en s'attaquant : soit aux points d'origine de l'influx presseur soit à l'appareil de transmission du réflexe (splanchnique), soit à l'organe dont le vice sécrétoire est responsable de l'hyperadrénalinémie et de ses conséquences (surrénale). Partant de ce point de vue nous grouperons les interventions destinées à abaisser la tension artérielle sous quatre chefs :

1° Action sur les incitations stimulantes de l'adrénalino-sécrétion. — Il serait sans doute logique dans certains cas de chercher à diminuer une stimulation surrénalienne exagérée provenant de l'hypophyse ou de la thyroïde, d'interrompre l'influx presseur d'origine périphérique, de réactiver un système frénateur déficient.

L'hypertension est sans doute due dans certains cas à une atteinte des nerfs frénateurs les rendant incapables d'exercer leur rôle (Tournade). La zone vaso-sensible du sinus carotidien est facile à atteindre. Son irradiation radiologique a donné des résultats relativement persistants ; entre chaque séance la tension artérielle remonte légèrement mais reste toujours moins élevée qu'avant l'irradiation précédente.

2° Intervention sur les nerfs de la surrénale. — Les neurotomies portent sur le splanchnique ou associent à la splanchnicotomie d'autres sections nerveuses. Leur but paraît être dans tous les cas le même : énerver la surrénale.

a) *Intervention portant sur le splanchnique.* — Pende et Elliot ont démontré que la section des splanchniques agit sur la fonction et le développement de la médullo-surrénale. Heymans et Bouckaert réussirent chez des chiens rendus hypertendus par la section des quatre nerfs frénateurs à abaisser la tension artérielle par la double splanchnicotomie.

Actuellement on pratique soit la section du splanchnique, soit son infiltration anesthésique ou alcoolique.

Chez les sujets obèses et déficients cardiaques ou rénaux l'infiltration du splanchnique est préférable à sa section.

Leriche et Fontaine ont fait l'infiltration paravertébrale des segments D6 à D9 une fois avec succès ; la chute de la tension artérielle dura jusqu'au lendemain. Pende et Ciceri ont fait des essais très encourageants de blocage anesthésiques ou alcooliques du nerf splanchnique gauche. L'anesthésie peut être utile comme remède d'urgence des crises hypertensives qui menacent la vie des malades. L'alcoolisation donne des résultats plus durables. On ne peut pas encore dire si ce blocage du nerf peut être substitué à sa section.

La section du splanchnique a été proposée en 1924 par Pende dans le traitement des hypertensions artérielles essentielles et sans lésion artérielle ou rénale.

Faut-il faire la section uni ou bilatérale du splanchnique ? Pende proposa en 1924 la section du splanchnique gauche car il admettait sans le prouver que le splanchnique gauche innerve les deux surrénales. Actuellement, si on intervient plus volontiers à gauche c'est que la technique est plus facile.

Les cas de splanchnicotomies faites chez l'homme sont encore peu nombreux. Dans six observations (quatre de Gino Pieri,

deux de Durante) où la section des splanchniques avait été faite pour des syndromes abdominaux ou des artérites oblitérantes, on voit que cette opération entraîne un léger abaissement de la maxima assez durable.

Contre l'hypertension la splanchnicotomie a donné des résultats variables :

Donati et Grezzi (un succès), Graibrown (trois échecs, deux succès), Camelot, Langeron, Vincent (une, amélioration), Langeron, Vincent, Desorgher (un échec), Ciceri (un succès). Leriche et Fontaine (deux améliorations).

De ces observations sans doute trop récentes, on doit retenir que la splanchnicotomie a pu améliorer des hypertendus. La difficulté d'obtenir des résultats durables doit venir de la persistance d'une innervation compensatrice de la surrénale. On a cherché à compléter l'action de la splanchnicotomie par d'autres sections nerveuses.

b) *Splanchnicotomie combinée.* — Adson Craig et Brown font la splanchnicotomie, l'ablation des deux premiers ganglions sympathiques lombaires et la réduction partielle de la capsule surrénale.

Pett associe à la splanchnicotomie l'extirpation de la partie inférieure de la chaîne sympathique dorsale. Les recherches expérimentales d'Heymans permettent de penser que cette opération est plus efficace que la section simple des splanchniques. A. Pett elle a donné sur 60 cas, 85 % de résultats heureux (Congrès international de neurologie de Londres 1935).

Signalons enfin l'énervation surrénalienne juxta-glandulaire qui ajoute à la section des fibres sympathiques du splanchnique celle des fibres provenant du plexus solaire et destinées à la surrénale et sans doute aussi au rein. Les expériences de Fontaine et Froelich montrent que l'énervation des surrénales chez le chien normal entraîne l'atrophie de la médullaire mais pas d'hypotension durable. Cette opération n'a jamais été pratiquée contre l'hypertension alors qu'elle a déjà été faite plusieurs fois dans des cas de diabète et de syndromes sympathicotoniques d'aspect basedowien. Giordano chez deux diabétiques a vu une chute simultanée de la glycémie et de la tension artérielle succéder à l'opération.

c) *Rhizotomie ventrale large.* — Adson a récemment introduit dans la thérapeutique de l'hypertension la rhizotomie ventrale large consistant dans la section bilatérale et étendue des racines rachidiennes ventrales thoraciques et lombaires supérieures de D6 à L2. D'après l'auteur cette intervention ne donne pas de résultat préférable à ceux de la résection des splanchniques.

3° Action sur les surrénales. — On peut agir sur les surrénales comme sur toute endocrine soit indirectement par l'énervation ou l'artérioctomie ischemiante soit directement par la radiothérapie et l'exérèse.

d) *Radiothérapie de la surrénale.* — Partant de l'idée émise par Vaquez et Josué que l'athérome l'artério-sclérose, l'hypertension était sous la dépendance de l'hypertensionnement des glandes surrénales Zimmern et Cottenot (1912), Quadrone, Sergent et Cottenot ont exposé la surrénale dans l'hypertension artérielle à l'action des rayons X. Depuis de nombreuses tentatives ont été faites.

En dehors de quelques résultats heureux il semble que, seuls les troubles subjectifs diminuent. L'abaissement de la tension artérielle est surtout important dans les cas d'hypertension pure sans lésion rénale ni sclérose vasculaire et, dans certains cas d'hypertension paroxystique ou d'hypertension de la ménopause.

La radiothérapie des surrénales un peu abandonnée a pris une orientation différente : on cherche aujourd'hui à combiner l'irradiation de l'appareil surrénalo-chromaffinien avec celle du sympathique.

Dans le cas de tumeurs surrénaliennes, la surrénalectomie est préférable à la radiothérapie profonde.

b) *La surrénalectomie.* — Seule la médullectomie serait indiquée. Mais l'intrication des parenchymes de la corticale et de la médullaire ne permet pas, actuellement du moins, d'agir chirurgicalement sur une des glandes à l'exclusion de l'autre (tentative de Leriche). Les exérèses atteignent obligatoirement les deux parenchymes.

On a fait soit la surrénalectomie unilatérale, soit la surrénalectomie bilatérale subtotale (de Courcy).

La surrénale peut être à l'origine de deux types d'hypertension artérielle : l'hypertension paroxystique et l'hypertension permanente quels sont dans les deux cas les indications et les résultats de la surrénalectomie ?

Chez un malade atteint d'hypertension paroxystique le chirurgien doit rechercher et enlever les tumeurs développéesau dépens des éléments adrénaliques soit un surrénalome hypertensif de Vaquez ou tumeur de la médullaire, soit un paragangliome ou tumeur développée en dehors de la surrénale au contact du système nerveux sympathique juxta-médullaire.

Strickler dans son rapport XLIIIe Congrès français de chirurgie relève sept cas d'opérations suivies de guérison. Depuis, deux autres ont été publiés. Sept fois il s'agissait de surrénalome hypertensif [Shipley (deux cas) Porter, Suermondt, Kalk, Appelmans, Coller] deux fois d'un paragliome (Mayo, Leriche).

La surrénalectomie faite dans ces cas ne se discute pas et compte parmi les plus beaux succès de la chirurgie endocrinienne. Elle guérit d'une affection qui autrefois était considérée comme incurable.

Donc, devant toute hypertension paroxystique il faut penser à un surrénalome ou à un paragangliome et mettre en œuvre la clinique et la radiographie pour découvrir la tumeur lombaire. Dans les cas où cette tumeur n'est pas assez volumineuse pour être palpable ou être vue à la radiographie, le chirurgien doit explorer les deux régions surrénales à des dates plus ou moins éloignées. Et même lorsque les surrénales paraissent normales, certains pensent qu'on a le droit de faire une surrénalectomie. Meillère et Olivier ont fait cette opération dans un syndrome d'hypertension paroxystique paraissant s'être greffée sur une insuffisance aortique d'origine syphilitique. Le malade a été amélioré bien que la surrénale fut histologiquement saine.

Dans les cas d'hypertension permanente due à un simple hyperfonctionnement des surrénales on a fait des surrénalectomies avec succès. La preuve anatomique de l'origine surrénalienne de ces hypertensions est difficile à faire. Les surrénales sont souvent saines et on ne trouve, comme preuve de leur hyperfonctionnement qu'une surcharge en adrénaline (Leriche, deux cas).

La surrénalectomie est surtout indiquée dans des cas d'hypertension récente présentant de temps en temps des crises hypertensives et dans lesquels les reins ne sont pas touchés. Pour certains les lésions rénales et cardio-vasculaires ne constituent pas une contre-indication car elles sont secondaires à l'hypertension artérielle.

Il existe une trentaine de cas de surrénalectomie unilatérale dont voici les résultats : six morts rapides (Delbet 3, Leriche 2, Meillière 1). Quatre insuccès complets (Pieri, Stephen, Florken, Crile), dix améliorations nettes mais peu durables (Monnier-Vinard, Desmarets, 2 cas, Pieri, Willmoth, Olivier et Meillère, Florken, Stephen, Crile, 2 cas, Leriche). Onze améliorations durables (Antonocci et Galata, Leriche, Paupert, Ravault, Crile, Monnier-Vinard, Desmarets, Odypiotrowski, Willmoth).

De Courcy a fait la surrénalectomie bilatérale subtotale sur huit malades qui ont été améliorés.

L'hypertension permanente peut aussi être sous la dépendance d'une lésion corticale (Loheac). L'ablation d'adénomes cortico-surrénaux a donné quatre succès (Volhard, Murray et Simpsom, Ody, Petrowsky), une mort post-opératoire (Decheerf) L'existence de ces tumeurs corticales est un argument en faveur de la surrénalectomie bilatérale subtotale à la façon de De Courcy.

Desmarest écrit : « Devant toute hypertension essentielle nous sommes en droit d'aller nous assurer opératoirement que les deux surrénales ne sont pas le siège d'un adénome cortical et la deuxième surrénale reconnue saine nous sommes en droit de l'enlever pour essayer de diminuer l'hypertension puisque le risque est nul ».

4° Intervention sur les nerfs du rein. — D'autres interventions peuvent aussi améliorer des états hypertensifs ce sont : la décapsulation et l'énervation rénale.

Elles s'adressent surtout aux hypertensions permanentes dues à une glomérulo-néphrite diffuse ou à une néphro-angiosclérose. Dans ces cas le traitement médical est le plus souvent inefficace et la chirurgie offre quelques ressources.

Nous savons déjà que la section du splanchnique provoque une vaso-dilatation rénale et expérimentalement on a prouvé que cette section entraîne dans les jours qui suivent une polyurie.

a) *La décapsulation.* — Indiquée et pratiquée depuis longtemps pour des néphropathies, elle a été réalisée récemment dans des cas d'hypertension artérielle. La décapsulation bilatérale a non seulement provoqué une amélioration des signes cliniques mais une chute nette de la tension artérielle.

Chabanier, Lobo-Onell et Gaume ont amélioré ainsi un cas de glomérulo-néphrite diffuse grave et un cas de néphro-angiosclérose dans lesquels les résultats acquis par la décapsulation furent nets mais de courte durée et durent être consolidés par une énervation rénale.

b) *L'énervation rénale.* — Cette opération a d'abord été pra-

tiquée comme traitement de la douleur rénale. Rieder l'effectua le premier en 1933 dans le but d'agir sur un cas d'hypertension artérielle. Gerbi et Rilli rapportent un succès, Page Heuer a eu cinq améliorations.

Chabanier, Lobo-Onell, Gaume ont associé la décapsulation et l'énervation rénale dans les deux cas déjà cités et ont fait une énervation bilatérale dans un cas d'hypertension grave dû à une néphro-angiosclérose et ont amené la tension artérielle de 28/12 à 16/10.

Nous ne faisons que signaler l'efficacité de ces interventions sur les nerfs du rein dans certains cas hypertensifs où le médecin est désarmé et nous n'essayerons pas de répondre aux différentes questions qui se posent encore aujourd'hui : ces résultats sont-ils durables ? Dans quels cas d'hypertension doit-on agir sur les nerfs du rein ? Ces interventions sont-elles préférables à celles qui agissent sur la sécrétion de l'adrénaline ? Faut-il faire une décapsulation ou une énervation rénale ?

***

Quelles sont les indications pratiques que nous devons retenir de ces notions ? Deux variétés d'hypertension d'aspects cliniques et de pathogénie différents sont à envisager :

1° *L'hypertension paroxystique.*

Dans ce cas, on doit rechercher systématiquement et extirper un surrénalome hypertensif ou un paraganglione juxta-surrénalien.

Même dans les cas de glandes saines la surrénalectomie unilatérale est préférable à la section du splanchnique (Fontaine).

« L'hypertension paroxystique constitue l'indication majeure de la surrénalectomie » (Meillère).

2° *L'hypertension permanente.*

Dans les cas graves d'hypertension permanente non seulement l'indication opératoire est plus délicate à poser mais le choix de l'opération est plus discutable. La question essentielle est de choisir les malades.

a) Dans les cas de sujets obèses et insuffisants cardiaques et rénaux en principe, il faut repousser l'intervention. Mais dans ces cas on doit savoir qu'on peut encore faire sans danger, la radiothérapie du sinus carotidien ou de la surrénale, l'infiltration anesthésique du splanchnique ou même agir sur l'innervation rénale.

b) Quand le malade offre les garanties suffisantes, dans les cas d'hypertension essentielle, dans les cas d'hypertension permanente des jeunes si graves « qu'elle est un arrêt de mort » (Laubry) on peut envisager les opérations neuro-endocriniennes.

Deux interventions sont à l'ordre du jour : la splanchnicotomie et la surrénalectomie. Que doit-on choisir ? Notre expérience est encore trop courte pour prendre partie et dans ce problème thérapeutique délicat, nous devons être d'une extrême prudence.

La splanchnicotomie paraît plus séduisante elle agit électivement sur la médullaire, elle ne sacrifie pas une glande sans doute utile, elle a peut-être un double effet hormonal et sympathique (Leriche) mais ses résultats sont très inégaux et moins anciens que ceux de la surrénalectomie et surtout elle peut laisser persister des tumeurs surrénales responsables de l'hypertension.

La surrénalectomie paraît plus efficace et permet l'exploration de la région. Elle comporte des dangers (hypotension post-opératoire, crises d'hyperthermie, mort) mais l'observation des règles de douceur et de prudence de la chirurgie neuro-endocrinienne et le choix des sujets doit en multiplier les succès. Certains proposent comme règle l'exploration systématique des deux surrénales dans les cas d'hypertension grave sans cause apparente et font même en l'absence de tumeur l'ablation d'une des glandes.

Il est encore trop tôt pour choisir entre l'opération nerveuse ou l'intervention endocrinienne. Peut-être l'opération mixte d'énervation et de résection partielle de la surrénale a-t-elle aussi ses indications ?

***

En résumé si bien des points de la pathogénie de l'hypertension artérielle restent encore dans l'obscurité on peut dire que les travaux récents n'ont pas été stériles. Dès maintenant on sait que dans cette redoutable maladie où souvent le médecin est désarmé, la physiothérapie et la chirurgie peuvent jouer le rôle le plus bienfaisant et on devine que leur part s'étendra encore avec la connaissance plus précise du rôle du sympathique, des organes chromaffines et des endocrines.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

L'appendicite chronique existe-t-elle ?

On a nié, on nie périodiquement l'appendicite chronique ; on lui donne une place d'honneur puis on la lui retire.

Existe-t-elle ? M. X. Gagnepain a essayé de résoudre la question et lui a consacré son travail inaugural (Thèse de Toulouse, 1937).

Il pose le problème de la façon suivante :

Y a-t-il des tests anatomo-pathologiques de son existence ?

Y a-t-il des tests cliniques basés sur des résultats opératoires, sur des épreuves de laboratoire ?

Il semble bien dit-il, qu'il y ait une formule anatomo-pathologique de l'appendicite chronique. Il semble que, lorsque le laboratoire répond « muqueuse abrasée », disparition ou œdème des follicules lymphatiques, sclérose des tuniques, cela veuille dire quelque chose.

En réalité, ce n'est pas absolument certain.

L'appendice, organe lymphoïde, s'altère peut-être sans être malade, comme tout tissu lymphoïde, comme les amygdales par exemple, car c'est le rôle de ce tissu d'être défenseur contre l'infection.

Telle est, par exemple, l'opinion de Mac Carthy, histologiste des cliniques Mayo, qui dit que tous les appendices trouvés au cours des diverses opérations pouvaient être déclarés malades.

Actuellement, avec Bouin et Masson, on va plus loin et l'on décrit une véritable involution de l'appendice, passant par trois stades : indifférent, fluxionnaire, scléreux.

Ce qui fait que les apparences de lésion sont peut-être des phénomènes d'évolution. L'argument histo-pathologique perd donc une grande partie de sa valeur. L'argument bactériologique a peu de valeur physiologiquement, la présence d'un appendice long, mobile, peut provoquer des troubles réflexes.

Y a-t-il des tests cliniques ?

M. Gagnepain a recherché, sur une seule statistique basée sur plus de trois mille cas s'il y avait vraiment des malades opérés, revus, guéris, des symptômes pour lesquels ils avaient été opérés (et revus plusieurs fois).

Et pour ce, il divise l'appendicite chronique en trois tableaux cliniques :

1° Les appendicites vraies, douloureuses, ou même si les symptômes égarent le diagnostic, il y a douleur spontanée et provoquée. D'après les signes fonctionnels et généraux, on pourrait subdiviser ce chapitre et créer des formes urinaires digestives, génitales, etc., c'est inutile. La douleur est et reste au premier plan, et l'affection apparaît dès le début comme une appendicite.

Or, la statistique à laquelle sont empruntés ces chiffres, celle du Docteur Lemariée, montre que les malades revus ont été véritablement guéris dans 52 % des cas ; améliorés dans 22 % ; échecs, aggravations dans 26 % ;

2° Les « appendicites marquées, camouflées », appelées par M. Gagnepain « indolores », parce que la fosse iliaque est muette.

Il faut tenir compte, il est vrai, des cas où la douleur siège ailleurs, par situations anormales, pelviennes ou rétro-cæcales de l'appendice et dans ces cas il est rare que la fosse iliaque ne manifeste pas quelque peu sa souffrance.

C'est dans ces formes que l'on peut subdiviser les observations, et ébaucher une classification des appendiculaires chroniques.

En effet, d'après les signes généraux et fonctionnels, on peut décrire : des dyspeptiques, des hépato-vésiculaires, des intestinaux, des mentaux, des fébriles, des infectés, des urinaires, des génitaux, etc...

Dans ces diverses catégories, on trouve 44 % de guérisons véritables ; 27 % d'améliorations ; 29 % d'échecs.

Le nombre des guérisons est inférieur à celui des appendicites vraies douloureuses ; c'est que, sans doute, dans ces cas, justement parce que la douleur n'existe pas à l'origine, et que la souffrance d'autres organes est en jeu, la régression de ces lésions est plus difficile ;

3° Les appendicites douteuses, où il y a à la fois des signes locaux appelant plus ou moins le diagnostic de l'appendicite, des signes généraux et fonctionnels évoquant ou l'appendicite ou toute autre affection.

On ne possède pas pour elles de statistique nettement établie.

Donc, en définitive, l'opération a guéri vraiment des malades, amélioré d'autres. Ne peut-on pas dire qu'il y avait quelque chose ?

A côté de ces formes générales se trouveraient d'innom-

brables formes cliniques. M. Gagnepain insiste essentiellement sur les formes : « du vieillard » : pseudo-tumorales, pseudo-occlusives ; « de l'enfant », qui est avant tout un intoxiqué, un fébrile.

Ici encore, l'opération a donné très souvent la disparition des symptômes. L'enfant surtout est un test prodigieux. Après l'appendicectomie, un enfant malingre, maigre, paresseux, sans appétit et sans vigueur, augmente de poids, comme par miracle, se transforme, s'éveille et subit une « éclosion véritable » bien connue de tous les chirurgiens.

Si le test anatomo-pathologique est peut-être défaillant, le test clinique et opératoire l'est beaucoup moins. Mais d'autres examens, la radio, le laboratoire, peuvent-ils donner des indications ?

C'est en partant de ce principe que l'auteur a cherché à trouver des éléments de diagnostic positif. On arrive, par l'examen de très nombreux cas, à reconnaître à l'appendicite chronique, un « substratum » véritable, avec : la douleur ou non ; le faciès légèrement infecté ou subictérique ; les vertiges, les céphalées, l'inappétence, les nausées.

C'est un véritable cortège symptomatique auquel s'ajoutent des signes issus d'autres viscères, par réflexe ou lésion.

Trois examens sont particulièrement importants : l'abdomen, le sang ; la radiologie.

L'abdomen : L'examen de l'abdomen est plus intéressant dans les cas où la fosse iliaque est indolore et c'est là que l'on peut rechercher de petits signes, en particulier :

L'hyperesthésie cutanée de la zone appendiculaire, même en l'absence de toute douleur.

La matité ou la submatité de l'épine iliaque antéro-supérieure droite (signes de Dionis).

La flexion de la cuisse sur le bassin, soit spontanée, soit provoquée par le palper et qui n'est nullement un criterium car elle s'observe dans d'autres affections que l'appendicite et peut se montrer chez des sujets indemnes de toute lésion de l'appendice. Un signe analogue est celui des « adducteurs », de Guyon.

L'apparition au palper des nausées, de céphalées (Lemariée).

La modification du cœur au palper (Lemariée) lorsque le palper profond de la fosse iliaque provoque des modifications du rythme cardiaque, des extra-systoles.

Ces signes sont trop récents pour qu'on ait pu rechercher pendant un laps de temps suffisant, s'ils disparaissent après l'opération ; cependant, sur douze sujets où le diagnostic d'appendicite chronique était en suspens et qui représentaient des troubles cardiaques (éréthisme, extra-systoles, etc.), huit ont été revus ; tous les phénomènes disparus.

Le *sang* est à examiner : pour sa formule ; pour son milieu humoral.

La formule : contrairement aux opinions d'Antoine et de Martel, M. Gagnepain pense que la formule sanguine qui répond dans la grande majorité des cas à l'appendicite chronique est : le respect des globules rouges ; l'augmentation des leucocytes, non sur les mononucléaires, mais sur les polynucléaires neutrophiles. Dans quelques cas insuffisants, certes, ces altérations de la formule sanguine ont disparu nettement après l'opération.

L'équilibre humoral : des recherches récentes, et qui demandent à être poursuivies, de Lemariée, montrent que dans les appendicites chroniques opérées, vérifiées, il y avait plus ou moins souvent de façon invariable : augmentation de l'urée sanguine ; diminution des chlorures du sang ; diminution de la réserve alcaline.

Quelques cas montrent que ces modifications ont été supprimées après l'opération.

L'examen radiologique donne peu de preuves et est très discuté. On a décrit à la radiologie appendiculaire : des signes indirects ; des signes directs.

Il faut retenir le symptôme décrit depuis trois ans par Lemarié, l'apparition de la douleur à l'écran en cas de fosse iliaque indolore.

Mais l'étude des modifications de la radiologie après l'opération est trop récente pour qu'on puisse insister.

On voit donc que tout, clinique, laboratoire, radiologie, s'unit pour faire tout de même de l'appendicite chronique une véritable entité qui a vraiment son existence.

Certes, il existe beaucoup de fausses appendicites, car si l'appendicite peut tout simuler, tout peut la simuler.

La simple présence d'un appendice sain peut, dans certaines conditions de longueur, de mobilité, de structure, provoquer sans doute des réflexes variés à distance, d'où « simulation ».

Vraisemblablement l'appendicite chronique, très différente de l'aiguë, fait partie d'un syndrome plus vaste de folliculite cæco-colique.

Mais cela n'empêche pas ceci. Dans un nombre important de cas, l'appendicectomie a amené des guérisons véritables ; c'est donc que l'appendice représente une « entité clinique ». Peu importe ce qui existe au niveau de l'appendice, sans doute bien des choses variées ; c'est ce que nous appelons « l'appendicite chronique ».

Doit-on vivre « avec cette entité clinique » ? se demande M. Gagnepain. Certes, on peut, bien souvent, de même qu'avec de grosses amygdales cryptiques ou un cavum rempli de grosses végétations infectées, mais cela ne donnera-t-il pas de nombreux troubles, dont les néphrites hématuriques de Castaigne ; un appendice malade lèse les autres organes, l'équilibre humoral, et prépare pour plus tard l'opération plus difficile, plus dangereuse, aux suites moins bonnes. Et M. Gagnepain arrive à conclure qu'il vaut mieux enlever un appendice sain qu'en laisser un malade.

L'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce

L'opothérapie thyroïdienne, appliquée dans des conditions favorables, transforme d'une façon profonde et remarquable l'évolution du myxœdème infantile précoce.

M. G. Willot vient d'en préciser (Thèse Paris, 1937), les indications et de déterminer les conditions d'efficacité de la thérapeutique thyroïdienne, d'après l'analyse de seize observations comportant un recul évolutif suffisant pour apprécier les effets éloignés du traitement.

Parfois, dit-il, le résultat est bon, voire même excellent (sept cas sur seize observations).

La morphologie des myxœdémateux heureusement influencés par le traitement, si elle n'est pas absolument normale, subit cependant une remarquable métamorphose.

La croissance staturale est déclenchée par le traitement, suivant le rythme de progression normale ; elle est peu sensible à l'influence physiologique des périodes prépubertaire et pubertaire. Pour cette raison et aussi à cause du retard d'ossification qu'ils conservent habituellement, les myxœdémateux peuvent voir se réduire, au delà des délais habituels de la croissance, leur retard statural.

Parallèlement à l'allongement de la taille, on assiste, sous l'influence de l'opothérapie, à l'harmonisation relative et imparfaite, d'ailleurs, de la morphologie.

Le poids, après une chute initiale de courte durée par désinfiltration des téguments, augmente ensuite de façon régulière et dans les limites de l'accroissement normal : néanmoins il tend souvent à être un peu bas relativement à l'âge et un peu élevé par rapport à la taille.

Les téguments subissent également d'importantes transformations. Si améliorés soient-ils, ils gardent toujours certains caractères anormaux de sécheresse, de refroidissement, rebelles à l'opothérapie. Malgré les liens étroits qui l'unissent à l'état de la peau, le système pileux semble plus sensible encore à l'extrait thyroïdien.

La puberté, remarquablement influencée par l'extrait thyroïdien, s'obtient dans des délais sensiblement normaux.

L'anorexie, la macroglossie disparaissent vite ; la constipation cède aussi, immédiatement, mais réapparaît parfois ultérieurement ; la tonicité abdominale est améliorée, et l'on peut voir disparaître très vite de volumineuses hernies. Les dents se développent, mais les premières étapes de leur évolution sont retardées et elles sont souvent ternes, friables sujettes à la carie.

L'appareil cardio-vasculaire présente quelques anomalies persistantes (gracilité du pouls, abaissement habituel de la tension artérielle, augmentation légère des cavités cardiaques). Cependant, l'électro-cardiogramme pratiqué deux fois, fut normal.

Les premières étapes de la fonction motrice sont retardées, un certain degré d'hypotonie musculaire persiste habituellement.

Une légère diminution des hématies, une légère augmentation de la valeur globulaire, un pourcentage leucocytaire sensiblement normal avec pourtant un certain degré d'éosinophilie, telle est la formule sanguine habituelle des myxœdémateux traités.

La cholestérolémie est pratiquement normale, la protidémie un peu élevée.

Le métabolisme basal reste le plus souvent un peu abaissé ; cet abaissement n'est d'ailleurs pas inversement proportionnel à la valeur du résultat général obtenu.

L'état du psychisme, vraiment remarquable dans les cas heureux, est certes le fait le plus digne d'être souligné ; grâce à l'extrait thyroïdien, les myxœdémateux échappent à l'idiotie, deviennent capables d'instruction, d'éducation, d'adaptation

familiale, voire sociale ; certains même, après une carrière scolaire presque normale, peuvent espérer exercer un métier et gagner leur vie.

En d'autres cas, les résultats sont nuls ou insignifiants (quatre observations sur seize). Mais le traitement a été dans ces cas d'une si flagrante insuffisance que ces échecs ne sauraient être reprochés à l'opothérapie. Bien au contraire, ils sont une des meilleures « contre-preuves » de son efficacité.

Dans une catégorie intermédiaire les résultats sont moyens (cinq observations sur seize) et cette médiocrité n'est pas toujours expliquée par les défaillances de la thérapeutique. Ici persistent, avec une plus ou moins grande netteté, les principaux signes cutanés, viscéraux et les principales caractéristiques morphologiques du myxœdème infantile. La puberté cependant, particularité frappante, se développe comme dans les cas précédents, avec tout au plus un léger retard. Psychiquement, de tels sujets sont capables d'une éducation rudimentaire et peuvent rendre des services à leur entourage, résultat déjà appréciable.

Ils restent néanmoins arriérés et leur utilisation n'est guère possible qu'en milieu familial.

La transformation crée par l'opothérapie thyroïdienne affecte souvent de façon inégale les divers signes somatiques, psychiques, et biologiques du myxœdème. Parmi les nombreuses formes possibles de ces discordances évolutives, il faut faire une place spéciale à la dissociation somatico-psychique, l'amélioration des signes physiques l'emportant toujours sur celle de l'état intellectuel.

La suspension de l'opothérapie thyroïdienne, quand elle se prolonge, entraîne toujours de véritables rechutes cédant vite à la reprise du traitement.

La morbidité du myxœdémateux traité, si l'on excepte la fréquence des infections cutanées et rhino-pharyngées, semble absolument comparable à celle d'un rejet normal.

Le « pronostic » thérapeutique du myxœdème congénital est lié à divers facteurs dont l'influence conjuguée éclaire vraisemblablement certaines divergences évolutives *a priori* inexplicables.

Parmi ces facteurs, à côté de l'élément capital représenté par la qualité de l'effort thérapeutique qui doit être précoce, continu, régulier et quantitativement suffisant, il faut souligner l'importance du degré des lésions thyroïdiennes (aplasie, hypoplasie, sclérose). Il faut faire également état des lésions éventuellement associées, de l'intervention compensatrice des autres glandes endocrines dont le rôle est encore essentiellement du domaine de l'hypothèse.

La conduite du triatement doit s'inspirer des données précédentes. Il faut distinguer dans sa marche une période de début, dans laquelle on tâte la susceptibilité du sujet, une période d'entretien qui doit pratiquement être prolongée toute la vie en cas de myxœdème congénital véritable. Parfois cependant, à côté de l'action substitutive essentielle, l'opothérapie pourrait jouer un rôle « homostimulateur ». La légimité de cette conception a été contestée du point de vue doctrinal ; certains faits semblent pourtant l'établir

Des recherches expérimentales ont montré à M. Willot, qu'il existait des différences dans le corps thyroïde du rat après thyroïdectomie subtotale simple et après thyroïdectomie subtotale suivie d'administration d'extrait thyroïdien.

Les accidents de l'opothérapie thyroïdienne sont exceptionnels dans le traitement des grandes insuffisances thyroïdiennes conduit avec le minimum de précautions indispensables.

« On raconte que, dans une clinique étrangère, le professeur, pour mener à bien l'examen d'un malade devant ses élèves, se consacrait chaque matin à l'étude approfondie d'un appareil : le cœur et les vaisseaux un jour, le tube digestif le lendemain, le système nerveux le troisième jour, l'appareil respiratoire ensuite et ainsi de suite. Le malade n'allait pas mieux et les examens, si approfondis fussent-ils, n'apportaient pas de solution satisfaisante. Enfin le malade meurt et on découvre à l'autopsie qu'il avait une pleurésie. Cette séreuse n'étant pas entrée dans les cadres de l'examen systématique, il n'avait pas été possible d'en déceler le désordre !

« Cette anecdote est sans doute imaginaire, mais c'est tout de même une critique valable et qui nous rappelle l'unité de l'organisme humain et qu'il faut que le médecin l'examine d'abord d'ensemble, et de haut, avant d'en étudier les détails. »

(Docteur Pierre Mouloguet. — Médecine scientifique et Médecine pratique. *La Revue de France*, 15 juillet 1937.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Il y a une hémiplégie due à la thrombose de la carotide interne chez des sujets, pas très âgés présentant, en général, les symptômes prodromiques suivants : céphalées paraissant par crises, parfois longtemps avant les autres symptômes ; paresthésies fugaces aux membres ; des crises, souvent passagères, des parésies qui commencent plutôt par le membre supérieur ; des convulsions qui ne sont jamais très intenses et qui surviennent parfois avec les troubles parétiques ; parfois des troubles de sensibilité ; crâne douloureux à la percussion, du côté de la thrombose ; des troubles aphasiques (thrombose de la carotide interne gauche), apparaissant par des crises passagères et toujours progressives, jusqu'à leur établissement définitif ; ictus toujours très léger et très rapide, avec lequel survient, en général, une hémiplégie intense ; du côté psychique, indifférence remarquable pour la maladie, parfois même une certaine euphorie. La palpation des artères carotides des deux côtés du cou ne donne pas des renseignements nets. En effet, la carotide externe accuse, du côté malade, une pulsation assez forte. Sur la disparition de la carotide interne il n'est pas, par conséquent, possible de tirer, par la palpation, des conclusions sûres.

Quelques-uns de ces symptômes se trouvent aussi comme prodromes des thromboses des artères cérébrales ; mais ils n'ont pas l'étendue qu'on observe dans ces cas.

Ces symptômes sont suffisants pour faire soupçonner cette étiologie pour l'hémiplégie. L'angiographie cérébrale donnera toujours la certitude du diagnostic.

(Egas Moniz, Almeida Lima et Rui de Lacerda (Lisbonne). Hémiplégies par thrombose de la carotide interne. *La Presse Médicale*, 30 juin 1937.)

Fièvre typhoïde

Parmi les ostéites consécutives à la dothiénentérie, il faut distinguer celles dont le pus renferme du bacille d'Eberth ou reste stérile et celles provoquées par un autre agent infectieux, le staphylocoque le plus souvent : différence de germes mais aussi et surtout de gravité. Les premières décollent le périoste, lèchent la corticale de l'os, détachant de minces séquestres lamellaires ; les autres font des hyperostoses volumineuses, creusent des géodes, détruisent l'os en étendue et en profondeur.

Les unes — formes proprement spécifiques — guérissent souvent par une intervention simple, après incision, curettage superficiel, voire même suture cutanée ; on les rencontre principalement au niveau du cubitus. Les autres, par contre, participent aux mêmes difficultés thérapeutiques que les ostéomyélites à staphylocoque primitives.

(Pierre Moiroud (Marseille). Ostéomyélite à staphylocoque des os longs et fièvre typhoïde. *La Presse Médicale*, 30 juin 1937.)

Staphylococcies

L'efficacité de l'anatoxithérapie affirmée par plus de 1.000 observations a été rendue plus grande encore, au cours de ces derniers temps, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode : *a*) obtention au laboratoire et emploi dans la pratique courante d'une anatoxine de valeur antigène relativement élevé ; *b*) adoption de l'intervalle optimum de quatre jours entre les injections ; *c*) préparation et utilisation d'anastaphylotoxine purifiée (des résultats très favorables portant sur 200 cas de staphylococcies traités par cette dernière sont apportés).

Une étude aussi vaste, jointe à certaines données d'ordre expérimental, permet de fournir de nouvelles précisions quant au mode d'action du traitement anatoxique. Ainsi que le démontrent en particulier les résultats obtenus au moyen de l'anatoxine purifiée, l'anatoxithérapie n'agit ni comme une « médication de choc » ni comme une « protéinothérapie non spécifique ». C'est grâce à l'immunité antitoxique spécifique engendrée par l'anastaphylotoxine et qui est complétée par des moyens naturels de défense (phagocytose en particulier), que l'orga-

nisme réussit à triompher des manifestations toxiques et infectieuses dues au staphylocoque.

(G. Ramon, A. Bocage, A. Boivin, P. Mercier, R. Richou et M. Defrance. L'anatoxithérapie spécifique des affections staphylococciques. Progrès. Précisions. *La Presse Médicale*, 23 juin 1937.)

Syphilis

L'examen des observations de 7.000 syphilitiques a montré que :

1° 6 pour 100 des malades traités par le néosalvarsan ont été atteints d'ictère.

2° L'ictère se produit avec la même fréquence à tous les stades de la syphilis.

3° Il coexiste le plus souvent avec un Bordet-Wassermann négatif ;

4° Les ictériques, soignés par l'interruption de l'administration d'arsenic, ont guéri sans complications ; cependant, la continuation du traitement arsenical pendant la jaunisse est supportée sans dommage par certains malades.

5° On peut sans crainte traiter à nouveau les malades par le néosalvarsan après guérison de l'ictère : les récidives sont peu fréquentes.

Cette étude confirme donc certains arguments antérieurement publiés à l'appui de l'hypothèse de la nature infectieuse de l'ictère post-arsénobenzolique. Elle met en évidence deux faits importants ; la fréquence égale de la jaunisse à tous les stades de la syphilis et la rareté des récidives de l'ictère après un nouveau traitement. Ce dernier fait ne paraît pas pouvoir être interprété dès maintenant. Il mérite de faire l'objet de recherches ultérieures.

(Marcel Graffar. Contribution à l'étude ces ictères survenant au cours du traitement arsenical. *La Presse Médicale*, 1er mai 1937.)

Prostate

Sur l'étiologie de l'hypertrophie de la prostate et son traitement hormonal par les hautes doses de folliculine, l'hypothèse suivante est formulée par Wugmeister :

L'hypertrophie de la prostate est une manifestation physiopathologique due à l'*hypervirilisation* de l'organisme.

Cette hypervirilisation est la conséquence du développement naturel de l'être humain (Marañon) et de la carence de l'hormone féminine chez l'homme, carence qui permet à l'hypophyse antérieure d'augmenter la sécrétion de gonado-stimulines.

Le traitement par des doses *massives* de folliculine a une action *antimasculine* et *inhibitrice* sur l'hypophyse. Il améliore sensiblement la symptomatologie clinique due au développement de l'hypertrophie de la prostate.

Ce traitement montre, une fois de plus, que les données expérimentales ne sont pas superposables aux observations cliniques et que, s'il y a contradiction entre les deux, c'est devant les faits cliniques que nous, médecins, devons nous incliner.

(J. Wugmeister. Le traitement de l'hypertrophie de la prostate par doses massives de folliculine. *Paris Médical*, 12 juin 1937.)

Cancer

A l'heure actuelle il n'existe pas de technique sérologique infaillible qui nous permette de faire le diagnostic de terrains cancéreux, de précancer, de cancer en évolution non infecté et non compliqué. — Toutes les réactions proposées sont liées à des phénomènes de désintégrations cellulaires et donnent des résultats positifs dans les états qui s'accompagnent de désintégrations cellulaires comme la syphilis, la tuberculose avancée, la cirrhose et la grossesse.

En combinant plusieurs réactions, en les répétant, on arrive peut-être à posséder des présomptions de cancer, sans aller plus loin dans l'affirmation.

En somme le cancer ne détermine aucune réaction sanguine spécifique : il se sépare en cela de toutes les infections et de toutes les intoxications connues ce qui laisserait supposer que le cancer ne serait pas une infection microbienne ou parasitaire.

(Lucien Girard. Le sang chez les cancéreux. *Le Bulletin Médical*, 26 juin 1937.)

Thérapeutique chirurgicale

Dans le traitement des traumatismes infectés des membres, les injections intra-artérielles médicamenteuses — solution hycho-alcoolique de mercurochrome à 2 % par exemple — pratiquées à titre préventif, sont susceptibles de donner des résultats, à en juger par les six observations rapportées.

Ce mode thérapeutique ne doit pas être substitué au traitement chirurgical habituel, mais l'accompagner.

Puisque l'action curative est certaine, puisque l'action préventive paraît cliniquement et logiquement utile, les injections intra artérielles médicamenteuses doivent être pratiquées non seulement dans les infections déclarées des membres, mais encore d'une façon préventive avant l'apparition de toute infection lorsque les délabrements anatomiques ou le retard apporté à l'acte chirurgical permettent ds craindre l'infection. Dans ces cas, l'injection intra-artérielle médicamenteuse doit être faite en même temps que l'injection sous cutanée de sérum antitétanique.

Réserve faite pour les cas où la diminution des oscillations oblige à agir avec prudence (Goinard), ces injections peuvent

être répétées tous les jours ou tous les deux jours, même et surtout lorsqu'elles sont employées à titre préventif.

(Jacques Henriet, de Pontarlier. Le rôle préventif des injections intra-artérielles médicamenteuses dans le traitement des traumatismes infectés des membres. *Gazette des Hôpitaux*, 7 juillet 1937.)

Clinique thérapeutique

La cure d'air au déclin de la coqueluche rallie tous les suffrages. Certains ne la jugent pas indispensable pour les formes bénignes ou moyennes ; mais tous la recommandent très vivement pour les formes sévères, débilitantes ou compliquées. Les avis sont partagés au sujet du choix des stations climatiques de convalescence. Les uns préfèrent les plages très ventilées de la mer du Nord ou de la Manche.

Les autres donnent la préférence aux stations exposées telles que Hossegor ou Salies-de-Béarn.

(Georges Schreiber. Enquête sur la coqueluche. *La Clinique*, mai 1937-B.)

Endocrinologie

Il y a lieu de tenir compte de l'importance des formations ectopiques ou aberrantes dans la pathologie endocrinienne. — Satellites négligés, souvent passifs, elles peuvent venir au secours d'un organisme en déficience hormonale à la suite de la carence de la glande principale ; leur intervention peut s'expliquer des résultats thérapeutiques paradoxaux. Il y a, dans l'organisme, non point seulement des glandes, mais de véritables systèmes à fonction endocrine et qui sont solidaires avec la masse endocrinienne agglomérée dans un seul organe.

Lorsqu'un chirurgien a enlevé en totalité ou en quasi-totalité une glande thyroïde, il ne sait point exactement la quantité de tissu fonctionnel qu'il a laissée. Il en est ainsi dans la thyroïdectomie dite totale ; quoi qu'en pensent certains chirurgiens américains, il n'est pas sûr qu'après une telle exérèse il n'existe pas quelque part des formations thyroïdiennes aberrantes qui, jusque-là sommeillantes, se réveillent.

Cette possibilité est une raison d'admirer les précautions prises par l'organisme pour assurer la continuité de la fonction endocrinienne et la défendre non seulement contre une atteinte morbide, mais encore contre le chirurgien trop radical. L'affirmation que la thyroïdectomie totale est physiologiquement permise, discutable en ce qui concerne la glande, n'est pas prouvée si elle comprend le système thyroïdien tout entier.

(Paul Sainton. Le rôle des formations accessoires et ectopiques en pathologie endocrinienne. *Paris Médical*, 3 juillet 1937.)

Hygiène infantile

Pendant le second trimestre scolaire, entre janvier et avril, on voit dans les consultations privées ou dans celles des hôpitaux ou dispensaires, un grand nombre d'enfants pâles et étiolés. C'est le syndrome du second trimestre scolaire qui peut se résumer en trois mots : asthénie générale, lymphatisme et anémie.

Il y a deux choses importantes par lesquelles le praticien est presque vaincu d'avance bien qu'elles soient les causes de la déficience constatée et qu'il faudrait détruire avant tout autre thérapeutique : l'air surchauffé, des appartements et des classes, le travail trop prolongé des enfants.

En effet, lorsqu'on pense à l'hygiène des enfants, on parle toujours du soleil, de l'eau, de l'air, de l'alimentation, du sommeil, mais on ne pense certes pas assez au problème du chauffage, en hiver. Or, il est pourtant intéressant de s'en occuper.

(P. Labignette. L'enfant du second trimestre scolaire. *Le Concours Médical*, 13 juin 1937.)

Varia

Nous sommes persuadés que, ne songeant pas à l'éventualité de l'échinococcose alvéolaire, les médecins, devant un gros foie ictérique, méconnaissent trop souvent le diagnostic exact et que, si l'attention des cliniciens était alertée sur l'échinococcose alvéolaire, ils dépisteraient plus fréquemment cette affection.

En quelques années, Tisserand a dépisté neuf cas d'échinococcose alvéolaire. Tout récemment, il vient avec notre collègue Baufle, d'en observer un dizième cas, authentifié par les examens de MM. Dévé et Martin et qui sera prochainement publié. Le Professeur Chaton, de Besançon, en a observé un cas. Tel est le bilan de l'échinococcose alvéolaire franc-comtoise.

E. Ledoux. L'échinococcose alvéolaire du foie. *Journal des Praticiens*, 3 juillet 1937.)

Echos et Glanures

Le mot loisir.— *De M. Edouard Payen dans le* JOURNAL DE DÉBATS (11 juillet 1917) :

Littré définit ainsi le mot loisir : état dans lequel il est permis de faire ce qu'on veut. Les perspectives qui s'affirment oublient que le mot loisir qui vient du mot latin *licere*, être permis, désigne un temps de liberté, où l'on a permission d'agir ou de ne pas agir. Tel que nos réformateurs entendent le loisir aujourd'hui, le mot est impropre. Celui d'oisiveté serait celui qui conviendrait, puisqu'il s'agit d'un temps d'inaction. Cette querelle, qui peut être jugée comme pédante, a pourtant une portée pratique. Si les interventionnistes avaient employé le terme juste, on aurait vu tout de suite les côtés fâcheux de ce qu'ils envisagent.

Parmi ceux qui auront acquis le loisir tel qu'il doit être selon le vœu de ses avocats actuels, il en est plus d'un qui jugera que n'avoir rien à faire est un pénible fardeau.

Le loisir tel que l'envisagent les constructeurs d'un ordre social nouveau, n'est pas ce qu'un vain peuple pense.

Candidats et examinateurs au baccalauréat. — *De M. Jacques Caris dans l'*EPOQUE (15 juillet 1937) :

Il y a divers types de candidats, comme il y a plusieurs types d'examinateurs.

Côté « potaches », il y a d'abord celui qui sait peu de choses, mais dont le moral est bon et qui se persuade à l'avance qu'il n'est pas nécessaire d'être, mais de paraître. Celui-là aime à faire dévier la question, et est riche de détails inédits. Il a toujours lu le poète inconnu, la thèse soutenue dans une lointaine et vague université et qui traite la question d'une façon toute nouvelle. Sachez que le poète et la thèse sont inventés pour les besoins de la cause et sur l'heure.

Cela ne prend pas toujours, surtout en sciences, mais réussit parfois assez bien...

Il y a ensuite le très bon élève timide, qui sait son cours à fond, et qui, victime de la dernière nuit passée à « tout reviser », se trouble devant le professeur, rougit, balbutie et se tient coi.

N'oublions pas non plus le crétin qui s'en moque éperdument et n'a qu'une hâte : que tout soit rapidement terminé pour ne pas trop faire languir une bonne partie de bridge ! Le plus curieux c'est qu'il est parfois reçu. Miracle des examens...

Il y a enfin ceux pour qui le « bachot » n'est qu'une question de mention, heureux mortels qui ne sont pourtant pas les moins émus !

Les différences entre les examinateurs sont le plus souvent directement proportionnelles à l'âge et... à l'état de l'estomac.

Les jeunes agrégés, frais émoulus de Normale supérieure, y mettent une rare conscience, s'imaginant peut être encore qu'il y a quelque intérêt à ce premier grade universitaire.

La grande majorité est blasée et indulgent quoi qu'en pensent messieurs les candidats, et les plus bourrus sont souvent les plus généreux à la délibération.

Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de « vraies rosses » (le terme n'est plus de moi) et je donne à méditer aux futurs bacheliers l'exemple de ce professeur qui examinait ainsi :

A l'arrivée du candidat, il sortait de sa poche sa montre et une question écrite, puis :

— Vous avez dix minutes. Mademoiselle, commencez.

Et ne desserrait plus les dents.

Boileau et la radiesthésie. — *Le Docteur Robert Rendu, dans un article du* LYON MÉDICAL (18 juillet 1937) *évoque la figure d'un paysan dauphinois, Jacques Aymar, qui sut, au XVIIe siècle, user de l'instrument divinatoire pour faire d'innombrables dupes. Il eut de fervents partisans, dont Brossette, avocat au Parlement de Lyon, qui, le 25 septembre 1706, écrivait à son ami Boileau :*

« Je vis hier le fameux J. Aymar ou l'homme à la baguette, qui est un paysan de Saint-Marcellin en Dauphiné, à quatorze lieues de Lyon. On le fait venir quelquefois en cette ville pour y faire des découvertes. Il m'a dit des choses surprenantes touchant sa faculté divinatoire pour les sources, les bornes déplacées, l'argent caché, les choses volées, les meurtres et assassinats ; il m'a expliqué les douleurs violentes et les convulsion qu'il souffre quand il est sur le lieu du crime ou proche des criminels. D'abord tout son corps s'émeut comme par une ardente fièvre, le sang lui sort par la bouche avec des vomissements, il tombe en sueur et en pâmoison... Si vous êtes curieux d'en savoir davantage, je puis vous satisfaire. »

Tous ces racontars impressionnants d'Aymar, ajoute M. R. Rendu, furent sans effet sur le robuste bon sens de Boileau qui ne demanda pas à « en savoir davantage » et répondit à son ami par la lettre suivante dont chacun goûtera la fine ironie :

« Auteuil, 30 septembre 1706.

« ... Venons-en maintenant à votre homme à la baguette. En vérité, mon cher Monsieur, je ne saurais vous cacher que je ne puis concevoir comment un aussi galant homme que vous a pu donner dans un panneau si grossier, que d'écouler un misérable dont la fourbe a été ici entièrement découverte, et qui ne trouverait pas mesme, présentement, à Paris, des enfants et des nourrices qui daignassent l'entendre. C'était au siècle de Dagobert et de Charles Martel qu'on croyait de pareils imposteurs ; mais sous le règne de Louis-le-Grand, peut-on prester l'oreille à de pareilles chimères, et n'est-ce point que depuis quelque temps, avec nos victoires et nos conquêtes, notre bon sens s'est aussi en allé ?

« Tout cela m'attriste, et pour ne pas vous affliger aussi, trouvés bon que je me haste de vous dire que je suis parfaitement, Monsieur, vostre... etc...

« Despréaux. »

Le martyre de Bersot. — M. *Léopold Lacour, dans un article récent* : L'Ecole normale de mon temps (Mercure de France, 15 juillet 1937), *évoque le souvenir de Bersot et du long martyre qui marqua la fin de son existence* :

Il nous arrivait, de l'appeler entre nous « le vitrier » parce que, fantaisie bizarre ou reste d'anciennes habitudes de pauvre, ménager de ses vêtements présentables, il se plaisait à porter une longue blouse blanche sur sa jaquette ou son veston. Mais nous nous serions violemment récriés si l'on avait voulu trouver de l'irrespect dans cette familiarité de langage où nous ne mettions qu'une juvénile tendresse. Peut-être même était-ce, de notre part, une sorte de ruse inconscience pour nous détourner de songer trop souvent au mal affreux qui finit par dévorer la moitié de ce fier visage de « méditatif », par faire de cette joue, de plus en plus profondément rongée, qu'il s'appliquait à nous cacher en la couvrant de sa main, une large plaie béante.

Que dis-je ? Il me souvient qu'un jour, vers la fin de 77 ou le début de 78, Bardoux, alors ministre de l'Instruction publique, vint nous voir ; il avait annoncé sa visite, et Bersot avait écrit un discours, très joli qu'il se proposait de lire lui-même, bien que ses gencives commençassent d'être atteintes et qu'il ne pût se tromper sur l'effort douloureux qu'il aurait à faire pour être entendu d'un bout à l'autre de cette grande salle des Actes où toute l'Ecole était réunie. Il s'avançait, très chic d'allure, ma foi ! en habit, à la gauche du ministre, qui, jaloux de nous séduire, nous prodiguait sourires et saluts (ce trop aimable Bardoux, par parenthèse, avait la réputation de préférer tout le monde) ; mais il n'était pas encore au pied de la petite tribune dressée au fond de la salle que nous vîmes le plastron de sa chemise se teindre de sang : la plaie qu'il avait, cette fois, bravement laissée découverte, triomphait, ruisselante, d'une volonté à laquelle il avait cru pouvoir demander une manière de miracle ; nous le regardions, glacés de pitié ; il fut prodigieux de calme, espérant sans doute, il est vrai, que cette brusque hémorragie serait brève ; et, en effet, tandis qu'il s'asseyait dans son fauteuil, elle s'arrêta. Il ne put tout de même, secrètement brisé par ses souffrances, que tendre son discours au surveillant général, qui le lut de son mieux, parmi quels applaudissements ! vous l'imaginez...

Plus tard, lors d'une visite que je fis à Bersot des mois après ma sortie de l'Ecole, je constatai avec épouvante que maintenant sa voix, ayant à peine à passer par la bouche, s'échappait, au contraire, librement par la plaie, comme, aussi bien, l'a relaté son médecin, Paul Reclus, dans un récit qu'il m'est encore impossible de lire sans émotion.

Mais c'est assez de détails affligeants, n'est-ce pas ? sur « la vertu » du malade.

Vertu d'autant plus merveilleuse, au fait, qu'il repoussait avec la plus « humaine » indignation la thèse, ou plutôt les thèses, laïques ou religieuses, de l'utilité morale de la douleur. Reprenant la plume, dans les dernières années de sa vie, il écrivait :

« On souffre dans son corps ; est-ce cela qui est bon ? On ne trouve pas la vérité qu'on cherche, on finit même par croire qu'elle n'existe pas : est-ce cela qui est bon ? On perd ceux qu'on aime, et l'on retombe sur soi-même, accablé ; est-ce cela qui est bon ? La douleur ne nous pousse pas à agir ; elle nous empêche d'agir, elle absorbe dans le combat qu'il faut lui livrer, des forces qui serviraient à d'admirables ouvrages... Et quand la santé est irréparable, quand on emploie toute son énergie à subsister quelques jours ou quelques années de plus, est-ce vivre de ne vivre que pour durer ? »

Bersot mourut subitement dans la nuit du 31 janvier 1880. Depuis quatorze ans, il était atteint de cet épithélioma de la joue et avait été soigné par Broca et Paul Reclus qui, dans une clinique sur Le pronostic du cancer (1), *a rappelé le cas extraordinaire « d'un homme qui a laissé une trace distinguée dans notre littérature ».*

Le rôle d'un mythomane dans l'affaire Fualdès. — Assassinat mystérieux d'un ancien président de Directoire, juré du Tribunal révolutionnaire et accusateur public, devenu procureur impérial et resté bonapartiste sous les rois, « en horreur, aux brigands de la Terreur blanche », l'affaire Fualdès (1817-1819) compte parmi les crimes les plus énigmatiques de l'Histoire.

Le désir, à peine voilé, du gouvernement d'alors la fit aboutir — croit-on unanimement à l'heure actuelle — sinon à une vaste et déplorable erreur judiciaire, du moins à l'arbitraire d'une horrible condamnation sans preuves : l'échafaud pour certains prévenus, les galères pour d'autres.

Seul, put servir de base à l'acte d'accusation le témoignage d'une femme, Clarisse Enjalran-Manson, dont M. P. Bories, qui vient de consacrer sa thèse (Toulouse 1937) à cette cause célèbre, n'hésite pas à faire un type de mythomane vaniteuse et maligne.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Champendal (Doctoresse). — **Comment soigner nos enfants.** In-8 raisin. Br. : 10 fr. (*Flammarion.*)

Coste (J.). — **Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue.** Br. : 26 fr. (*G. Doin et Cie.*)

Desplats (R.). — **Physiologie des affections hypophysaires.**, 222 p. Br. : 50 fr. (*Masson.*)

F.-F. Friedmann et la tuberculose. Br. : 15 fr. (*Lang-Blanchong et Cie.*)

Giraud (A.). — **Précis de phtisiologie.**, 2e édit., 490 p. Br. 100 fr. (*G. Doin et Cie.*)

Lumière (Auguste). — **Les horizons de la médecine.** Col. Sciences d'aujourd'hui dirigée par André George. Ill. 18 pl. hors texte en hélio. Br. : 25 fr. (*A. Michel.*)

(1) Clinique de la Charité sur la chirurgie journalière, 1909.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N°s 34-35 — 21 et 28 AOUT 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	**40** fr.
Etudiants	**30** fr.
Belgique	**45** fr.
Etranger 1re zone	**70** fr.
Etranger 2e zone	**90** fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS Oto-Rhino-Laryngologiste hon. des Hôpitaux
A. BRÉCHOT Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU Chirurgien hon. des Hôpitaux
A. CLERC Professeur de Clinique médicale à la Pitié Membre de l'Acad. de Médecine
H. CODET Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN Professeur de Clinique obstétricale Membre de l'Acad. de Médecine
Ch. LENORMANT Professeur de Clinique chirurgicale à Cochin Membre de l'Acad. de Médecine
G. PAUL-BONCOUR Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND Médecin honoraire des Hôpitaux
A. SÉZARY Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES Professeur agrégé Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale des enfants (Professeur Nobécourt). — *Cours d'hygiène infantile, scolaire et d'éducation physique.* — Ce cours est donné sous la direction du Professeur Nobécourt et du Docteur Marcel Maillet. Il s'adresse aux personnes possédant déjà le diplôme d'Etat et désirant se spécialiser, aux institutrices et aux jeunes filles trop jeunes pour entrer dans les Ecoles préparant aux diplômes d'Etat. Ce cours de perfectionnement et de spécialisation ne donne aucun des droits conférés par le diplôme d'Etat.

Les cours théoriques ont lieu à la clinique médicale des enfants à l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin, à l'hôpital des Enfants-Malades et l'après-midi dans les squares d'enfants et œuvres de l'enfance.

Sont admises à s'inscrire, les jeunes filles et femmes françaises et étrangères de 17 ans au moins.

Un certificat peut être délivré à la fin du cours, après examen.

Pour les inscriptions, s'adresser à Mme Gamble, directrice, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (XVe), à partir du 1er octobre.

Histologie. — *Enseignement spécial de la technique histologique élémentaire*, sous la direction de M. Champy, professeur ; cours pratiques destinés aux médecins et étudiants désireux de se familiariser avec la technique histologique.

PROGRAMME. — Prélèvement et fixation de pièces (Bouin-Zenker-Regaud-Alcool). — Méthodes d'inclusion : celloïdine. — Coupes par congélation, méthodes qui leur sont applicables : méthode de del Rio Hortega, coloration au Giemsa. — Colorations simples : hématéine, éosine ; Weigert-Van Gieson-Curtis. — Coloration aux couleurs d'aniline. Colorations spéciales du tissu conjonctif, picro-bleu. Coloration de fibres élastiques. — Colorations cytologiques : Hématoxyline au fer ; coloration de Prenant. — Méthodes mitochondriales et méthodes d'imprégnation du réseau de Golgi. — Méthodes spéciales pour la graisse et les lipoïdes. Méthodes pour le glycogène. — Colorations vitales (rouge neutre ; bleu de méthylène ; vert Janus. — Etude du sang : hématimétrie, centrifugation, numération. Coloration du sang. — Méthodes spéciales du système nerveux : Méthode de Golgi. Méthode de Cajal. — Coloration des fibres nerveuses : méthodes de Weigert et analogues. — Méthodes de dissociation : rétine osmiée, nerf osmié, muscle, épithéliums. Colorations spéciales de dissociations. — Méthode de nitratation. Ses diverses applications. — Injections vasculaires et méthodes d'étude des vaisseaux. — Principe de quelques méthodes microchimiques (fer, calcium, oxydases). — Méthode de comparaison de la structure des organes pour l'histologie expérimentale. — Principe de la méthode des cultures de tissus. Préparation du plasma, des extraits embryonnaires ; ensemencement et lavage des cultures.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 heures à 17 heures, au Laboratoire d'histologie (salle Ranvier) de la Faculté de médecine, à partir du lundi 4 octobre jusqu'au 23 octobre 1937.

S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet no 4). Le nombre des élèves est limité à vingt. Droit d'inscription : 250 francs.

Cours de broncho-œsophagoscopie. — Le nombre des inscriptions au cours de broncho-œsophagoscopie donné à Paris, sur l'invitation du Docteur Le Mée, par le Professeur Chevalier Lawrence Jackson avec la collaboration des Docteurs Bonnier, Leman et Vialle, ayant dépassé le chiffre de douze définitivement fixé, deux séries de dix jours chacune sont organisées. La première série, du 25 août au 5 septembre, et la 2e série, du 6 au 16 septembre, le Professeur Chevalier Lawrence Jackson étant forcé de quitter Paris le 16 septembre pour retourner aux Etats-Unis.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Zha, assistant du Service oto-rhino-laryngologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 15 novembre 1937 pour deux places, en vue de l'admissibilité aux fonctions de chirurgien des hôpitaux.

Inscriptions au secrétariat de l'Administration des hospices, 9, rue Lafon, à Marseille, avant le 6 novembre 1937, à midi.

Les candidats déclarés admissibles peuvent seulement prendre part au concours de nomination qui suit immédiatement le concours d'admissibilité.

Ce concours de nomination aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 décembre 1937, à 9 heures du matin, pour une place de chirurgien des hôpitaux.

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires de médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 18 novembre 1937. Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Clermont, à Rouen.

VIIe Congrès français de gynécologie. — Il aura lieu à Nice du 19 au 23 avril 1938, sous la présidence de M. le Professeur E. Chauvin, de Marseille, secrétaire général, M. le Docteur Maurice Fabre de Paris.

Question à l'ordre du jour : « *La blennhorragie génitale féminine* ». Rapporteur général : M. le Docteur L.-M. Pierra.

Six rapports seront présentés :

1o L'infection gonococcique chez la femme : *a*) Diagnostic bactériologique au cabinet du médecin. Critérium de guérison par M. Pierre Barbellion (Paris). *b*) Cultures, sérologie et biologie du gonocoque, par M. Ch.-O. Guillaumin (Paris).

2o Les localisations anatomo-cliniques de la blennhorragie génitale chez la femme, par M. Figarella (Marseille).

3o Complications et séquelles de la blennhorragie génitale de la femme. La blennhorragie, danger social : la stérilité, par M. L.-M. Pierra (Luxeuil).

4o Traitements de la blennhorragie génitale de la femme par MM. Maurice Fabre, F.-A. Papillon, André Pecker (Paris).

5o La blennhorragie de la femme enceinte et son traitement, par M. Morisson-Lacombe (Nice).

6o La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement, par M. J.-E. Marcel (Paris).

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser à M. le Docteur P. Gasquet, président du Comité d'organisation, 47, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

Congrès français de stomatologie. — Le prochain Congrès français de stomatologie aura lieu en octobre 1938.

Le bureau est ainsi constitué : président, Docteur Lacronique : vice-présidents, Docteur L'Hirondel et Docteur Beltrami, de Marseille ; secrétaire général, Docteur Mme Papillon-Léage ; trésorier, Docteur Ginestet.

Le premier rapport : Sur les adénites géniennes, sera traité par le Professeur DUBECQ, de Bordeaux.

Le deuxième rapport : Sur les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis, par le Docteur LEBOURG.

Le Docteur HÉNAULT a été chargé de la question en discussion elle portera sur la vaccinothérapie en stomatologie.

IVe Conférence internationale de la lèpre (Le Caire, mars 1938). — Les léprologues qui désirent participer à la conférence qui s'ouvrira le 21 mars prochain sont priés d'adresser avant le 15 septembre un résumé et, avant le mois de février, le texte complet des travaux qu'ils désirent communiquer au cours des diverses séances, à M. le Professeur Muit, secrétaire général de la Conférence, 131, Beker Street, London W 1.

Légion d'honneur. — GRANDE CHANCELLERIE : Sont nommés *chevaliers* : MM. Behr, médecin honoraire des chemins de fer de l'Etat ; Dubarry, ancien interne des hôpitaux de Paris.

MINISTÈRE DU COMMERCE : Est promu *commandeur* : M. Deschiens, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

MINISTÈRE DES PENSIONS : Est promu *officier* : M. Ponroy, médecin chef du service maxillo-facial.

Est nommé *chevalier* : M. Targowla, médecin surexpert près le Centre de réformes de Paris.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE : Est nommé *chevalier* : M. Cavalié, médecin légiste à Béziers.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Est nommé *chevalier* : le Docteur Charles Demabis, vice-président de la Commission d'hygiène à Cerilly (Allier).

Don à l'Institut du cancer. — Par décret en date du 12 juillet 1937, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter les legs fait en faveur de l'Institut du cancer par Mme Graval, veuve de Jousselin, comprenant :

1° Deux immeubles sis à la Tour-du-Peilz, canton de Vaud (Suisse).

2° Des valeurs mobilières susvisées déposées à la banque cantonale vaudoise.

Hôpital intercommunal de Créteil. — *Concours d'internat.* — Un concours sera ouvert le vendredi 10 septembre 1937, pour la nomination de sept internes titulaires et de cinq internes provisoires.

S'inscrire avant le 1er septembre 1937, dernier délai, au siège du Syndicat intercommunal de l'hôpital de Créteil, 5, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine). L'enveloppe les contenant porsera la suscription : Concours d'internat.

Les candidats seront individuellement informés avant l'ouverture du concours, en même temps que de la régularisation de leur inscription, du lieu et de l'heure de la première épreuve.

Épreuves du concours : 1° une épreuve écrite, théorique, composée sans livres ni notes, comportant une question d'anatomie et de physiologie, une question de pathologie médicale et une question de pathologie chirurgicale.

Une heure est accordée aux candidats, après une demi-heure de préparation, pour la rédaction de chaque question qui sera lue ultérieurement par le candidat, en séance publique et pour laquelle le maximum de points est de 20.

2° Une épreuve orale, théorique, comprenant deux questions : une de pathologie médicale, une de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique. Dix minutes sont accordées aux candidats pour exposer l'ensemble de ces deux questions, après vingt minutes de préparation sans livres ni notes. Le maximum des points sera de 20 par question.

Les internes titulaires nommés à ce concours entreront en fonctions le 11 octobre 1937 ; les provisoires seront appelés à remplacer les titulaires suivant les vacances qui se produiront.

La durée des fonctions des titulaires est de deux ans ; toutefois, une année supplémentaire pourra être accordée à la demande des chefs de service.

Avantages accordés aux internes en fonctions : les internes de garde prennent leurs trois repas à l'hôpital ; les autres prennent le repas de midi à l'hôpital ; les internes sont logés et reçoivent un traitement annuel de : 5.600 francs la première année, 6.000 francs la deuxième année, et 6.600 francs la troisième année (facultative).

Il est attribué aux internes mariés une indemnité annuelle de 500 francs ; ils reçoivent en outre des indemnités pour charges de famille.

Hôpitaux d'Algérie. — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 13 décembre, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bougie. La liste d'inscription sera close le 23 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 10 février 1938 pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de la Calle. La liste d'inscription sera close le 20 novembre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 22 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Philippeville. La liste d'inscription sera close le 2 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 29 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Bône. La liste d'inscription sera close le 9 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 6 décembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Sidi-Bel-Abbès. La liste d'inscription sera close le 16 octobre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 3 novembre 1937, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Orléansville. La liste d'inscription sera close le 13 septembre 1937.

Un concours sur épreuves est ouvert à Alger le 8 novembre 1937, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Douéra. La liste d'inscription sera close le 18 septembre 1937.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de la Santé publique (Services administratifs), Gouvernement général de l'Algérie, Alger.

Inspection médicale des écoles. — Par arrêté en date du 29 juillet 1937, un certificat d'aptitude à l'inspection médicale des écoles et au contrôle de l'éducation physique est institué aux Universités de Lyon, Nancy, Paris.

Syndicat des médecins de la Seine. — *Ordre du jour.* — Le Syndicat des médecins de la Seine,

Considérant qu'une campagne de presse particulièrement injustifiée au sujet de l'affaire d'Eysses tend à jeter le discrédit sur le Corps médical,

Déclare se solidariser tant avec le Docteur Guy qu'avec le Syndicat des médecins du Lot-et-Garonne,

Et regrette qu'un journal se soit fait l'écho de faits tendancieux ou inexacts sans prendre la précaution de s'informer auprès des groupements médicaux qualifiés.

— Le Syndicat des médecins de la Seine,

Considérant que les journaux médicaux sont indispensables à la diffusion des travaux scientifiques, des observations cliniques, des méthodes thérapeutiques qui découlent des unes et des autres ;

Que cette mise au point constante des questions médicales est également indispensable au maintien et à l'amélioration de la Santé publique ;

Que ces journaux médicaux ne peuvent être considérés comme des entreprises commerciales ayant des disponibilités leur permettant de faire face à des charges nouvelles ;

Qu'en particulier l'augmentation des taxes postales est susceptible par son importance d'obliger nombre de ces journaux médicaux à suspendre leur publication ;

Demande que la question des taxes postales à leur appliquer soit examinée à nouveau en tenant compte de l'intérêt qu'ils présentent au point de vue de la Santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Le Problème des Nationalités, par Paul Henry. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broche : 13 francs.

Qu'est-ce qu'une nationalité ? quels rapports peut-on établir entre l'idée de nation et celle de nationalité ? De quelle manière, depuis quelle époque, avec quelles nuances particulières et parfois contradictoires se sont formés les sentiments nationaux des divers peuples qui constituent l'Europe moderne ? Qu'entend-on au juste par principe des nationalités ? Est-il né des conceptions de la Révolution française ou d'une évolution antérieure ? Par quelles luttes d'idées, par quels efforts, dans l'ordre spirituel et dans l'ordre matériel par quelles séries de défaites et de victoire ce principe a-t-il transformé l'Europe du XIXe siècle, dans quelle mesure le monde contemporain lui donne-t-il satisfaction, quel peut être son avenir — tels sont quelques-uns des problèmes soulevés dans ce livre où l'au-

teur s'est efforcé de condenser dans le minimum de pages les faits les plus significatifs d'une évolution séculaire et les aspects de quelques-unes des questions irritantes de l'Eurpe d'aujourd'hui.

Matière et Lumière, par Louis de Broglie. Collection Sciences d'aujourd'hui. Un volume in-8°, 350 pages. Prix : 20 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

Le but essentiel de ce livre est, en examinant sous diverses faces certains aspects de la physique, d'attirer l'attention des lecteurs désireux d'être initiés aux grandes questions scientifiques d'aujourd'hui sur l'importance et le caractère profondément original de ses plus récentes conquêtes.

Les musulmans de l'Inde Portugaise. L'Histoire, Démographie, Anthropométrie, Morphologie médicale, Anthropo-sérologie et Ethnographie, par Alberto C. Germano da Silva Correia. 1937, Rangel, éd., à Bastora (Indes Portugaises).

Livre du plus grand intérêt. Car il unit à la rigueur la plus stricte des disciplines anthropologiques a l'attrait des récits de voyage les plus passionnants. Les caractéristiques de la minorité musulmane dans l'Inde et plus spécialement dans l'Inde Portugaise, ne se ramènent à une seule idée générale. Leur étude est un problème complexe et la lecture de cet ouvrage ne peut qu'être riche d'enseignements dans ce domaine particulier et dans le domaine plus général de l'ethnographie raciale. Vignes.

Cours pratique de graphologie, par André Lecerf. Préface de J. Crépieux-Jamin. 1 vol. 15 francs. H. Dangles, éd., 38, rue de Moscou, Paris

Sous forme de *Lettres*, un petit livre, clair, pratique qui synthétise les principales données de la graphologie.

Revue d'Histoire littéraire de la France. — Paraît tous les trois mois : Ab. : France, 60 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris.

Sommaire du n° d'octobre-décembre 1936 : I. Giocomo Cavalucci : Fatonville, auteur dramatique. — Baron de Nanteuil : Essai d'une méthode pour établir un texte définitif des poésies de Lamartine (*Suite et fin*). — Frédéric Segu : Le premier poète romantique «philehélène ». — E. Drougard : Les sources d' « Axel ».

II. Mélanges. — Richelieu et le Cid (Georges Collas). — Addition à la correspondance échangée entre Voltaire et l'évêque d'Annecy à propos de ses communions de 1768 et 1769 (E. Metfer). — Questions de méthode (Robert Vigneron).

III. Comptes rendus.

IV. Chronique : Dépouillement des catalogues d'autographes. — Dépouillement de revues.

V. Informations.

IL Y A CENT ANS

La situation des journaux de médecine. — *La Presse médicale annonce, dans son dernier numéro, qu'au lieu de paraître deux fois par semaine, elle ne paraîtra désormais qu'une fois par mois, et que les charges du timbre qui pèsent sur elle la forcent d'élever d'un tiers environ ses prix d'abonnement. Ce journal dit qu'en fixant son prix et son mode d'apparition, il n'avait pas prévu l'impôt onéreux que le fisc allait faire peser sur les journaux de médecine et auquel il lui est impossible de résister.*

Quoiqu'il en soit de ces assertions, nous déplorons, avec notre confrère, un état de choses qui contraint les journaux de science à de telles modifications s'ils ne veulent pas succomber. Qui, plus que nous, sait depuis longtemps et combien ces charges sont écrasantes, et combien il serait à désirer, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, que, des hautes régions où ils sont placés, nos hommes d'Etat daignassent, de temps à autre, jeter les yeux sur notre spécialité et la regarder avec un peu, nous ne dirons pas de faveur, mais d'intelligence.

Ces lignes ne sont pas d'aujourd'hui. Elles parurent dans la *Gazette des Hôpitaux* du 26 août 1837 !

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine le 29 août. — *A une heure un grand nombre de spectateurs, encombre la cour de la Sorbonne. On y distingue quelques groupes de dames élégamment mises.*

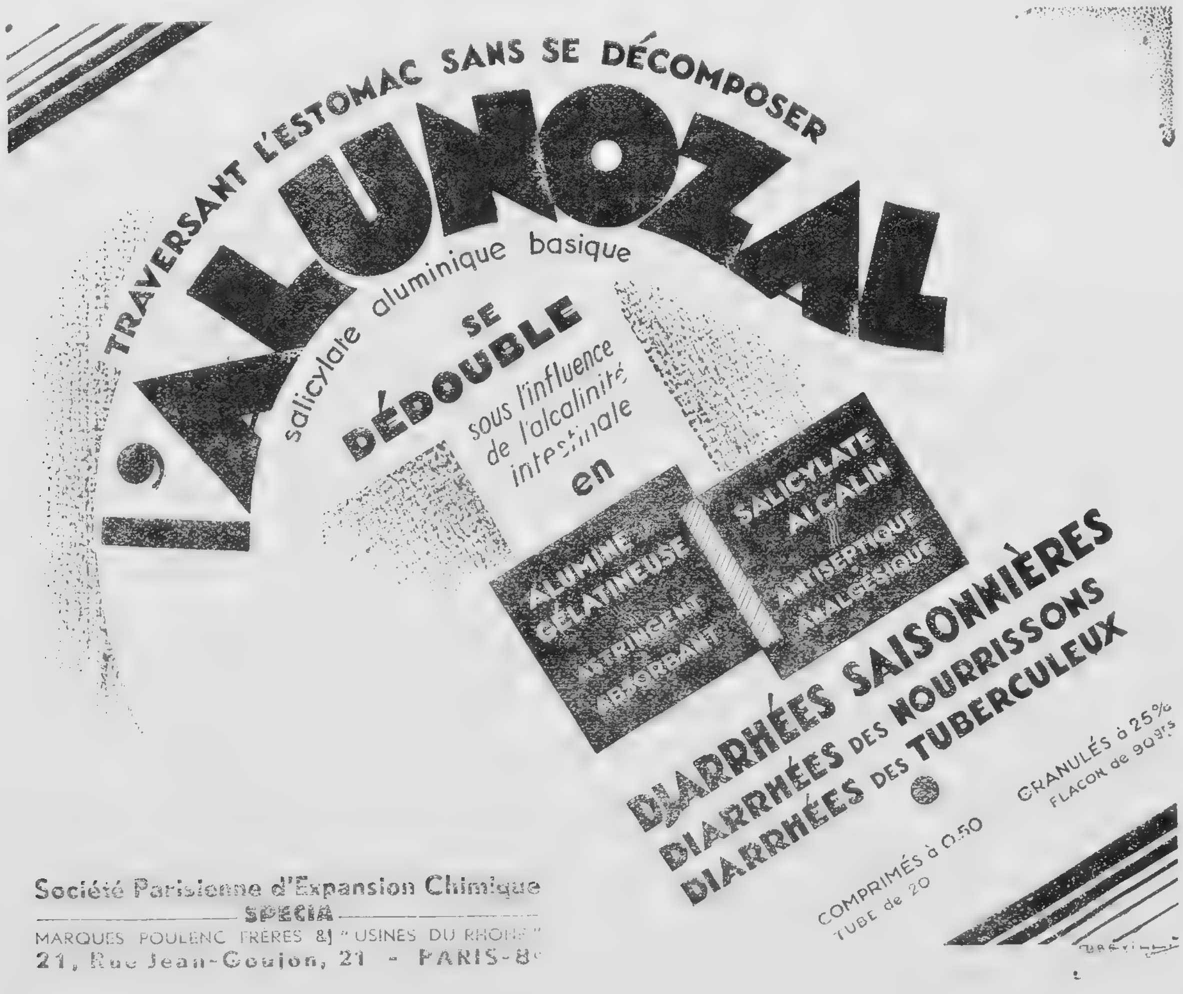
A une heure et demie, M. Lamotte, délégué de l'Académie, arrive et rend accessible l'amphithéâtre aux personnes munies d'un billet. Les bancs des académiciens se garnissent peu à peu. Un petit nombre de membres sont en costume académique ; nous remarquons MM. Marc, Louyer-Villermay et Oudet.

A deux heures précises, MM. les officiers du bureau (Renauldin, Pariset, Roche) s'avancent en costume académique et occupent leur places. L'amphithéâtre est plein dans tous les sens; on y remarque un assez grand nombre de médecins étrangers et de savants de différentes nations. Des rangs de chaises réservées sont placées aux côtés du bureau ; elles sont successivement occupées par des personnes de distinction. On fait circuler le programme imprimé de l'Académie qui porte l'ordre des lectures et l'indication des prix.

M. Roche lit un mémoire sur le suicide.

M. le Président proclame les prix décernés.

M. Pariset, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de Scarpa (*Gaz. des Hôpit.*, 31 août 1837.)



TRAVAUX ORIGINAUX

Erythrose faciale d'origine pyotoxique dans les suppurations broncho-pulmonaires

Par M. LOEPER, M. PERRAULT
et J. BROUET-SAINTON

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment une curieuse érythrose faciale, à la fois continue et paroxystique, chez un sujet porteur d'une suppuration broncho-pulmonaire.

Rat..., 24 ans, ouvrier agricole, entre le 16 octobre 1936, à la Clinique de l'hôpital Saint-Antoine, salle Dieulafoy, nº 14, pour des phénomènes de broncho-pneumopathie supputive.

Il était atteint de dilatation des bronches et l'histoire et les signes étaient conformes à ce qu'on observe en pareil cas. Le début de la maladie remontait apparemment à deux ans environ, tout au moins si l'on envisage la bronchorrée permanente actuelle. En réalité, depuis une coqueluche de l'enfance, il a présenté fréquemment des « poussées de bronchite ». Toutefois l'acuité n'en était guère marquée, l'état général peu éprouvé et la vie sociale à peu près normale. Seulement il avait été ajourné, puis exempté définitivement de ses obligations militaires.

Il y a deux ans, un épisode à type de bronchite aiguë, avec température à 40º, dyspnée vive, expectoration muco-purulente très abondante, apporte une note plus dramatique, encore qu'assez passagère. Mais dès lors l'état général s'altère, l'expectoration demeure abondante et, il y a dix-huit mois, la fatigue et l'anhélation contraignent ce jeune homme à interrompre tout travail.

Depuis cette date les traitements les plus variés, dans un registre d'ailleurs classique et non moins inefficace, ont été institués. La bronchorrée n'en est en particulier aucunement influencée, la quantité de crachats quotidiennement émis demeure au-dessus de 200 c. c. et passe parfois à 300 et 400 c. c. à l'occasion de poussées au rythme capricieux.

Quand nous le voyons, nous nous trouvons en présence d'un sujet d'aspect relativement satisfaisant, sans amaigrissement très important ; l'appétit est encore bon, la température oscille entre 37º5 et 38º ; les urines, un peu diminuées, ne contiennent ni sucre ni albumine ; la gêne respiratoire est faible au repos, marquée à l'effort ; la toux n'existe guère que le matin où elle détermine le rejet en quelques heures de la majeure partie de l'expectoration quotidienne : expectoration typique de bronchectasie avec ses quatre couches classiques, son odeur un peu désagréable non fétide (fétide d'ailleurs par moments, mais de façon somme toute discrète), son volume très important (elle oscillera entre 200 et 500 c. c.). Il n'y a pas eu d'hémoptysies.

L'examen physique montre des signes broncho-pulmonaire banaux souffle bronchique, râles humides aux deux bases variables selon l'horaire de l'auscultation. Il n'existe pas de signes patents de défaillance cardiaque. Le pouls est régulier à 80. La tension artérielle basse à 10-6. Le reste de l'examen somatique est négatif en dehors d'un hippocratisme digital marqué et d'un aspect très spécial du faciès sur lequel nous désirons insister.

Il existe chez ce malade une légère et banale cyanose des lèvres, mais ce qui frappe c'est *l'érythrose faciale* tout à fait typique et bien différente de la cyanose, à la fois par sa topographie et ses caractères objectifs.

Cette rougeur est étendue à toute la face ; elle occupe surtout les pommettes et les joues, intéresse également les oreilles et s'accompagne de congestion conjonctivale. Tous ces signes prédominent à droite où nous verrons d'ailleurs qu'est la lésion maxima.

Déjà la vue donne l'impression que la peau est tendue, quelque peu gonflée, luisante, impression confirmée par la palpation qui montre une très notable élévation de la température locale. La tache blanche obtenue par pression se résorbe très vite. En somme, on a affaire à n'en pas douter à un érythème actif par vaso-dilatation capillaire.

Cette érythrose faciale est à peu près constante, mais d'intensité moyenne, composant au sujet un masque tuméfié. Elle s'exacerbe par crises imprévisibles, qui ne semblent pas en rapport net avec les poussées d'hypersécrétion, mais affectent peut-être quelque lien avec les phases de rétention.

Au moment des poussées, l'enluminure du visage devient rutilante, l'aspect de l'oreille évoque celui de l'oreille du lapin dans la classique expérience de la section du sympathique cervical, la congestion conjonctivale est particulièrement marquée et s'accompagne de larmoiement.

Les examens complémentaires nous ont donné les résultats suivants :

Radiographies pulmonaires : images typiques de bronchectasies bilatérales que l'analyse lipiodolée montre prédominantes à droite où elles siègent non seulement au lobe inférieur mais encore au lobe moyen.

Crachats: cyto-bactériologie (Docteur Duchon) : nombreux polynucléaires altérés ; flore assez abondante : cocci et diplocoques Gram positif, quelques chaînettes Gram positif, cocci Gram négatif ; pas de bacilles de Koch.

Crachat: chimie (Lesure) : albumine 18 gr. 55 ‰. ; calcium 164 milligrammes ‰.

Sang : Formule hémo-leucocytaire (24 novembre 1936) :

Gl. R.	4.340.000
H.	90 %
Gl. B.	7.200

avec le pourcentage :

Polynucléaires neutrophiles	72
Polynucléaires éosinophiles	1
Lymphocytes	8
Moyens mononucléaires	12
Grands mononucléaires	7

Réaction de Bordet-Wassermann = négative.

Evolution : Pendant de longues semaines l'état se maintient identique quel que soit le traitement mis en œuvre et la situation demeure pénible et précaire malgré le maintien relatif de l'état général et l'engraissement du sujet, malgré l'apyrexie quasi complète troublée de temps à autre par une poussée thermique en flèche d'éphémère durée. A l'occasion d'une poussée le sujet présente des crachats hémoptoïques.

Vers la fin de décembre, une poussée plus sérieuse se fait jour, l'état général s'altère, les symptômes fonctionnels s'accusent, la base droite s'encombre. Le 3 janvier se produit à droite une perforation pulmonaire avec pyopneumothorax dans le liquide duquel le laboratoire (Docteur Duchon) montre la présence abondante et à peu près exclusive de streptocoques. On confie le sujet au chirurgien pour pleurotomie. Ni cette dernière, ni la chimiothérapie antistreptococcique ne modifient le tableau clinique qui demeure des plus graves et, le 18 janvier 1937, le malade meurt dans l'asphyxie et le collapsus terminal.

L'autopsie ne fait que confirmer le diagnostic clinique. Elle montre la cavité pleurale droite tapissée, surtout au-devant du lobe inférieure, d'énormes fausses membranes, et contenant une quantité notable de pus d'odeur désagréable mais non gangréneuse. Les lobes inférieurs de chaque poumon, le droit surtout, sont volumineux et indurés. Les organes thoraciques sont prélevés en masse pour dissection ultérieure après formalisation. Cette dissection n'a d'ailleurs fait apparaître que les lésions macroscopiques habituelles des bronchectasies.

Le reste de l'autopsie ne montre rien de saillant.

Histologiquement : Le tissu pulmonaire est littéralement transformé en un bloc fibreux creusé de géodes où se reconnaît à peine l'épithélium bronchique et des cavités arrondies revêtues d'un épithélium véritable et que représentent les alvéoles. Dans les cavités bronchiques se trouvent des leucocytes abondants. Dans le tissu profond des traînées de lymphangite, des nodules ou des amas cellulaires nombreux. Des vaisseaux dilatés, d'autres néoformés, quelques-uns à paroi épaissie et presque oblitérés, entourés parfois de manchons cellulaires. Les nerfs ont été recherchés avec soin. Quelques-uns sont perdus, effilés dans le tissu conjonctif, d'autres coupés horizontalement sont entourés de cellules diapédétiques, d'autres enfin paraissent sclérosés. Mais beaucoup sont reconnaissables et, restent à distance des foyers quasi-normaux.

Ces nerfs n'ont pu être suivis aisément dans le médiastin. Les quelques filets retrouvés semblent intacts.

En somme, nous avons pu noter, chez un bronchectasique par ailleurs assez banal, des phénomènes inaccoutumés et singuliers de vaso-dilatation active réalisant une érythrose

◆

faciale dont il importait, pour la satisfaction de l'esprit, de chercher l'explication. Avant d'indiquer le mécanisme que nous pensons pouvoir suggérer, il nous faut rappeler l'observation antérieure, analogue que l'un de nous (1), avec Turpin, a rapportée.

Il s'agissait d'un sujet, atteint de sclérose broncho-médiastine avec insuffisance cardiaque, qui depuis trois ans présentait, à intervalles irréguliers, des réactions vaso-motrices et sudorales, paroxystiques aussi, à topographie élective (face, cou, partie supérieure du thorax) accompagnés de phénomènes thermiques et digestifs.

Voici, très brièvement résumés, les passages saillants de l'observation :

M. D..., entre à l'hôpital Tenon, salle Lorain, pour une vieille lésion pulmonaire et une légère fièvre, le 15 février 1923. L'aspect de ce malade est des plus curieux. Il présente un érythème actif, fluxionnaire du visage, d'une intensité remarquable... Cette coloration de la face s'accompagne d'une hypersécrétion sudorale... l'artère temporale superficielle se dessine sinueuse et animée de battements.

Cette hyperémie de la face s'accompagne de larmoiement, de congestion de la conjonctive, surtout au niveau des culs-de-sac palpébraux. Il n'existe pas de modifications oculo-pupillaires appréciables. Cet érythème actif s'étend au cou, à la partie supérieure du thorax, aux membres supérieurs.

Ces troubles vaso-moteurs ne se limitent pas au revêtement cutané. Ils intéressent également la muqueuse buccale dans toute son étendue et interviennent vraisemblablement pour une part dans certains des troubles fonctionnels observés : la dyspnée interne, la laryngite, les signes d'intolérance œsophagienne. La moindre ingestion d'aliments provoque en effet une recrudescence des troubles vaso-moteurs, des quintes de toux violentes, suivies de régurgitations ou de vomissements. Les selles sont diarrhéiques...

Au moment de son entrée, la température du malade était normale. Deux jours plus tard, alors que les phénomènes d'hyperémie étaient en voie de régression, elle s'élève à 38°2. Le lendemain à 39°, pour revenir à la normale deux jours plus tard. Cette évolution fébrile somme toute, dure trois jours, avec retard de quarante-huit heures sur les troubles vaso-moteurs observés.

Les crises d'hyperémie faciale observées chez ce malade paraissent déclenchées par les alcools, les fortes chaleurs, les efforts, les repas...

L'autopsie fut faite l'année suivante seulement.

Elle montra une sclérose pulmonaire surtout àdroite avec des dilatations bronchiques sculptées dans le bloc fibreux. La plèvre médiastine adhère à l'œsophage et au péricarde, et l'on a peine à y suivre le pneumogastrique.

Il n'y a pas de lésion cardiaque appréciable en dehors d'une certaine dilatation du ventricule droit.

Les filets nerveux ont été examinés dans leur trajet médiastinal et ne présentaient pas, en ce point, de lésion scléreuse ou inflammatoire appréciable.

***

L'observation ci-dessus, au point de vue clinique et anatomique a de grandes analogies avec la précédente : foyers pulmonaires suppurés, réaction vasomotrice paroxystique caractérisée par une érythrose faciale.

L'autopsie paraît révéler dans l'une et dans l'autre des altérations nerveuses intrapulmonaires.

Et ces *pneumonévrites*, superposables aux entéro et gastronévrites nous paraissent à ce point importantes que nous les rendons responsables des accidents paroxystiques observés.

A cette hypothèse anatomique nous pouvons peut-être aujourd'hui, à la lumière de certaines recherches, associer sinon substituer une *hypothèse toxique*.

L'allure paroxystique des crises est en faveur d'une décharge toxique. Nous avons d'abord pensé à l'oxyde de carbone dont nous avons déjà montré que la proportion peut s'élever au cours des affections pulmonaires. Le dosage nous a révélé 7 c. c. ce qui est anormal mais ne peut croyons-nous, être retenu. Cette décharge toxique peut être de tout autre origine, particulièrement histaminique, et secondaire à l'excitation des filets nerveux. Les expériences de Launay et Ungar permettent de supposer que des décharges d'histamine peuvent se produire dans certaines excitations nerveuses du sympathique autant que du phrénique. Pour vérifier cette hypothèse nous avons recherché dans le sang et les urines de nos malades, la proportion des imidazols. Voici les chiffres obtenus chez notre premier malade qui ne sont pas très suggestifs :

Sang { Imidazols 1
Tyramine .... 2 milligrammes ‰

Les résultats sont minimes. De même sont-ils minimes dans le sang de deux autres abcès pulmonaires observés récemment.

2 milligrammes d'histamine,
3,1 milligrammes de tyramine.

Malgré cela dans deux cas sur trois, les réactions de Pauly et d'Ehrlich, étaient positives dans les urines et l'on sait qu'elles témoignent de l'élimination de ces imidazols. Le dosage des imidazols révélait 56 et 41 milligrammes, ce qui est considérable.

L'hypothèse d'une décharge imidazolique quelle qu'en soit sa pathogénie est assez acceptable. Elle n'est pas démontrée et il nous paraît qu'elle n'est pas la meilleure et qu'il faut faire intervenir une irritation locale ou plus directe.

Nous aurions tendance à incriminer une *irritation* directe des *filets nerveux pulmonaires* par les substances toxiques que contient la collection suppurée. Les filets nerveux, altérés ou non, sont en quelque sorte à nu dans ces foyers ; ils s'imprègnent littéralement des substances toxiques qu'ils contiennent, un peu à la manière dont, au contact d'une muqueuse gastrique s'imprègnent les filets du vague, dont s'imprègnent aussi les éléments nerveux dans la surrénale ou l'hypophyse. Cette pénétration directe est plus importante qu'on ne croit habituellement. La *résorption par les éléments nerveux* déjà démontrée pour les microbes et leurs toxines, pour certaines hormones glandulaires aussi, est certainement variable pour les substances toxiques des tissus malades et des foyers suppurés.

Or, ces foyers sont remplis de bases aminées à action vasomotrice.

Chez notre premier malade, l'examen des **crachats** nous donnait :

Le 24 novembre, en période d'apyrexie, 14 milligrammes ‰ d'imidazols pour un volume de crachats de 350 c. c.

Le 8 décembre, 10 ‰ d'imidazols, 18 ‰ de tyramine pour un volume de 400 c. c.

Et cette proportion semble la règle, puisque chez trois autres sujets atteints de suppuration pulmonaire, nous trouvons respectivement :

Imidazols : 24, 18 et 41 milligrammes.
Tyramine : 49, 37 et 28 milligrammes.

Nous ignorons si le pus pulmonaire est plus riche en bases aminées à action vasculaire que le pus d'un autre organe. Le fait est possible, puisque le poumon, on le sait, est un organe riche en histidine et d'ailleurs capable de la transformer autant que de la détruire et, que l'histidine se transforme aisément en histamine.

Mais ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que cette proportion considérable d'imidazols, dont l'action nerveuse est indiscutable, ne peut être inoffensive pour les filets nerveux à nu dans le foyer. A côté donc du processus réflexe ou de la névrite, l'irritation quasi-spécifique des nerfs par les bases aminées peut avoir une part dans la production des crises paroxystiques d'érythrose faciale. Et rien ne prouve qu'il n'en est pas ainsi dans beaucoup d'affections pulmonaires, spécialement dans les affections pulmonaires suppuratives. Peut-être leur part est-elle grande dans la production de certains spasmes, de certaines dyspnées asthmatiforme et même de certaines poussées congestives ou de certaines hémorragies. Peut-être d'autres substances que les d'imidazols ont-elles également une part dans la production de certaines cyanoses. L'avenir vérifiera, nous l'espérons, cette hypothèse, qui d'ores et déjà, nous paraît invraisemblable.

(1) Loeper et Turpin. — Erythrose faciale à caractère paroxystique et fluxionnaire au cours d'une sclérose broncho-médiastine. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôp. de Paris*, 1923, p. 1324.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL° PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Les syndromes de fausse angine de poitrine et lipothymiques au cours de l'amibiase

Par le Dr **Maurice RAYMOND**
(Hôpital annexe de Oued Zem, Maroc)

L'amibiase peut-elle déterminer à la longue des troubles cardiaques simulants des crises de fausse angine de poitrine ou un syndrome lipothymique se caractérisant par un état anxieux, suivi d'angoisse avec sensation de mort iminente, refroidissement des extrémités, sueurs froides, qui affectent gravement le psychisme du malade ?

Nous avons observés cinq cas d'amibiase qui ont déterminé chez des malades des troubles cardiaques sérieux, créant parfois au moment des crises une psychose de la mort, un nervosisme exagéré, des phases alternatives de dépression physique et de bien-être. (Ces personnes ayant un substratum organique et psychique normal.) Cinq malades vivant au Maroc depuis plusieurs années, dont trois sans passé amibien nettement défini, ont été hospitalisés ou sont venus nous consulter se plaignant de troubles cardiaques depuis un temps variant de trois mois à trois ans avec insomnies, anxiété, vertiges, douleurs précordiales accompagnées de sensations d'étouffement, d'angoisse, de mort imminente, et se manifestant plus particulièrement en été et aux heures les plus chaudes de la journée, accompagnées de vertiges, lipothymie, sueurs froides, sensation de doigts morts, refroidissement, fourmillements et contractures des extrémités. Cette douleur précordiale ne s'irradie pas, et n'apparaît ni au cours de la marche, ni au cours de l'effort. Le teint est pâle, anémié. Ces malades anémiés, amaigris, asthéniques anorexiques, affirment nettement ne plus avoir ces sensations d'angoisse, ces douleurs précordiales (ces points au cœur) dès que la température se rafraîchit.

C'est l'examen général, la formule sanguine, qui nous mettent sur la voie d'un diagnostic qui sera confirmé cliniquement, radiologiquement et par le laboratoire.

Nous avons pu voir ces malades au cours de leur crise. Ce qui nous frappait surtout c'était une anémie marquée, la pâleur des téguments, la décoloration des muqueuses. En rendant la quiétude au malade, quant à leur crise cardiaque, en leur affirmant que leur vie n'était pas en danger (bien entendu après un examen cardiaque sérieux), nous pouvions poursuivre un interrogatoire général.

Deux d'entre eux avaient un passé dysentérique net, datant de plusieurs années avec de nombreuses selles séro-sanguinolantes. Cet épisode avait duré de quelques jours à deux mois. Ces malades étaient traités ou avaient été traités avec des médicaments non spécifiques, le lieu de résidence ne permettant pas une confirmation microscopique ou étant éloignés d'un centre médical. Les trois autres malades n'accusaient aucun symptôme net de dysentérie. Tout juste avons-nous pu noter quelques phases de diarrhée avec alternative de constipation.

Cliniquement. — Le symptôme subjectif qui précède la crise est un état nauséeux. Deux de ces malades nous ont avoué avoir eu au cours de cet état nauséeux, accompagné de vertiges, des vomissements de bile. Les vertiges disparaissent après les vomissements. Ils précèdent eux-mêmes les troubles cardiaques. L'état nauséeux persiste. Immédiatement après apparaissent des signes de fausse angine de poitrine. Dès cet instant l'état nauséeux disparaissait. On dirait que cet état d'anxiété et d'angoisse, s'établit par une sorte de voie réflexe donnant naissance aux vomissements qui calmaient eux-mêmes les vertiges.

Chez ces malades les symptômes subjectifs que nous avons observés étaient les suivants : température subfébrile, l'examen du cœur révèle une arythmie ou un rythme normal, un deuxième bruit légèrement claqué. Nous n'avons noté ni d'extrasystole, ni de dissociation, ni de lésions cardiaques. Ces malades étaient hypotendus. Le pouls est normal ou légèrement ralenti. L'épreuve de l'atropine est restée négative. La radiologie n'a révélée aucune modification du volume du cœur, ni de l'aorte. Les examens sérologiques sont restés négatifs.

Chez deux d'entre eux nous avons noté un léger subictère des conjonctives et des muqueuses, le foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt, sur le bord axilaire droit la pression révélait un point très douloureux au niveau du septième et du huitième espace intercostal. Chez les autres malades nous avons remarqué des signes nets de colite droite, une douleur localisée dans la région iléo-cæcale. Le cæcum est dilaté. Il existe une barre constante sous-costale gauche vraisemblablement en rapport avec le côlon transverse. D'où signes nets chez ces malades d'hépatites ou de colites confirmées par le laboratoire et radiologiquement.

Le laboratoire a révélé en effet que tous ces malades étaient porteurs d'amibes hématophages. La formule leucocytaire est altérée. Dans les amibiases hépatiques nous avons observé 85 % de polynucléaires neutrophiles, pas d'éosinophilie. Dans les cas d'amibiase intestinale les polynucléaires neutrophiles étaient aux environs de 70 % et l'éosinophilie variait entre quatre et cinq. La numération globulaire nous a révélée une diminution des globules rouges variant entre 200.000 et 1.000.000 par millimètre cube.

Radiologiquement. — Dans les cas d'hépatite amibienne le bord supérieur du foie se détachait mal à la radioscopie, à la radiographie le sinus costo-diaphragmatique était flou, le bord inférieur facilement répérable dépassant les fausses côtes. Dans les cas d'amibiase intestinale nous avons observé entre la sixième et neuvième heure une contraction spasmodique du gros intestin, le cæcum et le côlon ascendant apparaissent déchiquetés. Le côlon transverse et descendant, le sigmoïde très spamodiques. Le côlon, le cæcum ascendant et le sigmoïde étaient identiques à ce qu'on observe dans les cas d'amibiase chronique.

En présence de ces faits nous avons institué immédiatement un traitement à base d'émétine à la dose de 6 centigrammes par jour, 3 centigrammes le matin associé à 1 milligramme de strychnine dans la même seringue, 3 centigrammes le soir associés à 1 milligramme de strychnine dans la même seringue en injections sous-cutanées. La dose totale injectée pour la première série a varié de 0 gr. 42 à 0 gr. 48. A ce médicament nous avons adjoint un toni-cardiaque : la digitaline au millième à la dose de 5 gouttes par jour pendant les quatre premiers jours du traitement et un sympathicotonique ; l'adrénaline à dose de 30 gouttes par jour pendant dix jours. L'émétine ainsi administrée a été bien supportée, malgré l'hypotension constatée. Nous avons observé une légère élévation thermique atteignant au maximum 38° à la fin du traitement ; nous avons institué immédiatement après la cure d'émétine, une cure de mixiod par injection et par voie rectale, ensuite une cure de pâte de Ravaut, enfin une cure de stovarsol ou de yatrène, ou d'entéro-vioforme et enfin pour terminer nous avons administré des extraits de foie de veau. Après un repos d'un mois nous avons repris un traitement identique. Dix jours après la première injection d'émétine les malades ont été nettement améliorés au point de vue cardiaque. A la fin du premier traitement complet l'anxiété, l'angoisse, les lipothymies, les symptômes d'hépatite et les troubles du gros intestin ont complètement disparus, la température est devenue normale, l'appétit est revenu, le teint est frais, la tension artérielle normale. Après la deuxième cure totale le malade est entièrement transformé, non seulement son moral et son psychisme sont excellents, mais il n'a plus d'anxiété, il n'appréhende plus les angoisses, ses forces sont revenues, le poids a augmenté. Nous avons pu voir des malades un an après en parfait état de santé.

Cet anxiété, cet appréhension, ces crises d'angoisse avec sensations de mort imminente, ces troubles de la circulation périphériques affectant sérieusement le psychisme des amibiens chroniques peuvent-ils être considérés comme des troubles cardiaques réflexes (fausse angine de poitrine) ou comme un syndrome lipothymique réflexe ?

Certes, l'état lipothymique ou hypo-asphyxique est associé à ce syndrome de nervosisme somatique vicéral de fausse angine de poitrine. Il se voit chez les amibiens chroniques, de même qu'on l'observe dans les auto-intoxications mal définies par insuffisance hépatico-rénale et au cours des fermentations intestinales et quand il y a un ralentissement des oxydations intra-organiques. Mais le fait qui prime est cet état d'anxiété suivi d'angoisse cardio-vasculaire avec palpitations simulant une crise d'angor. Il semble que nous puissions conclure qu'au cours de l'amibiase chronique, on peut voir apparaître un syndrome d'angoisse cardio-vasculaire dû à un nervosisme viscéral vasomoteur réflexe chez un intoxiqué.

La cause de ce syndrome parait devoir être recherchée dans une hypervagotonie digestive d'origine infectieuse créée par un syndrome réflexe secondaire intestinal au cours des spasmes du gros intestin.

Dans les cas d'amibiase hépatique, la cause semble due non plus à une hypervagotonie mais à une douleur viscérale (foie) par excitation des fibres centripètes du sympathique.

Or les lésions de l'amibiase chronique sont à la base de ces spasmes ou de ces algies.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques [1]

Par M. Amédée LAFFONT (Alger)

La plupart des affections des organes génitaux de la femme **se traduisent par un** même syndrome douloureux pelvien de **siège imprécis avec** des irradiations multiples, des modalités **variables, autour d'un** type bien défini par Pozzi, sous le nom **de syndrome pelvien.** La douleur est habituellement hypogastrique, irradiant vers les lombes, le périnée, la racine des cuisses et les fosses iliaques. Mais, en dehors de ces douleurs plus ou moins caractéristiques, solidaires des lésions locales, il en est d'autres, non moins importantes, de siège paradoxal, pouvant se manifester à distance du foyer pelvien, soit du même côté soit du côté opposé.

Depuis longtemps, les douleurs du thorax, et en particulier de l'épaule droite, sont bien connues, considérées comme la manifestation d'une atteinte plus ou moins marquée de la zone diaphragmatique. Par contre, l'existence, au cours des affections gynécologiques, de douleurs se manifestant à distance du foyer pelvien en différents points des régions scapulaire, thoracique et même cervicale est une notion d'acquisition récente.

Etude clinique

Les douleurs à distance en gynécologie peuvent revêtir deux caractères : ou bien elles sont superficielles, ce sont alors des dermalgies analogues aux dermatomes viscéraux décrits par Head, ou bien, elles peuvent être ressenties profondément, égarant le diagnostic, vers l'atteinte d'un viscère thoracique ou l'abdomen supérieur : ce sont les viscéralgies d'origine génitale. Elles sont l'expression d'un trouble fonctionnel d'origine génitale.

J'ai proposé, dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale de grouper ces phénomènes douloureux, en relation directe avec la sphère génitale, parmi les *deutéropathies* d'origine génitale. Nous étudierons successivement les viscéralgies puis les dermalgies d'origine génitale.

1. Viscéralgies d'origine génitale

Les interrelations des troubles génitaux et des affections viscérales ont été observées de tout temps. Elles ont donné lieu aux hypothèses les plus diverses. Nous savons aujourd'hui qu'il existe des douleurs viscérales à distance en rapport incontestable avec les gynécopathies ; l'examen des divers appareils chez les femmes atteints d'affections gynécologiques peut nous en être une preuve.

Les troubles gastriques connus sous le nom de dyspepsie utérine sont très fréquents : il s'agit de femmes qui consultent pour des douleurs épigastriques avec ou sans aérophagie à horaire peu précis. Quelquefois, les douleurs prennent une intensité telle qu'elles ont pu faire penser à des crises gastriques du tabès ; elles ne cèdent pas au régime. Elles peuvent n'apparaître qu'à l'approche des règles, quelquefois persister pour s'accroître à l'état critique. En regard de ces symptômes fonctionnels très intenses, l'examen reste négatif ; on ne constate à la radio qu'une hyperkinésie gastrique au point douloureux solaire, disparaissant d'ailleurs à l'épreuve de l'atropine.

Au contraire, l'examen gynécologique montre, soit une rétroversion utérine, soit de l'endométrite chronique. On a encore trouvé dans ces cas : des fibromes, de l'ovarite scléro-kystique, de la pelvi-péritonite.

Nous avons tous observé chez certaines femmes de l'entéronévrite, caractérisée par des douleurs diffuses à tout l'abdomen ou localisées au point solaire ou mésentérique ; d'autres fois c'est une sensation de boule, de « nouure », qui chemine en dessinant le trajet du côlon ascendant ou descendant. Elles égarent le diagnostic vers une idée d'appendicite, de cholécystite. Le foie aussi peut devenir douloureux au cours des affections génitales : c'est ainsi que bien des femmes au moment de leurs règles, accusent un léger endolorissement de la région hépatique.

Ces manifestations, si elles s'observent en dehors de toute atteinte hépatique, se rencontrent le plus souvent chez les femmes en puissance d'hépatite. Il semble que la période cataméniale, soit chez elles, une sorte d'épreuve fonctionnelle traduisant l'insuffisance latente du foie. Les poussées de coliques hépatiques au cours de périodes menstruelles sont de notions courantes.

On a observé des crises de palpitations douloureuses dans l'étape menstruelle. Le rythme cardiaque est troublé et on note à l'examen du cœur un bruit de galop passager.

On a observé des phénomènes douloureux thoraco-pulmonaires, dans certaines affections de l'appareil respiratoire, à point de départ utéro-annexiel.

Nous insisterons sur le caractère pénible de la toux utérine signalée par Arna et bien étudiée par Pozzi et Muller, que l'on observe aussi au début de la grossesse, et qui est très probablement liée à un réflexe qui s'achemine le long du système parasympathique. On a signalé des phénomènes douloureux, avec sensation de constriction thoracique.

Richelot a décrit de grandes névralgies abdominales chez les dysménorrhéiques. Il est fréquent d'observer au moment des règles des névralgies faciales ou intercostales. A côté de ces souffrances multiples, vagues, déconcertantes par leur fugacité d'autres revêtent une individualité relativement précise : telles les céphalalgies à type de migraine franche, parmi lesquelles il faut dégager plusieurs formes :

1° *Les migraines menstruelles* apparaissent au moment de la puberté et ne se renouvellent qu'aux périodes menstruelles.

Le mécanisme de ces migraines menstruelles semble très complexe. Selon les uns, il s'agirait d'un phénomène de choc par le brusque passage dans la circulation, des produits de sécrétion du corps jaune ; pour d'autres, la migraine serait l'effet d'un déséquilibre colloïdo-plasmatique, la menstruation agissant à la manière d'une cause déchaînante, sur un terrain prédisposé. Pour d'autres auteurs enfin le sympathique serait perturbé d'une façon directe. C'est ainsi que Guillaume et Cadet ont montré qu'il y a dans l'étape menstruelle deux phases alternantes de sympathicotonie et de vagotonie. C'est à la lumière de ce dérèglement vago-sympathique, que pourrait selon eux, s'expliquer la migraine.

2° Il y a des migraines par anovarie (observées par Léopold-Lévi dans l'aménorrhée congénitale), par hypo ou dysovarie. Il s'agit de femmes jeunes dont les règles sont douloureuses ; que celles-ci soient suspendues et l'on voit survenir des accès d'une violence inouïe, durant quinze jours à trois semaines.

3° Enfin il existe des migraines dues à des lésions utéro-annexielles ; elles entrent dans le cas des migraines réflexes du même type que celles qui succèdent à une lésion organique du tube digestif, et sur lesquelles ont insisté, Pierre Duval et Roux, Chiray et Triboulet.

Au niveau de l'œil nous signalerons les douleurs de l'episclérite cataméniale et les migraines ophtalmiques.

Des affinités fort curieuses lient l'appareil génital et la muqueuse nasale, qui réagit fréquemment sous l'influence des règles et de l'excitation génitale. L'observation a permis à Brindeau, Bonnier, Mahu, de constater souvent des phénomènes congestifs en quelques points de la muqueuse pituitaire, à structure de tissus érectiles (points sexuels de Fliès). Siredey a observé la disparition rapide des douleurs menstruelles par l'attouchement de ces points nasaux à la cocaïne, et Brindeau avec l'adrénaline, a obtenu des résultats identiques.

Pour compléter cette trop brève documentation des troubles nerveux d'origine génitale, je rappellerai une observation personnelle : il s'agit d'une femme de trente ans environ qui présentait quelques crises épileptiformes à l'occasion des règles. Je découvris chez elle, un kyste du ligament large fortement inclus, du volume d'un poing. Son ablation fut suivie de guérison définitive.

En résumé, douleurs élevées, douleurs thoraciques, troubles digestifs, circulatoires, troubles nerveux et sensoriels variés, peuvent ainsi attirer notre attention au cours des affections gynécologiques, et occuper parfois le premier plan parmi les symptômes présentés par la malade, dont l'interrogatoire con-

(1) Leçon faite à la clinique Tarnier. (Leçon du jeudi soir, 1937). *Résumé.*

tribue à nous égarer. Souvenons-nous une fois de plus qu'en clinique, seul l'examen complet du malade nous conduira vers le diagnostic. Et je rappellerai ici les conclusions récentes et pleines de sagesse de Rist, sur la douleur thoracique au cours des affections de l'estomac et que nous pouvons faire nôtres. Elle conduit rarement, si elle est correctement interprétée, à faire découvrir une affection des organes respiratoires intra-thoraciques. Elle est bien plus propre, au contraire, à faire écarter l'hypothèse d'une telle affection et à mettre sur la voie d'un trouble d'origine extra-thoracique. »

II. Dermalgies d'origine génitale

La douleur à distance à caractère superficiel a une localisation assez variable. Elle peut siéger extrêmement loin de la lésion génitale et peut se trouver sur la ligne médiane, du même côté que la lésion pelvienne ou du côté opposé, d'où la division en douleurs directes et douleurs croisées.

On la rencontre le plus souvent en des points extrêmement circonscrits et limités, analogues aux « dermatomes viscéraux » de Head. Il est plus rare de l'observer sur des zones très étendues.

Pour la clarté de la description, nous classerons ces douleurs à distance en trois chapitres différents, selon que nous les rencontrerons :

dans les affections utéro-annexielles ;
dans les grossesses ectopiques ;
en obstétrique.

a) Douleurs a distance dans les affections utéro-annexielles. — J'avais déjà signalé en 1919, alors que j'étudiais la douleur élevée (directe ou croisée), dans la rupture tubaire, la douleur scapulaire dans un cas d'annexite subaiguë avec enclavement des annexes dans le Douglas. Dans un autre cas, j'avais vu la douleur se propager aux membres supérieurs, à l'hémithorax, à la région temporale du côté opposé. Il s'agissait ici d'un petit abcès de l'ovaire avec réaction péritonéale. A ces observations déjà anciennes sont venus s'ajouter depuis quelques années de nombreux autres faits.

En 1923, Muret (de Lausanne) a décrit, des phénomènes douloureux caractérisés par une sensibilité excessive à la moindre pression, surtout marquée au niveau de l'émergence des filets nerveux superficiels. Ces manifestations algiques peuvent, d'autre part, être provoquées par le pincement de la paroi, alors que la palpation profonde démontre que les organes sous-jacents ne sont pas sensibles.

Stanca (de Cluj) a mis le premier la douleur à distance sur un terrain expérimental. Opérant, sous anesthésie rachidienne basse, une femme présentant depuis trois jours des douleurs scapulaires, il trouva un ovaire congestionné et rempli de pus. Au moment précis où, en vue d'une résection annexielle droite, il pinçait le ligament infundibulo-pelvien du même côté, sa malade accusa une douleur très violente qu'elle comparait à un coup de couteau au niveau de l'épaule droite ; la douleur cessa quand il relâcha la pince. Par ailleurs il rappelle qu'après la ligature de la trompe, en vue d'une stérilisation, il arrive que des femmes accusent des douleurs éloignées, des régions dorsale, scapulaire et cervicale. Devant leur persistance les chirurgiens étaient obligés de réintervenir ; la suppression de la ligature tubaire suffisait à faire disparaître définitivement les phénomènes algiques.

Ver la même époque, Kraul avait étudié leur localisation au niveau des onzième et douzième côtes.

En 1927, avec Larribère, nous rapportions trois observations de douleur élevée où l'on ne pouvait qu'invoquer une irritation du sympathique pelvien. Elles avaient trait à un abcès du corps jaune, à une ovarite sclérokistique et à un kyste de l'ovaire inclus dans le Douglas. Dans tous ces cas il n'y avait pas de liquide libre dans le péritoine.

En 1928, mon collaborateur et ami Ferrari étudiait la douleur élevée dans les salpingites aiguës, à propos d'une observation troublante où un pyo-salpinx avait entraîné des phénomènes douloureux paradoxaux de l'hypocondre et de l'épaule droite avec contracture ayant simulé pendant un certain temps une cholécystite aiguë ; dans ce cas aussi, il ne saurait s'agir que d'un réflexe douloureux ayant son point de départ dans le Douglas. Le pyosalpinx siégeait à gauche, la douleur était donc du type croisé.

Mon élève Ezes a réuni, dans sa thèse en 1931, un certain nombre de faits que nous avons observés de près dans mon service, et dont nous donnerons les principales caractéristiques :

Douleurs localisée au thorax : très aiguë, très superficielle, mais gênant la respiration ; douleur violente de la région scapulaire droite. Il s'agissait d'une périmétro-salpingite. L'opération entraîna la guérison de ce symptôme douloureux.

Douleur débutant dans l'hypocondre en envahissant progressivement, en deux jours, le sein droit, puis l'épaule droite, et enfin la moitié droite du corps et les deux membres supérieurs, dans un cas de petite collection purulente limitée au Douglas.

Douleur brachiale droite, dans un cas d'ovarite kystique ; opération et guérison immédiate.

Douleur élevée thoraco-scapulo-temporaire, avec paroxysmes et parésie brachiale, dans un cas d'abcès du corps jaune de l'ovaire. Disparition après ablation de l'ovaire malade.

Douleur de la voûte plantaire persistant pendant les premiers jours des règles, chez une dysménorrhéique.

Douleur sus-malléolaire externe, accompagnée de boiterie des plus pénibles chez une autre dysménorrhéique.

Nous pouvons affirmer que la douleur superficielle à distance, véritable dermatome douloureux, existe dans les affections gynécologiques avec une fréquence relativement très grande et qu'elle mérite en tout cas qu'on lui donne une plus grande place que celle qu'il était classique de lui accorder jusqu'ici.

b) Douleurs a distance dans les grossesses extra-utérine. — Les premiers faits de douleur élevée dans les ruptures de grossesses tubaires que j'ai eu l'occasion d'observer remontent à 1914. En 1919 je pus communiquer les onze premières observations de cas étudiés avec soin au *Bulletin* de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris ? Mes premières conclusions étaient les suivantes : « La douleur tardive élevée de la rupture tubaire se manifeste sous la forme d'un point douloureux localisé dans la zone thoracique, scapulaire ou thoraco-brachiale. Cette douleur succède presque toujours à la douleur en coup de poignard de la fosse iliaque. Elle est complètement indépendante de la douleur pelvienne, pouvant apparaître sans que celle-ci se soit manifestée, pouvant persister alors que les premières ont disparu et que la trompe déchirée par la rupture a été enlevée ».

Dès le début de mes observations, j'attribuai cette douleur à une irritation des filets du phrénique par le sang épanché atteignant le diaphragme, et je pensais que la période de silence écoulée entre la douleur pelvienne et la douleur scapulaire ou thoracique était celle pendant laquelle le sang, emplissant la cavité péritonéale, parvenait à la coupole diaphragmatique.

C'était évidemment l'explication première qui s'imposait. C'était celle que proposait Hans Dewes avec force dans une note parue en 1922. Je devais me rendre compte par la suite que, dans de nombreux cas on ne trouvait que quelques petits caillots ou un pelvis cloisonné avec hémorragie limitée au Douglas ou hémorragie intra-tubaire simple, pour lesquels cette interprétation de la douleur élevée ne pouvait plus être exacte. J'avais observé, en effet, presque en même temps, des douleurs élevées dans un certain nombre d'affections chirurgicales du petit bassin, telles que torsions tubaires, lésions annexielles prolabées et incluse dans le Douglas ou le ligament large. Dans tous ces cas il n'existait pas de liquide libre dans le péritoine, donc pas de cause possible d'irritation du diaphragme. Je rapprochais cependant ces faits d'observation très nette pour moi, des modifications à distance que les traumatismes les plus légers du Douglas peuvent entraîner telles que la mise en jeu des contractions diaphragmatiques et intercostales (signe du Douglas d'Albertin, cri de l'esplanade de Richelot et Jayle). Je renonçais définitivement à l'explication univoque de la douleur élevée dans les ruptures tubaires par l'inondation de la région sous-diaphragmatique. Je ne contestais pas la fréquence de cette dernière qui est certainement très grande, mais je maintenais, et maintiens, encore, que le réflexe douloureux de la rupture tubaire a une autre voie que l'irritation directe du diaphragme et que la voie sympathique à point de départ pelvien doit être souvent la voie de conduction de la douleur élevée.

Ces faits ont été corroborés, non seulement par des observations chaque jour plus nombreuses, répandues dans la bibliographie, mais encore dans les recherches combinées des neurologistes et des gynécologues.

Dès le début j'avais pensé à l'explication aisée que donne la connaissance du réflexe viscéro-sensitif de Head.

J'avais pensé qu'on pouvait facilement admettre que les algies cutanées à siège élevé étaient des douleurs cérébro-spinales qui parviennent au système nerveux par l'intermédiaire du sympathique, suivant le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif de Ross, Head et Mackenzie, et ayant leur point de départ dans la distension plus ou moins rapide du Douglas. Son apparition progressive et le léger retard qu'il mettait à se manifester après la douleur en coup de poignard n'en était-il pas la preuve ?

Dans une observation, la douleur élevée, localisée à l'extrémité antérieure de la 10e côte droite, avait été des plus nettes. Huit jours après l'intervention (ablation de l'ovaire et de la trompe droite), j'avais vu réapparaître à ma grande surprise, avec une acuité très grande, la même douleur élevée, obser-

◆◆

vée avant l'intervention. Que s'était-il passé ? Au toucher, je trouvais un Douglas bombant au point de nécessiter une colpotomie (liquide séro-sanguinolent abondant). La douleur de la 10e côte disparut instantanément. J'avais ici comme la preuve expérimentale de la cause de la douleur élevée : la réplétion du Douglas l'avait par deux fois réveillée : son évacuation l'avait chaque fois supprimée.

Dans ce cas la déchirure tubaire pas plus que les contractions de la trompe ou que la compression de l'ovaire n'expliquaient la douleur élevée, puisque l'intervention pratiquée entre les deux périodes douloureuses avaient supprimé la trompe gravide et son ovaire.

Dans d'autres observations il s'agissait d'une rupture du côté gauche, sans hémorragie cataclysmique, accompagnée d'une douleur élevée à droite, ce qui me paraissait être la démonstration qu'il ne s'agissait nullement d'irradiation douloureuse d'origine tubaire ou ovarienne, mais de réflexes douloureux, d'ordre sympathique, dont le point de départ était le Douglas lui-même, où son entourage.

Nous savons, en effet, combien sont douloureuses les lésions annexielles prolabées dans le Douglas, et il est probable que les douleurs élevées que l'on constate dans ces cas, sont plus souvent dues à l'irritation des éléments sympathiques du péritoine pelvien distendu et du Douglas, qu'à l'irradiation des douleurs annexielles. Les multiples cas publiés sont venus à l'appui des premiers faits observés.

En 1924 et 1925, poursuivant l'étude de la douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine rompue, je discutai à nouveau l'interprétation que donnaient Dewes et Œhlecher et qui me semblait inacceptable dans les cas où l'hémorragie n'avait pas dépassé la sphère pelvienne. Faisant état des travaux de Muret, de Lebar, je rapprochais les observations que j'avais faites des douleurs périphériques décrites par Head, et j'admettais les interprétations de l'auteur argentin Carlos Stajano (théorie de la bascule diaphragmatico-pelvienne).

J'insistais à nouveau sur l'importance du signe de la douleur élevée. J'ajoutais : « Elle est le cri d'alarme qui commande l'intervention urgente. Quand la douleur tardive élevée s'ajoute à plusieurs autres signes suspects qui font penser à la rupture d'une grossesse tubaire, elle a pour nous la valeur clinique d'un signe qui doit entraîner la certitude ».

Mathieu et Guibal, rapportent deux cas de phénomènes douloureux paradoxaux. Dans une première observation, il existait des douleurs de l'épaule, du bras et de l'avant-bras, du côté opposé à la rupture tubaire. Dans un second cas, ils ont observé que la palpation de la fosse iliaque, du côté opposé à la rupture, pouvait réveiller la douleur haute inter-scapulaire.

Virgil Ionescu, dans un travail paru en 1924, insiste sur la fréquence de la douleur tardive élevée dans la grossesse tubaire rompue (sept sur onze), tout aussi grande que celle de la rapidité classique du pouls.

Il admet que cette douleur est bien le fait d'un réflexe viscéro-sensitif, mais dont le point de départ serait dans la déchirure de la trompe.

En 1925, Sabatier consacre sa thèse inaugurale à la « douleur tardive élevée dans la rupture tubaire ». Il la considère comme l'expression d'un réflexe à point de départ péritonéal déclenchés par l'épanchement sanguin dans la séreuse abdominale.

A partir de cette période les douleurs élevées ne restent pas sur un terrain uniquement clinique, et les auteurs dans leurs publications, font état des travaux des neurologues. Dana les désigne sous le nom de « referred pains », témoignant par là qu'il ne s'agit pas d'irradiations douloureuses se propageant au trajet nerveux qui semble s'imposer à l'esprit, mais de « douleurs rapportées » dont on ne saisit pas bien, à un examen superficiel, les rapports avec la lésion viscérable initiale.

En 1925, Petit-Dutaillis invoque, pour expliquer les douleurs à distance, la « répercussivité sympathique » d'André Thomas. « Ce qu'il importe surtout de retenir, c'est qu'ainsi répercutées, elles coïncident d'ordinaire avec des épanchements considérables et doit compter parmi les indications d'une intervention.

Danforth (de Boston) reprend, en 1926, l'étude de la douleur de l'épaule dans la grossesse extra-utérine », la considère comme une véritable « métastase » de la douleur pelvienne dans le sens donné par Dana à ces phénomènes algiques.

Récemment, j'ai rapporté de nouveaux cas de douleur élevée de la grossesse tubaire, dont l'un fut pris pendant plusieurs jours pour une colique hépatique et soigné pour cette affection. La douleur pelvienne ne survint que plus tard avec tous les signes de l'avortement tubaire. Il y avait un caillot de 15 à 20 grammes dans le Douglas, et l'on voyait par l'orifice abdominal de la trompe gauche, l'œuf en voie d'expulsion abortive (douleur croisée). Il n'y avait pas eu d'irritation diaphragmatique.

c) DOULEURS A DISTANCE EN OBTÉTRIQUE. — Mes élèves Schebat et Ezes, en 1931, ont rapporté deux cas de douleur de la région scapulaire droite au cours de grossesse angulaires. Ces douleurs ont persisté avec paroxysmes fréquents jusqu'au quatrième mois de la gestation.

Signalons également les douleurs élevées à siège épigastrique avec propagation postérieure vers la douzième vertèbre dorsale qu'a observées Ferrari et que nous avons eu également l'occasion de rencontrer dans des cas de rétention oculaire partielle.

Cathala a signalé des douleurs scapulaires dans la rétroversion de l'utérus gravide.

Metzger, a souligné parmi les douleurs à distance la tarsalgie des nouvelles accouchées, le pseudo-rhumatisme de la grossesse et des suites de couches que l'on observe au niveau de la colonne vertébrale et des membres inférieurs et supérieurs et qu'il faut attribuer en grande partie à la décalcification des extrémités osseuses riches en carbonate de chaux. Nous le signalerons sans y insister ici.

Etude clinique

Dans une étude clinique d'ensemble nous verrons successivement : le siège, l'intensité, le moment d'apparition, les caractères objectifs, les phénomènes concomitants, les douleurs croisées.

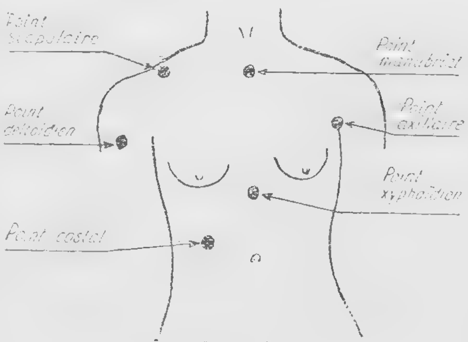


FIG. I

Les douleurs tardives élevées (douleurs antérieures)

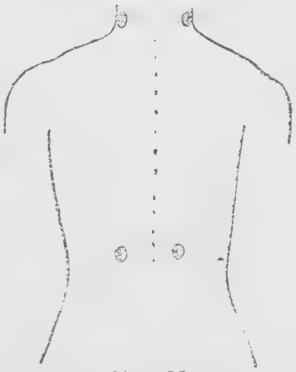


FIG. II

Les douleurs tardives élevées (douleurs postérieures)

A. SIÈGE. — Les localisations les plus fréquemment rencontrées ont été les suivantes, et le plus souvent du côté droit à l'extrémité antérieure de la 10e côte, dans la région interscapulaire, dans la région rétrosternale, au niveau de la glande mammaire, dans la région cervico-nuchale, dans la région cervico-temporale, dans la région deltoïdienne et la moitié supérieure du bord externe du bras et même de l'avant-bras, dans la région épigastrique.

B. INTENSITÉ. — Cette intensité est extrêmement variable. Dans certains cas, le point douloureux est tellement faible qu'il passe inaperçu et seul l'examen approfondi et l'interrogatoire minutieux permettent de le dépister.

Le plus souvent cette douleur peut prendre les caractères d'une algie superficielle très marquée.

Une de mes malades, dysménorrhéique attirait mon attention sur les douleurs du pied qui la privent de tout sommeil depuis huit nuits. « Les douleurs du ventre sont si différentes et si peu importantes, dit-elle, à côté de celles-ci ».

Dans un cas où une douleur apparut entre les deux épaules, tellement vive que Dewes crût bon de pratiquer un examen attentif des articulations, particulièrement à droite, il s'agissait d'une inondation d'un litre de sang.

« Elle s'étonne que nous voulions pratiquer un examen vaginal, puisque son mal est dans son épaule » (Couniot et Larrierre).

Souvent la douleur peut être si vive qu'elle attire à elle seule tout l'intérêt de l'examen et peut faire ainsi oublier la douleur abdominale. Si on n'aiguille pas son attention vers la sphère génitale, on peut porter les diagnostics les plus erronés.

Dans les observations de Sabatier Mathieu, Guibal et de nous-même, les douleurs survenaient dans la région vésiculaire par crises paroxystiques, elles simulaient à s'y tromper la migration d'un calcul dans les voies biliaires.

C. CARACTÈRES OBJECTIFS. — Ces douleurs élevées ont des localisations superficielles qui ne sont pas uniquement subjecti-

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Traitement du mal de mer

Traitement préventif

J'ai fixé à 1 mgr. 5 pour l'homme adulte, à 1 mgr. pour la femme, les doses quotidiennes de sulfate neutre d'atropine (à prendre en deux fois dans les vingt-quatre heures) procurant la prévention : doses à répéter chaque jour, si le mauvais temps se prolonge.

A ces doses, qui sont plutôt fortes, mais non toxiques, on n'observe, dans la très grande majorité des cas, aucun accident. Chez certaines personnes, toutefois, intolérantes à l'atropine (comme l'on voit des gens mal supporter l'antipyrine, la quinine, ou tout autre médicament) on peut noter de la sécheresse de la bouche, un peu de trouble de la vision (par dilatation pupillaire), malaises passagers, sans gravité, et qui indiquent seulement qu'il convient de diminuer la dose pour les jours suivants.

Le sulfate neutre d'atropine peut se prendre par la bouche, dans un peu d'eau. Mais on conçoit que chez des sujets exposés à vomir il soit préférable, pour être certain des doses réellement absorbées, de l'administrer en piqûres sous-cutanées, en un point quelconque du corps, injections, aussi bien, complètement indolores.

On a employé dans la prévention du mal de mer la bellafoline, le belladénal (combinaison de la bellafoline avec un barbiturique : le gardénal), diverses hyoscines, la scopolamine, etc...

Bohec, en particulier, qui avait écrit du sulfate d'atropine : « c'est le médicament héroïque du grand mal de mer », s'est, depuis, fait le protagoniste de la bellafoline, à la dose, *pro die*, de quatre granules d'un quart de milligramme.

De tels produits agissent bien, car ce sont des succédanés de l'atropine. Mais, pour ma part, je ne vois pas l'intérêt de la substitution, car ils sont moins efficaces — et il faut frapper fort dans le mal de mer.

J'ai employé dans la prophylaxie du mal de mer la Tartrate neutre d'Égotamine (Gynergène). J'en ai obtenu surtout chez les sympathicotoniques (ce qui était à prévoir) d'excellents résultats.

Le gynergène s'administre par la bouche : deux comprimés de 1 mgr. par jour, ou XXX à XL gouttes de la solution au millième, ou sous la peau (ne pas dépasser 1/2 milligramme).

Il est une seule circonstance où il me paraît prudent d'en déconseiller l'emploi : c'est celle de grossesse. Car, les préparations extraites de l'ergot de seigle ont une action bien connue sur les fibres musculaires lisses de la matrice, et le gynergène, théoriquement au moins, pourrait provoquer l'avortement.

En dehors de ce cas particulier, il est bien toléré aux doses indiquées.

On pourrait également expérimenter, pour la prévention du mal de mer, un alcaloïde dont le pouvoir sympathicolytique n'a été mis que récemment en lumière : la yohimbine, voire également la gambirine, qui vient d'être isolée et essayée chez les animaux de laboratoire.

Quoi qu'il en soit, notre arsenal prophylactique est d'ores et déjà, merveilleusement riche, puisque nous possédons deux drogues capables de « sectionner » respectivement l'un ou l'autre rameau végétatif.

Si, par la recherche préalable du R. O. C., on a pu déterminer par avance que tel sujet est un sympathicotonique constitutionnel, il conviendra, chez lui, de recourir d'emblée au gynergène ; s'il a été reconnu vagotonique, il vaudra mieux employer le sulfate d'atropine. S'il s'agit d'un amphotonique, on pourra administrer l'un ou l'autre produit, ou les deux à la fois.

Si l'on ignore la catégorie de l'individu, il convient de donner d'abord le gynergène ; puis de passer au sulfate neutre d'atropine si l'on n'a pas obtenu un résultat parfait (car l'on obtiendra presque toujours quelque chose, en raison de la « symbiose » vago-sympathique).

D'un point de vue général, il ne faut pas d'ailleurs, surtout en matière biologique, trop schématiser. En thérapeutique, on doit compter avec le paradoxe (apparent !). L'association systématique du gynergène et de l'atropine pourrait se justifier, quel que puisse être l'état du tonus constitutionnel. En tout cas, dans la pratique, on ne saurait hésiter, d'aventure, à passer de l'un à l'autre, en dépit de la réponse du R. O. C.

La méthode prophylactique que je viens d'exposer se suffit complètement à elle-même. Il n'est nullement besoin de lui ajouter l'observation d'un régime, le séjour sur une chaise-longue, etc... Que l'on mène à bord l'existence que l'on désire, et que l'on ait pleine confiance dans l'effet des drogues indiquées.

Traitement curatif du mal de mer

Si, par imprévoyance, on a laissé le mal de mer faire son apparition, il convient de le guérir rapidement. Il ne s'agit plus ici de prévention, mais de thérapeutique.

Le recours à l'atropine et au gynergène fera encore merveille.

En 1919, j'ai fixé à 2 mgr. par jour chez l'homme adulte, en deux piqûres de 1 mgr., la dose curative du sulfate neutre d'atropine. L'effet est la plupart du temps surprenant. J'ai vu souvent, à la suite de l'administration, sous la peau, de 1 mgr. du produit, un malheureux patient, prostré et prêt à rendre l'âme, se lever, s'habiller, monter sur le pont, recommencer à s'alimenter.

A dose thérapeutique, le gynergène sera prescrit comme pour la prévention : 2 mgr. par la bouche.

Et si, enfin, d'aventure, la naupathie tenaillait un sujet depuis plusieurs jours (ce qui ne doit plus se voir), si l'examen clinique révélait qu'il avait dépassé la phase d'exaltation vago-sympathique pour entrer dans celle de l'épuisement, il serait indiqué de l'assister non plus au moyen de drogues inhibant les rameaux végétatifs, mais par des produits, au contraire excitateurs.

De pareil point de vue, la pharmacopée est bien pourvue :

Pour réveiller le sympathique : éphédrine ou adrénaline.

Pour stimuler le vague : pilocarpine, ésérine, muscarine, physostigmine, strychnine, etc.

Se garder, en tout cas, comme je l'ai vu faire, d'un non-sens thérapeutique, en prescrivant à la fois des produits antagonistes, tels que l'ésérine, qui excite le vague, et l'atropine, qui le sidère.

Dr Pierre CAZAMIAN.

La tuberculose pulmonaire d'origine traumatique.

Il peut exister une relation de cause à effet entre un traumatisme thoracique et l'apparition de lésions tuberculeuses : ces cas de tuberculose pulmonaire d'origine traumatique sont extrêmement rares ; d'après la statistique de M. Vivant (Thèse de Paris, 1937) portant sur 2.500 cas de contusions thoraciques enregistrées par des Compagnies d'assurances dans ces dernières années, le taux de tuberculose pulmonaire traumatique atteint au plus 1 pour 1.000. Ce taux est notablement inférieur à celui des pensions accordées par les Tribunaux, le blessé bénéficiant du doute, lorsque la relation de cause à effet ne peut être rigoureusement établie.

Le rôle de l'expert en présence d'un cas de tuberculose traumatique éventuel qui lui est soumis consiste :

A déterminer l'existence du traumatisme, son importance et sa localisation ;

A faire la preuve de l'existence de lésions évolutives de tuberculose pulmonaire en utilisant les diverses méthodes cliniques, radiologiques, bactériologiques actuelles ;

A établir la relation de cause à effet entre le traumatisme et la lésion en prenant comme bases d'appréciation les notions suivantes :

La lésion doit siéger dans la région traumatisée ou au moins dans l'hémithorax correspondant ;

Le délai entre le traumatisme et la constatation de la lésion ne doit pas dépasser trois ou quatre mois, d'après la jurisprudence établie ;

Pendant cette période doit être mise en évidence l'existence de symptômes fonctionnels et généraux établissant une filiation ininterrompue entre l'accident et l'apparition de la lésion.

Un traumatisme thoracique survenant chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire antérieurement constatée peut déterminer une aggravation des lésions ; l'évaluation du préjudice est subordonnée à la capacité du travail du blessé avant et après le traumatisme.

ves. Des réactions douloureuses identiques peuvent être déterminées par une palpation très légère :

a) soit au niveau du siège de la douleur spontanée ;

b) soit au niveau de la région abdomino-pelvienne. Dans une observation de Mathieu et Guibal, par la palpation de la fosse iliaque droite on réveillait des douleurs interscapulaires (il s'agissait dans ce cas de rupture de la trompe gauche).

Gouniot et Larribère l'ont provoquée par le toucher vaginal du côté rompu.

D. Moment d'apparition. — Le plus souvent cette douleur apparaît tardivement, de quelques minutes à plusieurs jours après la douleur pelvienne.

Dans différentes publications relatives aux ruptures de la grossesse tubaire, j'ai particulièrement insisté sur ce point, mais j'ai dit aussi qu'elle pouvait être très précoce et même être parfois le signe initial précédant la douleur pelvienne.

Dans un cas de Ferrari, la douleur de l'hypocondre droit, avec irradiations dans la région scapulaire droite, apparut le lendemain après le point douloureux de la fosse iliaque droite.

Mathieu et Guibal, ont noté l'apparition d'une douleur interscapulaire intense, sept jours après le début de phénomènes douloureux diffus, au cours d'une rupture tubaire qui s'était réalisée en plusieurs étapes.

La douleur élevée peut persister après que la douleur abdominale a disparu : dans une de nos observations, les douleurs très vives de l'hypocondre et de la région scapulaire droite ont duré deux jours, tandis que la douleur abdominale a cessé au bout de quelques heures.

Elle peut disparaître alors que la douleur pelvienne persiste : dans un cas concernant une inondation péritonéale, la douleur scapulaire droite qui était apparue une demi-heure après la douleur pelvienne n'existait plus à l'entrée de la malade à la Maternité.

Le plus souvent elle disparaît après l'ablation de l'annexe lésée, mais il peut ne pas en être ainsi : comme je l'indiquais plus haut, dans ces cas on pourra retrouver du liquide dans le Douglas. Une colpotomie suffit alors à faire disparaître instantanément la douleur.

E. Phénomènes concomitants. — La douleur élevée peut s'accompagner de troubles moteurs siégeant au-dessous de la région où elle apparaît et l'hyperesthésie cutanée.

a) Les phénomènes d'hyperesthésie, quand ils existent, sont toujours très limités dans une zone que l'on peut facilement circonscrire.

Nous avons noté, dans un cas : une hyperesthésie très marquée au contact dans la région deltoïdienne sur une zone de dimensions n'excédant pas celle d'une pièce de cinq francs.

Une fois l'hyperesthésie existait nettement accentuée, au niveau de l'extrémité de la 10e côte droite, dans une zone des dimensions d'une petite paume de mains.

b) Les réactions motrices, qu'il s'agisse de contracture ou de paralysie, peuvent s'observer aussi. C'est ainsi que nous avons pu constater l'existence, dans un cas, au-dessous des fausses-côtes droites, d'une contracture accusée si bien qu'on pensa à une cholécystite aiguë. Dans une autre observation, nous avons noté que la douleur siégeant sur toute la moitié droite de la partie supérieure du corps se manifestait avec des paroxysmes pendant lesquels le membre supérieur était parésié.

Dans un cas d'avortement tubaire, une demi-heure après la douleur pelvienne, nous avons noté l'apparition d'une douleur scapulaire droite accompagnée de parésie étendue à tout le côté droit.

F. Douleurs croisées. — Tous les caractères précédents des douleurs se retrouvent dans les localisations croisées des phénomènes douloureux. Mathieu et Guibal, Constantini et plus récemment Labry et Rougier ont confirmé mes premières observations et ont signalé ces douleurs dans les ruptures de grossesse extra-utérine. Muret les a décrites dans les lésions de paramétrite et Petit-Dutaillis dans les cas d'annexite chronique. Ils ont provoqué leur apparition par le toucher et le palper combinés, pratiqués du côté opposé à la lésion ; ils en tirent la conclusion suivante qu'il n'est peut-être pas inutile d'énoncer : « Si une malade, souffrant du côté gauche, même d'une façon très intense, nous ne trouvons, aussi bien avant qu'après la laparotomie, de lésions reconnaissables qu'à droite, ne nous croyons pas autorisés à une annexectomie bilatérale ».

Traitement local

Haguenau a bien étudié le principe, *la technique et les indications de la méthode de Lemaire dans le traitement des viscéralgies* : infiltration intra-dermique d'une solution faible de novocaïne (0,50 %) à haute dose (50 et 60 c. c.) au niveau du métamère cutané correspondant à l'organe sensible (zone de Head), c'est-à-dire en ce qui concerne l'appareil utéro-ovarien, au niveau de la 12 D., L[1] et L[2].

Cette méthode simple et d'exécution facile a donné à Haguenau de brillants résultats, surtout quand les douleurs s'accompagnent d'une hyperthésie cutanée plus ou moins accentuée.

Dans deux cas, nous avons essayé avec Ezes une thérapeutique appropiée :

Dans le premier cas, concernant un hémato-salpinx, il existait une douleur qui rappelait celle de l'arthrite scapulo-humérale. L'application d'une vessie de glace sur la région douloureuse fit cesser définitivement la douleur que les analgésiques habituels n'avaient pas influencée.

Dans le second cas, il s'agissait d'une douleur très violente de la fosse sous-épineuse droite chez une femme chez qui on avait diagnostiqué une hématocèle rétro-utérine. L'injection *in situ* de 15 c. c. d'une solution de syncaïne à 0, 50 % a amené une telle amélioration immédiate que la femme refusa toute intervention.

Tels sont les caractères qui permettent d'individualiser ces douleurs. Leur réalité clinique est indiscutable mais l'accord est loin d'être fait sur leur pathogénie. Les différentes explications proposées, l'imprécision de beaucoup d'entre elles sont liées à l'imprécision même de nos connaissances actuelles sur la sensibilité viscérale.

Essai de pathogénie

Les faits que nous avons rapportés se sont manifestés dans des conditions trop différentes pour être interprétés d'une façon univoque ; aussi, pour faciliter notre tâche, les avons-nous classés sous trois rubriques :

1° les inondations péritonéales ;
2° les épanchements limités au pelvis ;
3° les lésions annexielles sans épanchement.

Avant d'entrer dans les discussions pathogéniques, nous citerons rapidement l'opinion de Lomer d'après lequel ces douleurs élevées ne seraient que des symptômes pithiatiques. Santea a fait justice de cette assertion.

1° Inondations péritonéales

Il s'agit dans ces cas d'épanchements considérables atteignant la coupole diaphragmatique. Le sang épanché sous le diaphragme, agit vis-à-vis du péritoine de cette région comme le font les abcès sous-phréniques, les abcès périnéphrétiques, les hypernéphromes.

Or nous savons que le phrénique, et en particulier le phrénique droit, donne des filets sensitifs au péritoine sous-diaphragmatique ; l'irritation de ces filets suivrait le fil conducteur du nerf phrénique, qui a des origines communes avec les branches susclaviculaires et sous-acromiales du plexus cervical superficiel[1].

Dans ces cas, il ne saurait être question de douleurs viscérales, mais simplement de névralgies phréniques, dont le trajet serait entièrement cérébro-spinal. Il s'agit vraiment ici de douleurs élevées dues à l'irritation directe du diaphragme, par la masse sanguine (Œhleker, Dewes, Mathieu et Guibal, Constantini, Labry et Rougier, etc.).

La plus grande fréquence de cette douleur à droite, s'expliquerait, selon Labry et Rougier, par la disposition anatomique spéciale du phrénique droit.

Il s'agirait dans ce cas, d'une voie de conduction mixte, d'abord sympathique (ganglion semi-lunaire), puis phrénique.

On pourrait se demander pourquoi la région phrénique réagit plutôt que toute autre ; c'est que, dit C. Stajano, « elle a une innervation éminemment riche en plexus nerveux très voisins du péritoine, en raison de la minceur même du tissu cellulaire propre à cette région, tandis que le reste du péritoine abdominal, est séparé des gros troncs nerveux sous-jacents par un tissu cellulaire très épais ».

2° Epanchements limités au pelvis

C'est l'apparition de la douleur haute dans cette variété d'épanchement qui avait, dès 1919, retenu notre attention.

Deux faits paraissaient découler de l'analyse de mes premières observations :

« 1° Le point thoracique succède presque toujours au point pelvien ;

« 2° Le point thoracique existe aussi bien dans les hématocèles enkystées que dans les inondations péritonéales ».

De ces deux ordres de faits, j'avais tiré la conclusion que la douleur élevée apparaît lorsque le cul-de-sac de Douglas est distendu par l'hémorragie.

Cette période silencieuse, entre le coup de poignard pelvien qui annonce la rupure tubaire et la douleur thoracique, est la période pendant laquelle le Douglas doit se remplir ». Et j'ajoutais.

« Nous ne croyons donc pas être éloigné de la vérité en attribuant la douleur élevée à la réplétion du Douglas. J'ai eu l'occasion d'observer des cas qui sont restés pour moi la démonstration formelle que les irradiations supérieures de la douleur pelvienne n'étaient dues ni à la déchirure de la trompe ni à ses contractions, ni à une compression de l'ovaire, mais bien à une réplétion du Douglas ou à une irritation par la masse sanguine du péritoine pelvien ». On a vu plus haut avec « l'étude clinique » l'observation dont il est question.

Le Douglas envahi par le sang à deux reprises, avant et après l'ablation de l'ovaire et de la trompe gauche, avait réagi par une douleur élevée.

« Nous savons d'ailleurs, ajoutais-je, combien sont douloureuses les lésions annexielles prolabées dans le Douglas, et il est probable que les douleurs élevées que l'on constate dans ces cas sont plus souvent le fait de la distension et de l'irritation des éléments sympathiques du péritoine pelvien et du Douglas, que les irradiations des affections annexielles.

Il est des douleurs élevées que nous connaissons bien, qu'il nous est arrivé de provoquer parfois avec une précision quasi expérimentable : ce sont celles qui apparaissent après les injections des trompes au lipiodol suivant la méthode de Béclère ou d'iode, suivant celle de Petit-Dutaillis. Le lipiodol, ou, accidentellement, l'iode, restent dans le petit bassin, ainsi que la radio le démontre et la malade se plaint au bout d'un instant d'une douleur élevée.

Dans ces cas, l'influx nerveux se propageant suivant les plexus hypogastriques et le nerf présacré, arrivait au plexus solaire ou même, franchissant ce relai sympathique, se réfléchirait dans la moelle dorsale qu'il atteindrait par l'intermédiaire des splanchniques et, par la mise en jeu des nerfs intercostaux, provoquerait des manifestations respiratoires. Ce trajet supposé de l'influx nerveux n'est point un simple concept : sous l'impulsion de Cotte, Latarjet et Rochet, la thérapeutique chirurgicale, s'attaquant au plexus hypogastriques et au nerf présacré, a pu entrer victorieusement en action, nous donnant la preuve formelle de la propagation douloureuse suivant ces voies sympathiques.

L'existence de réflexes à distance est donc indiscutable. Pourquoi donc ne pas admettre leur intervention dans l'apparition des douleurs à distance lors d'une réplétion du Douglas par le sang, suivant le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif tel que l'a décrit Mackenzie après le remarquables recherches de Ross et Head et qu'il énonce ainsi :

« Toute excitation pathologique d'un organe est envoyée par les nerfs sympathiques jusqu'à la moelle où, arrivée au point « de fonction, des systèmes autonome et cérébro-spinal, elle se « transmet aux voies de relation par le mécanisme d'un réflexe ».

Ce circuit réflexe se compose donc de deux neurones, l'un viscéral, représenté par la fibre végétative, l'autre central, représenté par un neurone de la vie de relation.

Le concept du réflexe viscéro-sensitif pourrait se résumer ainsi : une excitation naissant au niveau d'un viscère (ici le Douglas) suit le sympathique, traverse les différents groupes ganglionnaires viscéraux et pré-vertébraux, atteint les rameaux communiquants et se raccorde au système cérébro-spinal, soit au niveau du ganglion spinal, soit au niveau de la corne latérale. Arrivée au cortex ou au thalamus, elle devient consciente, mais au niveau du dermatome correspondant (les douleurs élevées et les douleurs à distance).

3° Lésions annexielles sans épanchement

A. Incitation adéquate. — Quelles sont les modifications anatomiques ou fonctionnels des annexes susceptibles de devenir des facteurs de douleur, c'est-à-dire de transmettre l'incitation née à leur niveau jusqu'à la moelle ?

Le facteur le plus fréquemment rencontré est la *distension* : c'est elle qui, à n'en pas douter doit être invoquée dans les cas d'hémorragies intrakystiques et de grossesse angulaire : dans ces derniers cas, nous l'avons vu associée au spasme qui se traduisait au moment du toucher par des modifications de consistance de la corne gravide. Nous savons que les douleurs sont d'autant plus vives et plus marquées, que la pression intracavitaire est plus accusée. Celle-ci est à son tour fonction du calibre (aussi les douleurs sont-elles rares dans les grossesses ampulaires, tandis qu'elles sont fréquentes et d'apparition précoce, dans les grossesses isthmiques ou interstitielles) et de l'état des parois : tandis que le parenchyme ovarien est à peine sensible, la douleur est plus marquée quand les parois sont musculaires. Lorsque celles-ci sont nerveuses la douleur est à son maximum d'intensité : c'est peut-être à cela qu'il faut attribuer les violentes douleurs de kystes inclus dans le cul-de-sac de Douglas, dont les parois sont constituées par les plexus hypogastriques.

Il semble qu'on doive faire jouer un rôle à l'*inflammation* (salpingites, abcès de l'ovaire), celle-ci agissant par le mécanisme de la distension en réalisant une augmentation des pressions intra-cavitaires, par sécrétion séreuse ou purulente, soit par celui de la lymphangite dont le mécanisme d'action serait asssez complexe. Pour Gaza et Brandi, la lymphangite provoquerait d'importantes modifications du pH. La douleur inflammatoire serait due à une acidose locale : ces auteurs ont pu faire, en effet, disparaître les douleurs des phlegmons, des hydroadénites en infectant au siège même des douleurs une solution très alcaline.

Il semble que le *pincement* puisse aussi provoquer des douleurs élevées : Stanca (voir l'observation citée plus haut). Dans trois interventions pratiquées sous anesthésie rachidienne, nous avons, avec Ezes, exercé des tractions sur les trompes, les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés. Dans un cas la malade a accusé une douleur scapulaire droite très fugitive qui a disparu dès que nous avons cessé d'exercer les tractions sur la trompe droite.

Telles sont les incitations adéquates, qui semblent devoir être invoquées, mais Kraul, insiste sur la nécessité de la fréquence et de la sommation de l'excitation : un exemple en serait donné par la constatation banale de l'indolence absolue pendant la grossesse des contractions utérines, lesquelles deviendraient douloureuses pendant le travail.

Un autre facteur à mettre en pleine lumière serait aussi, selon ce même auteur, les modifications structurales du système nerveux sympathique qui est situé dans les tissus de la trompe, du méso-salpinx, du mésovaire ou, dès 1895, Mandl avait découvert des fibres nerveuses. Nous savons que de telles modifications ont été signalées dans les cas d'appendicite chronique : Masson, Gosset, et Savitzky ont décrit une hypergénèse des éléments sympathiques, entourant les glandes de Lieberkhün. Un examen histologique systématique des trompes gravides, ou atteintes par un processus inflammatoire chronique, nous montrerait peut-être une hypergénèse analogue des filets nerveux sympathiques ?

B. Voies de la sensibilité et dermatomes des annexes. — Quelles sont les voies de la sensibilité empruntées par l'influx nerveux émané des annexes, autrement dit quel est le trajet suivi par une incitation d'origine tubaire ou ovarienne ?

Et tout d'abord, existe-t-il des fibres sensitives venant de la trompe ou de l'ovaire ? La question a été longtemps controversée, mais Kehrer a montré qu'il y avait effectivement dans le plexus utéro-ovarien grand nombre de filets sensitifs.

Une incitation née au niveau des annexes va se propager suivant les nerfs utéro-ovariens : de là, d'après Stanca, elle pourrait suivre deux trajets différents :

a) L'influx nerveux passerait dans le plexus sympathique qui entoure l'artère spermatique, puis gagnerait, par son intermédiaire, le sympathique périaortique et, avec lui, remonterait tout le long de l'aorte, franchissant le diaphragme et atteindrait ainsi, par les rami-communicantes, les nerfs intercostaux supérieurs.

b) Selon une deuxième hypothèse, l'incitation centripète suivant les nerfs utéro-ovariens, gagnerait les nerfs intermésentériques anastomosés avec les nerfs lombaires, provoquant ainsi des douleurs rénales, ou bien, par l'intermédiaire du plexus rénal, elle gagnerait le plexus solaire et, par les nerfs splanchniques, aboutirait ainsi aux six derniers nerfs intercostaux, peut-être même au cinquième. Là, les filets sympathiques vont s'articuler, au niveau du ganglion spinal ou de la corne latérale de la moelle, avec le système de la vie de relation et l'excitation gagnant ainsi les centres supérieurs, déterminerait une perception, gagnant ainsi les centres supérieurs, déterminerait une perception douloureuse consciente qui serait rapportée non pas aux annexes, mais au territoire périphérie des derniers nerfs intercostaux.

Pour Head, la topographie cutanée des douleurs annexielles serait moins étendue : cet auteur a établi, par les simples données de la clinique, que les nerfs de l'ovaire tiraient leur origine

du 10e segment dorsal de la moelle, ceux de la trompe des 11e et 12e.

Ainsi, d'après cet auteur, les dermatomes des annexes s'étendraient de D^{10} à D^{12} ou L^1.

Cet auteur a en outre, signalé que la deuxième racine cervicale pouvait livrer passage à des voies de la sensibilité de l'ovaire.

Ainsi l'incitation provocatrice de la douleur née au niveau des annexes de l'utérus serait conduite à la moelle par les nerfs du système sympathique : à ce niveau, elle se raccorderait aux voies de la sensibilité cérébro-spinale et atteindrait la corticalité. Là, devenue consciente, elle serait projetée au niveau du territoire cutané répondant au segment médullaire primitivement touché par l'excitation du sympathique et constituant le dermatome des annexes. N'est-ce point là l'énoncé même du réflexe viscéro-sensitif de Mackenzie tel que nous l'avons exposé plus haut ?

Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'étude des douleurs élevées. Certes, elles sont loin d'avoir une rigueur scientifique, et très souvent il nous a été difficile de sortir d'un domaine purement doctrinal. Parfois nous avons raisonné par analogie, avec ce que nous savions des douleurs élevées dans les autres domaines viscéraux, où, d'ailleurs, règne aussi la même imprécision en raison du caractère essentiellement subjectif de la douleur et de ses difficultés d'analyse.

Les recherches expérimentales sur l'animal n'ont pas pu être mises en œuvre, néanmoins nons pensons qu'il ne faut pas les abandonner complètement.

Mais les meilleures expériences, celles qui en tout cas seront, nous le pensons le moins sujettes à caution, nous sont offertes par les interventions chirurgicales. Il nous faut multiplier ces constatations au cours des interventions chirurgicales. Il nous faudra aussi analyser minutieusement l'existence de douleurs élevées chez des femmes ayant subi des énervations de l'ovaire ou des sections du nerf présacré.

En somme, sous ce rapport, l'aveni semble surtout réservé à la chirurgie humaine pratiquée sous-rachianesthésie ou anesthésie paravertébrale.

Conclusions

Au cours des affections utéro-annexielles, à côté syndrome du douloureux abdomino-pelvien, il n'est pas rare d'observer des douleurs apparaissant à distance du foyer génital. Elles peuvent siéger en un point quelconque, mais on les rencontre avec une particulière fréquence dans les régions thoracique, scapulo-humérale ou cervico-nuchale, d'où la dénomination de « douleurs élevées » que nous proposons pour les désigner.

Dans les affections utéro-annexielles, et dans les épanchements limités à la sphère pelvienne, les douleurs élevées sont la manifestation :

1° soit d'un réflexe sympathique, quand elles se traduisent à distance par des douleurs viscérales, dues à la perturbation secondaire d'un viscère, à l'occasion d'une lésion génitale : ce sont les viscéralgies, appartenant au grand groupe des deutéropathies d'origine génitale ;

2° soit d'un réflexe à la fois sympathique et cérébro-spinal, quand elles se manifestent sous la forme de douleurs superficielles (dites dermalgies, dermatomes douloureux, topoalgies réflexes, douleurs « rapportées » aux téguments « referred pains, de Dana ») suivant le mécanisme du réflexe viscéro-sensitif de Head-Mackenzie.

Dans les épanchements libres atteignant l'abdomen supérieur, les douleurs élevées sont l'expression d'une névralgie phrénique, due à l'irritation des filets nerveux du diaphragme par la masse sanguine. Elles sont, dans ce cas la manifestation d'un réflexe cérébro-spinal.

Apparaissant le plus souvent au milieu du cortège des phénomènes douloureux pelviens, les douleurs à distance ont été considérées pendant longtemps comme de simples irradiations des douleurs pelviennes, leur interprétation physio-pathogénique et leur valeur diagnostique restent à peu près méconnues.

Quand elles apparaissent seules, ou qu'elles occupent, par leur intensité et la brutalité de leurs manifestations, le premier plan du tableau clinique, elles peuvent si on n'est pas prévenu de leur existence, aiguiller le diagnostic vers une affection d'organes sous-jacents.

On les rencontre dans les affections utéro-annexielles, notamment dans les infections salpingo-ovariennes et, plus rarement, au cours des grossesses angulaires et de l'avortement.

C'est dans la grossesse extra-utérine qu'on les a observées le plus fréquemment, sans doute en raison de leur intensité très grande au cours de cette affection. C'est là aussi qu'elles acquièrent une valeur diagnostique de premier plan, particulièrement lorsqu'elles sont tardives et se manifestent quelques instants ou quelques heures après la douleur pelvienne.

Localisée du même côté ou du côté opposé à la rupture (douleur croisée), précoce ou tardive, associée à d'autres douleurs pelviennes ou isolée du syndrome ectopique, la douleur élevée peut être, dans les cas douteux difficiles d'interprétation, le symptôme précieux d'une perturbation pelvienne, d'un suintement sanguin qui distend le Douglas et menace d'envahir la cavité péritonéale.

La douleur élevée devint danc ce cas le cri d'alarme qui commande l'intervention d'urgence et mérite à ce titre d'entrer dans le cadre nosologique de la grossesse extra-utérine.

Lorsqu'elle se manifeste sans cause connue, elle est par elle-même une raison suffisante pour imposer immédiatement l'exament gynécologique le plus prudent et le plus attentif.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

La rachianesthésie en gynécologie et en obstétrique

De l'étude de 300 anesthésies lombaires en gynécologie et en obstétrique et dont un bon nombre a été pratiqué par lui, M. René Meylan (*Gynécologie et obstétrique*, mai 1937) tire les conclusions suivantes.

La rachianesthésie facilite grandement les opérations du bas ventre par le silence abdominal parfait et le relâchement musculaire complet qu'elle permet d'obtenir.

Elle laisse à l'opérée ses réflexes de défense contre la maladie, car si la narcose est une méthode d'intoxication générale et temporaire de l'organisme, la rachianesthésie n'est qu'un moyen d'interruption fonctionnelle simple de la conduction nerveuse, limitée aux parties basses du névraxe.

Un avantage que les opérées sont les premières à apprécier est leur état excellent dans les heures qui suivent l'intervention. Pas de réveil pénible, de malaises, de vomissements douloureux. Chacun est frappé d'étonnement en voyant l'état général et l'aspect calme et reposé des malades même après de graves opérations. La soif peut être étanchée et, bonne prophylaxie des phlébites, la malade rehydratée. Les gaz font spontanément leur apparition, dans la règle le premier jour et l'usage de médicaments tels la prostigmine, le sérum salé hypertonique, est beaucoup plus restreint qu'après les narcoses. La douloureuse crise des gaz est ainsi évitée.

Particulièrement dans les petits centres où l'on ne dispose pas d'anesthésiste spécialisé, la rachi, effectuée par le chirurgien, lui permet ensuite de concentrer toute son attention sur l'acte opératoire.

Les affections de l'arbre respiratoire se développent après la rachi d'une façon plus exceptionnelle et affectent une allure de moindre gravité, même chez les personnes âgées. Préexistantes à l'opération elles ne sont pas une contre-indication à la rachianesthésie.

Parmi les désavantages de la rachianesthésie quelques opérées regrettent la conservation de la conscience ; d'autres au contraire l'apprécient, redoutant par dessus tout l'angoisse du masque et des malaises du réveil de la narcose. Il peut être utile, au cours de l'opération, de converser avec la patiente pour obtenir un renseignement anamnestique ou afin de la consulter au sujet du sacrifice d'un organe.

La crainte, très répandue dans le public, de la ponction lombaire et de ses suites pénibles est heureusement dissipée chez les futures opérées par leurs compagnes de salle, satisfaites de s'être prêtées à ce mode d'anesthésie et par la préparation morale qui incombe au personnel hospitalier. La technique de M. Meylan ne comporte aucune soustraction de liquide, contrairement à la ponction lombaire exploratrice qui provoque une forte hypotension rachidienne.

L'anesthésie lombaire ne convient pas aux malades souffrant d'un nervosisme exagéré, qui réagissent violemment à la simple sensation de contact. Les personnes impressionnables craignent d'assister à leur propre opération ; chirurgiens et personnel doivent apprendre à travailler sans bruit et sans éclat de voix.

La position déclive est pénible pour les malades qui se

soumettent à une rachianesthésie ; cependant, grâce au silence abdominal obtenu, elle est moins prononcée qu'en narcose.

M. Meylan ne manque pas de signaler les accidents tardifs qui s'inscrivent au désavantage de la rachi.

En outre, il faut admettre que le pourcentage de mortalité est un peu plus élevé que pour les autres méthodes usuelles d'anesthésie. Une statistique de 300 cas avec un décès est trop restreinte pour pouvoir formuler une opinion définitive, mais on peut rappeler les chiffres obtenus par Forgue et Basset : 0, 76 ‰ ; par Angelesco et Tzovaru : 0,31 ‰ ; par von Brunn : 0,5 ‰.

Si la mortalité par rachianesthésie est relativement lourde et effraie certains chirurgiens qui n'ont pas expérimenté les avantages de cette méthode, il convient de tenir compte du fait que beaucoup d'auteurs recommandent la rachianesthésie, lorsque l'opération représente une indication vitale et que la narcose pour une raison quelconque (faiblesse cardiaque, affections pulmonaires ou rénales, âge avancé, etc.), n'est pas à recommander. De toute évidence la rachianesthésie est souvent mieux supportée par des organismes altérés ; il serait cependant très dangereux, d'après M. Meylan, de généraliser cette opinion et de faire d'une contre-indication de la narcose une des indications de la rachianesthésie. Aussi M. Meylan, en terminant ce travail, rappelle-t-il quelles sont les contre-indications de la rachi qu'il s'est toujours imposé de respecter strictement :

les infections aiguës, les septicémies ;

les affections organiques du système nerveux central (syphilis, ancienne méningite ou encéphalite) ;

les états hypotensifs (anémie prononcée, shock, hypotension) ;

les affections cardiaques mal compensées et l'artériosclérose ;

les affections hépatiques et rénales (azotémie) avec insuffisance fonctionnelle marquée.

Contre-indications relatives :

âge (pas en dessous de 15 ans, ni au-dessus de 65 ans) ;
briéveté et bénignité de l'intervention ;
pusillanimité extrême du sujet.

V. G.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Un ictère survenant — sans cause — au cours de la vie d'un individu doit faire suspecter immédiatement la syphilis. — On pourrait paraphraser pour l'ictère catarrhal ce qui a été dit autrefois de la pleurésie *a frigore* : « Tout ictère sans fièvre ou avec fébricule qui n'a pas fait sa preuve est un ictère syphilitique », de la même façon qu'on disait et qu'on dit encore avec Landouzy : « Toute pleurésie séro-fibrineuse qui n'a pas fait sa preuve est tuberculeuse ».

A un concours de médecin des hôpitaux, le diagnostic d'ictère catarrhal typique fut porté par le jury et le candidat. Aucune étiologie n'avait été relevée ; une syphilis récente était cependant patente. A un autre concours, un ictère, dit catarrhal, fut proposé au candidat, qui posa ce diagnostic, de même que le jury. Là encore, la syphilis était en cause.

Un signe différentiel capital d'avec les ictères gastro-intestinaux infectieux, c'est l'état de la langue, qui est rose, humide, non saburrale, ou à peine saburrale, ainsi qu'on l'observe d'ailleurs dans les ictères syphilitiques secondaires les plus typiques survenant au cours de la roséole ou en contemporanéité avec des éruptions syphilitiques flagrantes.

Cet ictère est un peu plus fréquent à la période secondaire de la syphilis qu'aux périodes tardives, mais on peut l'observer également plusieurs années après le chancre, apparaissant, comme ici, sans cause apparente.

Le cyanure de mercure paraît être le traitement de choix, à cause de ses propriétés diurétiques.

(J. Milian. — Ictère catarrhal et syphilis. *Paris Médical*, 10 juillet 1937.)

A côté des processus infectieux dont la vésicule est le siège, il faut de plus en plus faire une place à des processus aseptiques, ici toxiques, là simplement irritatifs qui peuvent déterminer des ruptures vasculaires en surface ou en profondeur et par là des hémocholécystes : ces hémocholécystes ne se distinguent en rien des cholécystites infectieuses calculeuses ou non, sauf cependant deux caractères plus évidents :

Le premier, la brutalité de la dernière poussée vésiculaire avec réaction péritonéale ;

Le second, la dureté anormalement résistante de la vésicule biliaire.

(Noël Fiessinger, André Bergeret et J. Leveuf. — Les hémocholécystes. *La Presse Médicale*, 10 juillet 1937.)

On ne peut individualiser une migraine thyroïdienne, aucun argument ne permettant de prouver que la migraine est liée à une hypofonction du corps thyroïde ; mais l'efficacité du traitement thyroïdien impose l'utilisation de l'extrait thyroïdien dans le traitement de la migraine, en dehors de toute notion de spécificité endocrinienne.

(Roland Leven. — Le traitement thyroïdien de la migraine. *Journal des Praticiens*, 17 juillet 1937.)

Le dosage, après les opérations, de certains éléments organiques et minéraux du liquide céphalo-rachidien, est susceptible de fournir au chirurgien des renseignements précieux.

Les modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien, à la suite des interventions concordent avec celles du sang et des urines. Elles consistent en l'augmentation du taux des polypeptides et du glucose, et en la diminution des chlorures. Ce sont plutôt des indications du sens dans lequel ont tendance à se produire ces modifications sous l'influence de l'intoxication opératoire.

Le syndrome nerveux de la maladie post-opératoire est l'expression clinique des perturbations subies par le liquide céphalo-rachidien.

(S. Tzovarii et Dém. Théodoresco. — Recherches sur les modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien après les opérations. *La Presse Médicale*, 14 juillet 1937.)

Clinique gynécologique

Les salpingites tuberculeuses forment un groupe important dans le cadre des salpingites qui mènent à l'opération. Lorsqu'on examine systématiquement au microscope toutes les pièces et qu'on multiplie suffisamment les coupes, on arrive à un pourcentage d'environ 10 %.

Les symptômes d'une salpingite qui n'est pas d'une virulence extrême s'améliorent par le repos et s'aggravent par le mouvement. Les symptômes d'une salpingite tuberculeuse ne s'améliorent pas par le repos et ne s'aggravent guère par le mouvement.

Une salpingite banale s'améliore avec le temps, — peu ou beaucoup. Une salpingite tuberculeuse ne se modifie guère. Elle garde les positions acquises ou les augmente : c'est ainsi qu'on voit, parfois, l'autre côté se prendre, sans motif.

La glace est souvent mal tolérée par les lésions bacillaires..., de même que la diathermie.

On peut quelquefois soupçonner la nature bacillaire d'une masse annexielle, plus rarement, un « faisceau d'arguments » permet d'être affirmatif, et, dans la plupart des cas, le diagnostic se fait seulement en cours d'opération.

Et encore l'aspect macroscopique ne suffit-il pas toujours pour faire reconnaître la tuberculose et l'examen histologique est il souvent nécessaire.

Le médecin se doit de tout mettre en œuvre pour arriver à un diagnostic avant opération. La salpingite banale appelle des moyens médicaux ou physiothérapiques — en principe. La salpingite tuberculeuse est justiciable de la chirurgie, des rayons X ou d'une héliothérapie rigoureusement menée.

(Henri Vignes. — Diagnostic des salpingites tuberculeuses. *Journal des Praticiens*, 12 juin 1937.)

Quelle que soit la forme de l'abcès du poumon — simple ou putride — la thérapeutique par les ondes courtes doit être essayée avant d'envisager l'intervention chirurgicale. Le traitement doit être commencé le plus tôt possible et avant la dixième semaine de la suppuration pulmonaire ; pratiqué à temps la guérison est souvent assurée et permet ainsi d'éviter la mutilation chirurgicale.

Dans les formes chroniques, une série de quinze séances environ rend un service précieux. Le malade retrouve ses forces, les lésions pulmonaires régressent dans leur étendue, l'opération est facilitée de ce fait.

(Docteur Portret et Boadaghian. — Traitement des abcès du poumon par les ondes courtes. *La Médecine*, juin 1937.)

L'anorexie mentale demande sans retard un traitement dont l'isolement, la réalimentation, la psychothérapie sont les trois éléments fondamentaux.

L'isolement est la premiere chose à savoir exiger de la famille.

Le traitement sera contrôlé rigoureusement et constamment par le médecin.

La réalimentation doit être aussitôt tentée. On donnera d'abord du lait, par cuillerées à café toutes les cinq ou dix minutes. Puis on augmentera rapidement les rations pour atteindre 4 ou 5 litres en une dizaine de jours. On reprendra à ce moment une alimentation normale.

Il est parfois utile, sinon de recourir au gavage, du moins d'en faire la menace dans les cas où la résistance au début est invincible. Si la déshydratation est intense il peut être nécessaire de donner du sérum glucosé.

La psychothérapie est le point le plus délicat du traitement. Il faut savoir se montrer ferme, éviter de se laisser duper et d'entrer en conflit avec l'anorexie. Celle-ci doit sentir que le médecin est maintenant devenu « le maître », comme l'a dit Charcot. Selon Dubois on doit « ajouter à la persuation et à la « parole entraînante une douce contrainte morale. On s'adres- « sera moins au raisonnement, qui ne donnerait aucun résultat, « qu'à l'action ».

L'opothérapie ovarienne devra toujours être associée. L'intérêt porté à cette médication glandulaire s'est accru avec l'importance donnée à la dysendocrimie comme facteur étiologique de l'anorexie mentale. Les injections d'insuline peuvent enfin, dans certains cas se montrer d'une incontestable utilité.

Les modifications de l'état mental, le désir de guérir, le retour des règles sont d'excellents éléments de pronostic. Le traitement doit être appliqué assez longuement : au bout de deux à trois mois on peut considérer la malade comme guérie.

Le pronostic immédiat de l'anorexie mentale est loin si une thérapeutique avisée est précocement mise en œuvre. Cependant si l'intervention médicale est trop tardive l'évolution peut être mortelle dans 13 % des cas, dit-on. On admet en règle générale qu'une diminution de poids de 50 % implique un pronostic fatal.

(Lionel Vidart. — L'anorexie mentale. *Gazette des hôpitaux* 3 juillet 1937.)

L'action antidiabétique de l'ail — reconnue depuis longtemps par la médecine populaire norvégienne a été confirmée par plusieurs auteurs.

Cette action hypoglycémiante varie, semble-t-il, avec l'extrait employé en raison de l'association possible avec des principes hyperglycémiants existant dans le produit naturel et aussi avec l'époque à laquelle la plante a été recueillie. Les extraits riches en soufre et en alcaloïdes semblent les plus efficaces ; ils agissent en 1 à 5 heures. De plus, la glycémie à jeun demeure basse durant plusieurs jours.

Même à forte dose ces extraits hypoglycémiants semblent peu toxiques ; ils semblent malheureusement de conservation malaisée.

(Remy Leven. — L'ail. *Gazette des hôpitaux*, 19 mai 1937.)

Varia

Des malades nous disent ne pas supporter telle ou telle médication ; dès que la diététique est mise en œuvre, ils les tolèrent parfaitement.

L'action de la diététique nous apparaît si active que tout traitement nous semble incomplet, s'il ne comporte pas des conseils alimentaires.

(G. Leven. — Syphilis et diététique : les pseudo intolérances aux médicaments. *La Clinique*, juin 1937 (A).

***

J'ai vu, depuis plus de trente ans, des dizaines d'érythèmes noueux.

J'ai remarqué que ceux qui suivent une affection suspendant l'état d'allergie sont particulièrement redoutables.

Par contre, ceux qui apparaissent spontanément, pourrait-on dire, sont beaucoup plus discrets dans leurs conséquences.

Le pronostic lointain de « l'érythème noueux » est fonction des circoustances de son apparition. C'est le moins qu'on puisse dire actuellement, jusqu'à plus ample informé. (Docteur Paul Durand (de Courville), *Journal des Praticiens*, 10 juillet 1937.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE

Un cas de spirochétose ictéro-hémorragique est rarement diagnostiqué d'emblée. Dans une observation curieuse et détaillée de J. Audureau (de Jallais) la clinique posait le diagnostic de méningite, tandis que le laboratoire affirmait du méningisme, grevé de lymphocytes et lié à un syndrome hépato-rénal. Le consultant, Denéchau, fut frappé par la réaction conjonctivale qu'il avait constatée chez des sujets atteints de spirochétose ictéro-hémorragique et l'inoculation au cobaye confirma le diagnostic.

A quelques centaines de mètres de la ferme habitée par le malade, près de la Loire, une carrière abandonnée, réceptacle des eaux de pluie, se transformait de temps à autre en petit étang et abritait une faune variée et indésirable ; deux variétés de rongeurs pullulaient : le rat d'eau et le rat gris.

Il est de plus en plus urgent de détruire les rats et en attendant, de penser à la spirochétose.

(J. Audureau. Un cas de spirochétose ictéro hémorragique. *Archives médicales d'Angers*, juin 1937.)

L'étiopathologie du rhumatisme chronique progressif ankylosant reste obscure ; aussi importe-t-il de signaler la contribution des faits expérimentaux apportés par Georges Mouriquand.

Il avait réalisé chez le cobaye un scorbut expérimental chronique à évolution prolongée sans atteinte notable de l'état général ; des recherches récentes lui ont permis de montrer que des doses différentes d'acide ascorbique peuvent être, suivant leur importance, soit à la fois antiscorbutiques et antidystrophiques.

Les faibles doses (de l'ordre de un demi à un milligramme d'acide ascorbique) permettent l'évolution d'un scorbut typique à grosses manifestations ostéohémorragiques, sans atteinte ou avec atteinte retardée de l'état général et pondéral.

En poussant très loin ce type d'expérience on a noté, vers le centième jour de la carence, une ankylose progressive des articulations du genou et des coxo-fémorales, interdisant le jeu des membres postérieurs ; la radiographie montre un aspect soufflé des diaphyses fémorales avec épaississement périostique, décalcification plus ou moins diffuse des fémurs et des tibias, état flou des articulations coxo-fémorales et des genoux.

Il y a là une tentative de réalisation du rhumatisme chronique entraînant des conséquences pratiques d'une importance qui n'échappera à personne.

(G. Mouriquand. Essai de realisation du rhumatisme chronique par carence. *Gazette Médicale du Sud-Ouest* 15 juin 1937.)

Deux observations d'arthrite suppurée du genou, à peu près comparables, ont eu une évolution différente.

Dans les deux cas les conditions étaient identiques : origine traumatique par accident survenu quatre jours auparavant chez deux jeunes gens, signes locaux et généraux d'infection très aiguë avec température dépassant 40°, arthrotomie, etc.

Dans les deux cas la thérapeutique médicale fut différente ; dans le premier on utilisa la pyoformine, la septicémine, les stock-vaccins et l'auto-vaccin ; dans le second on utilisa le rubiazol et le sérum de Vincent.

Bien qu'une comparaison entre deux cas ne permette pas de tirer des conclusions certaines, l'évolution fut meilleure et plus rapide dans le second.

(Cevereau. Deux observations d'arthrite suppurée du genou. *Centre médical*, mai 1937.)

« **Des syphiligraphes éminents mettent au point** chaque année la question du traitement de la syphilis » et chacune de ces études est à prendre en considération.

Il y a la syphilis et il y a des syphilitiques ; il y a le tréponème à détruire et il y a le malade à guérir.

Voici quelles sont les opinions de Griveaud :

1° Il y a une question de résistance de terrain et une question de résistance de souche.

2° Il y a une question de doses : identiques pour le mercure et le bismuth parce que seule tolérées, variables pour les arsénobenzols et l'iodure.

3° Les traitements conjugués sont peu recommandables ; il n'en va pas de même des traitements alternés.

4° Le cyanure est le moins brillant, mais le plus constant des antisyphilitiques.

5° La voie intramusculaire ne fait que retarder, sans les éviter, les accidents dus aux arsenicaux ; leur emploi comporte de gros risques, mais mieux vaut les courir franchement.

6° La différence entre les diverses préparations bismuthiques est peu sensible, à dose égale de bismuth métal.

7° L'iodure est surtout et presque exclusivement un médicament antilésionnel.

8° Plutôt que de traiter pendant vingt ans un syphilitique, dont le traitement de début a été correct, il serait préférable de le laisser en paix armée (sous surveillance clinique et sérologique) et de lui refaire systématiquement, au cours de neuvième et de la douzième années, une cure d'assaut modèle réduit.

9° L'écueil est, à notre époque de lutte officielle, d'avoir nn traitement standard d'une syphilis administrative.

10° Le malade doit être suivi par le *même* médecin.

(Criveaud. Idées actuelles sur le traitement de la syphilis *Clermont médical*, 15 mai 1937.)

L'hégémonie des barbituriques est consacrée par la mode, bien qu'elle n'aille pas sans danger.

Dès qu'un coma peut être rapporté à un dérivé barbiturique il convient d'appliquer systématiquement le traitement strychnique, quel que soit le produit en cause, quelle que soit la dose ingérée ; il doit être institué uniquement par voie veineuse.

La strychnine agit non comme un curatif, mais comme un antidote ; elle permet à l'organisme de *tenir* pendant les quelques jours nécessaires à l'élimination du toxique.

Les échecs peuvent relever de plusieurs facteurs : mise en œuvre trop tardive du traitement, doses trop faibles, insuffisance des émonctoires, collapsus cardiaque subit.

(Roland et Evrard. L'intoxication barbiturique. *Revue médicale de la Franche-Comté*, mai 1937.)

Varia

L'hypertension artérielle a mauvaise réputation (Ed. Doumer, de Lille).

Les enfants mangent mal pour la plupart. Les uns mangent trop, les autres mangent trop vite ; un petit nombre ne mangent pas assez (Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux).

J. Lafont

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La maladie d'Osler ou endocardite maligne lente ne se présente pas toujours avec toute sa symptomatologie caractéristique.

Elle peut prendre d'emblée un masque trompeur qui risque d'égarer le diagnostic : telles sont les formes rhumatismales, purpuriques pures, hémiplégiques d'emblée.

Elle peut également évoluer, du moins pendant une période assez longue, avec une symptomatologie réduite, pour ne pas dire nulle : fièvre et c'est tout. Voici alors ce qui se passe :

« Si le malade consulte au cours du premier septénaire, il s'entend dire qu'il a la « grippe », diagnostic qui satisfait pour un certain temps le médecin et le patient. Mais au bout de deux ou trois semaines, la situation paraissant s'installer, il devient nécessaire d'envisager une autre hypothèse : si la rate est un peu augmentée, si la langue est un peu couverte, s'il existe un peu de diarrhée, on prononce le nom de « fièvre typhoïde » et les épreuves de laboratoire habituelles sont demandées. Réponse : réaction de Widal négative, hémoculture négative. Dix ou vingt jours plus tard on réitère : mêmes réponses négatives. Alors on met en avant le terme commode « colibacillose », à moins qu'on n'invoque le spectre d'une tuberculose « cachée quelque part ». Après deux ou trois mois, les signes caractéristiques de la maladie d'Osler finissent par se révéler et l'on comprend enfin.

(O. Weill. Quelques remarques à propos d'un cas de maladie d'Osler. *Scalpel*, 15 mai 1937.)

La localisation vertébrale de l'arthropathie tabétique se rencontre assez rarement : aussi convient-il de signaler le cas suivant :

Il s'agit d'un homme de 61 ans, atteint de syphilis depuis 28 ans. Il a présenté successivement une sciatique double, des douleurs rhumatismales dans les reins, des élancements dans les jambes, de nouveau une sciatique double.

L'examen neurologique donne un tabes dorsal avec processus spondylique.

La radiographie montre un tassement des trois premières vertèbres lombaires avec disparition des espaces intervertébraux et une fracture oblique irrégulière, qui intéresse les corps des IIe et IIIe vertèbres lombaires.

La conclusion à en tirer c'est qu'il faut se méfier des fractures des vertèbres chez les tabétiques.

(State Draganesco et Jean Dumitresco. Quelques considérations sur l'arthropathie tabétique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*, avril 1957.)

La chirurgie a suivi, au cours des dernières années, une évolution parallèle à celle des autres sciences médicales. Il y a vingt ans encore, la chirurgie était basée presque exclusivement sur des sciences morphologiques, anatomie normale, anatomie pathologique et bactériologie. Les progrès de la physiologie et de sa sœur cadette, la biochimie, ont amené des découvertes importantes dans divers domaines et plus particulièrement en endocrinologie. Non seulement la chirurgie n'est pas restée étrangère à cette évolution, mais encore la physiologie générale lui doit des acquisitions d'autant plus précieuses qu'elles reposent sur des observations cliniques, c'est-à-dire sur l'étude de la physiologie humaine.

La connaissance du rôle des hormones a élargi le champ d'action de la chirurgie et lui a permis d'intervenir pour accélérer ou freiner des syndromes physio-pathologiques, où la médecine était impuissante.

(L. Mayer. Les progrès de la chirurgie endocrinienne. *Bruxelles-Médical*, 16 mai 1937.)

Le traitement du cancer du sein est en pleine évolution. — Certains chirurgiens font une mastectomie locale avec irradiation post-opératoire ; d'autres n'opèrent plus leurs malades et les irradient ; d'autres enfin recommandent la radiothérapie pré-opératoire.

La méthode d'irradiation directe atteint les viscères sous-jacents ; il fallait en trouver une autre qui fut inoffensive ; la méthode tangentielle d'Holfelder semble donner satisfaction; elle est employée couramment au Centre des tumeurs de Bruxelles.

(G. Melot. L'irradiation tangentielle du thorax pour néoplasme du sein. *Scalpel*, 15 mai 1937.)

La posologie des sels d'or est toujours d'actualité ; celle de Stockler est à signaler.

Il a employé la sanocrysine, la crysalbine, le lopion, l'allocrysine, le sulfocrysol, les solganal A et B.

Dans les cas graves ou anciens, il commence par 1 centigramme, passe ensuite à 2,5 et 5 centigrammes ; il répète trois ou quatre fois cette dose ; il procède de même avec les doses de 10, 15, 20, 25 et 30 centigrammes ; les injections sont hebdomadaires.

Dans les cas en période d'accalmie, on peut progresser plus rapidement et à des intervalles plus rapprochés.

Naturellement on modifie les dosages et les intervalles en se basant sur les réactions et les résultats.

(A.-L. Stockler. Os saes de ouro na tuberculose pulmonar. *O Hospital*, mai 1937.)

La formule des gouttes amères de Baumé devrait être modifiée ; l'auteur après avoir etudié sept formes de préparation, donne la préférence à une teinture acide à 1/10 avec de l'alcool à 70° par lixiviation.

(Oscar Augusto Rossi. Gotas Amargas de Baumé. *Prensa Medica Argentina*, 21 avril 1937.)

Varia

Pour dire, dans un cas récent, qu'il y a accident donnant droit aux indemnités d'assurance, il ne faut pas se borner à affirmer que, du point de vue médical pur, il y a traumatisme ; il faut encore examiner si, au sens de la loi, il y a bien eu accident (D. Pometta, de Lucerne).

J. Lafont.


POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS à STREPTOCOQUES et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC.
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE et ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e
Tél. Vaugirard 11-23
A.S.I.P.

Echos et Glanures

Hippocrate et l'auscultation de la poitrine. — *Hippocrate, ses disciples et ses contemporains pratiquaient l'auscultation de la poitrine, dit M. Souques* (PRESSE MÉDICALE, 3 juillet 1937) :

Cette méthode leur a fait découvrir quatre bruits stéthacoustiques.

1° Le bruit de vinaigre bouillant ;
2° La fluctuation du liquide contenu dans la poitrine ;
3° Le bruit de cuir ;
4° La résonance de la voix.

Les deux premiers ont été relevés dans les livres hippocratiques par Laënnec, et le troisième par Littré ; quant au dernier, il a passé inaperçu jusqu'ici, du moins à ma connaissance.

Il est certain qu'ils ont commis des erreurs, quant au siège et quant à la valeur séméiologique de ces bruits : Il n'en pouvait être autrement, vu leur ignorance de l'anatomie et des maladies de la plèvre. Il n'en reste pas moins qu'ils doivent être regardés comme les précurseurs de Laennec. Précurseurs primitifs et balbutiants, mais précurseurs incontestables, qui, soit en secouant le malade par les épaules, soit en le faisant parler, ont trouvé deux importants procédés d'investigation clinique. Cela n'enlève rien à l'immortel génie de Laennec, inventeur de l'auscultation médiate, qui connaissait, lui, l'anatomie de la plèvre, qui a pu contrôler son oreille par la nécropsie et édifier ainsi sur des bases indestructibles, non seulement la séméiologie, mais encore la pathologie de la plèvre et du poumon.

Les journaux de Nicolas de Blégny. — *Nicolas de Blégny, dit M. Levy-Valensi* (PARIS MÉDICAL, 3 juillet 1937) *s'inscrit seulement troisième, après Denis de Sallo et le médecin Denis, parmi les fondateurs de la Presse Médicale Française.*

C'est sans déplaisir que nous pouvons ainsi refuser comme chef de file celui qui fut médecin et chirurgien contesté, charlatan, escroc, et un tantinet proxénète. Cependant il faut reconnaître que, plus que ses prédécesseurs, Nicolas de Blégny a fait à la médecine dans ses publications, une place prépondérante.

Le 2 février 1679, le roi donne « privilège à Nicolas de Blégny de faire imprimer les nouvelles découvertes qu'il a faites, qu'il fera cy après ou qu'il pourra recouvrer d'ailleurs sur toutes les parties de la médecine, par volumes ou par cahiers, à mesure qu'il les aura découvertes. »

Motifs : « Nous a très humblement fait remontrer qu'à l'occasion des livres de médecine qu'il a composez et publiez, et des machines qu'il a inventées et débitées avec notre permission, pour parvenir plus facilement à la guérison de diverses maladies, il aurait enfin étably une grande correspondance entre les médecins, chirurgiens, apothicaires et autres gens faisant la médecine tant de notre royaume que des pays étrangers, etc... »

Le privilège de Blégny lui est accordé pour six ans. Il en bénéficiera seulement pendant trois ans (1679-1681).

La contribution des Juifs à la fondation des Ecoles de Médecine en France au Moyen-Age. — La fondation des Ecoles de médecine par les Juifs se base sur des faits historiques incontestables.

Après la destruction du Temple par les Romains et la dispersion des Juifs dans le monde entier, ceux-ci, dit M. Askenasi (Thèse de Paris, 1937), désireux de maintenir des liens spirituels parmi les Juifs en exil, fondèrent partout des académies. Ces académies sont antérieures aux écoles de France. C'est ainsi que Rabbi Gamaliel enseignait à Jabné, R. Siméon et Ichouda ha Kodesch en Tibériade, R. Alba Aricha à Mechasia, R. Samuel à Nahariada, R. Asche à Sura, R. Todros en Alexandrie, R. Hanina, l'astrologue, à Séphoris, 180-250.

Les académies de Pumbaditha, Bagdad, Ninive, furent imitées. Les Juifs avaient donc la tradition de l'enseignement. Dans ces académies, tout d'abord théologiques, les rabbins furent amenés, par la Bible et le Talmud, à étudier les sciences, l'astrologie, la botanique, la zoologie, et surtout la médecine.

Envoyé par Haroun et Raschid et invité par Charlemagne, Rabbi Meir Makhir de Bagdad va fonder la première école de médecine à Narbonne, au VIIIe siècle.

Plus tard, un élève anonyme de Rabbi Abon de Lune va fonder l'école de médecine de Montpellier (J. Astruc) ; d'autres rabbins vont contribuer à l'essor grandissant de cette école. Du IX au XIVe siècles, toute la culture rabbinique s'épanouit en France, et comme nulle part en Europe, dans ce pays vécurent les plus grands esprits du judaïsme au Moyen-Age.

François Bernier, médecin historien et voyageur. — *Peu connu, ce François Bernier, Angevin du XVIIe, et M. L. Bouger a été bien inspiré de lui consacrer son travail inaugural* (Thèse de Paris, 1937).

François Bernier naquit à Joué en Anjou en 1620. Protégé par Rochard de Champigny et Luillier, il connut de bonne heure Gassendi, rénovateur de la doctrine d'Epicure. Au retour d'un voyage de trois ans (1647-1650) en Europe, le jeune philosophe, alarmé par la santé de son vieux Maître, resta de longues années en Provence, occupant son séjour à préparer auprès de ce dernier, puis à prendre le grade de docteur en médecine à la Faculté de Montpellier (1652)

Après la mort de Gassendi, Bernier partit aux Indes où il devint médecin du Grand Mogol. Des pays visités, il rapporta de nombreuses observations, quelques-unes médicales, telle

celle sur la filaire de Médine que M. Bouger a relevé et transcrite.

Bernier passa douze ans dans l'Hindoustan, visitant et explorant de nombreuses contrées ; le récit de tous ces voyages, dont celui au Cachemire (interdit avant lui aux Européens), a été fait dans les *Voyages*... qui parurent en 1699 et que le Gouvernement fit réimprimer en août 1830 pour « donner du travail aux ouvriers typographes ».

Revenu en France, Bernier consacra les dernières années de sa vie à la philosophie, aux lettres et aux sciences. Il mourut à Paris, en 1688.

M. Bouger fait remarquer que Bernier fut le premier qui, sans se soucier des théories monogénistes et polygénistes en rivalité à l'époque, essaya de déterminer les races. Il ne basa par son système sur le seul critère de la coloration des téguments, mais sur certaines observations différentielles, telles : la complexion, le faciès, les proportions qui constituent trois des six caractères raciaux admis actuellement par les auteurs les plus modernes.

Bernier fut donc un précurseur dans l'une des branches de la science anthropologique alors naissante et son œuvre a eu l'influence la plus nette sur les savants qui le suivirent dans la voie qu'il avait tracée.

La politique et la médecine verbales. — *Sous ce titre un article de M. le Docteur Charles Fiessinger dans* L'Écho de Paris (24 juillet 1937). *En voici un extrait* :

... Voici où la distinction commence. La politique régresse. Où est l'esprit de discernement farouche de Machiavel ? Ce dernier se débattait contre des éventualités hostiles moyennant des prises de contact un peu rudes avec le monde extérieur. Puis, peu à peu, en France du moins, la politique, qui était un art de conduite, se rabattit au rôle d'enchanteresse verbale. Des discours, des conférences, des colloques d'augures sur des événements qui les dépassent, des menaces en l'air, des sanctions moins efficaces que les punitions d'un pion de collège, ont blessé gratuitement une nation sœur décidée à rouvrir les voies glorieuses du passé et à imposer une volonté intrépide aux appels du destin.

Cela, c'est extrêmement curieux. L'avance médicale s'est rendu compte des conditions d'attention, de souplesse, de discernement, de choix divinateur où elle s'exerce. Tandis que la politique a résolument organisé sa marche en arrière. S'étant tout d'abord débarrassée de tous les conseillers compétents, dont les avis eussent eu chance de retarder ou d'écarter le péril, elle s'est vue comme prise de vertige et s'est précipitée dans le vide des projets mal élaborés, dans la confusion des discussions improvisées, dans le tourbillon des conclusions tranchantes, dans une succession de catastrophes inattendues et désolantes s'ouvrant, après ces puérilités et ces imprudences, les unes dans les autres, comme des boîtes chargées de poison de plus en plus violent et subtil pour le pays qui a l'imprudence de les laisser livrer à la circulation.

Preuve que le progrès qui s'étend à tous les modes de l'activité sociale est en défaut dès qu'il a trait à la politique. La tribune où l'on célèbre le plus les bienfaits du temps moderne est celle qui, par ses procédés oratoires, rappelle le mieux les mauvais temps du Moyen Age : celui où les mots, dans leur ossature triste, s'efforçaient de prendre l'aspect de formes vivantes dirigeant d'un doigt impérieux et sûr les mouvements de la pensée.

L'amusant est que ce retour en arrière est célébré comme un triomphe. Un terme est affecté à cette reconnaissance du recul. On appelle *avancé* l'esprit qui, se laissant subjuguer par le mensonge ou si vous préférez l'insuffisance de la doctrine marxiste, ne s'étonne et ne s'inquiète nullement de son désaccord avec n'importe quelle possibilité d'application et s'imagine, dans la candeur de sa fatuité, que c'est avec des bataillons d'arguments verbaux qu'il enfoncera la résistance des réalités.

La doctrine, en effet, ne fût-elle que la conception d'un esprit mathématique et fumeux, gonfle d'importance celui qui s'en est pénétré. Il croit être quelqu'un et, de le croire, l'enfonce de plus en plus dans l'entêtement de ses bévues.

Combien plus sages les médecins ! Ils ne s'en rapportent pas aux avertissements d'une doctrine. Ils s'évertuent à ausculter les lois de la nature et ce qu'ils recueillent de la sorte, ils le notent avec soin et en font profiter la santé de leurs malades.

Le prix de revient de la journée dans les hôpitaux et hospices de Lyon et du Rhône. — Lyon-Soir (26 juillet 1937) :

Le Préfet du Rhône a fixé par arrêté les prix de journée applicables à partir du 1er janvier 1937 aux hospitalisés bénéficiaires des lois d'assistance (assistance médicale gratuite et assistance aux vieillards et infirmes). Un coup d'œil sur les chiffres pour 1937 et sur les prix de revient en 1936.

Aux hospices civils de Lyon, le prix de revient de la journée médecine en 1936 a été de 36 fr. 40. Le prix de la journée en 1937 a dû être fixé à 44 fr. 50. Augmentation de 8 fr. 10 soit 22 %. La journée chirurgie est en 1937 de 47 francs. Le prix de revient en 1936 a été de 38 fr. 44. Augmentation de 8 fr. 56. Pour les enfants de l'hôpital Renée Sabran à Gien, le prix est en 1937 de 24 francs : le prix de revient en 1936 a été de 19 fr. 81. Même proportion d'augmentation : 22 %.

La proportion d'augmentation est généralement plus faible dans les moyens et petits hôpitaux du département. Nous remarquons même qu'à l'hôpital-hospice de Villefranche, les prix fixés pour 1937 sont aux mêmes chiffres que les prix de revient de 1936, soit 20 francs en médecine, 23 francs en chirurgie.

Certains hôpitaux de petites villes ont des prix de revient extrêmement faibles, qui descendent jusqu'à douze, dix francs et même moins. La palme revient à l'hôpital-hospice d'Amplepuis où le prix de revient de la journée a été en 1936 de 9 fr. 37, mais qui passe à 11 fr. 30 en 1937 et à celui de Givors qui, de 9 fr. 13 en 1936 passe à 9 fr. 15 en 1937.

Passons des malades aux vieillards hospitalisés.

Dans les établissements dépendant des hospices civils de Lyon, le prix de revient de la journée d'hospitalisation des vieillards, infirmes, incurables, enfants anormaux, etc., a été en 1936 de 15 fr. 14. Le prix fixé pour 1937 est de 18 francs.

Aux invalides du travail la journée passe de 10 fr. 26 en 1936 à 12 fr. 65 en 1957.

A la Maison départementale de retraite d'Albigny, la journée de vieillard est revenue en 1936 à 11 fr. 58. Le prix en est fixé à 14 fr. 25 en 1937.

La répercussion de ces augmentations sur ce qui est demandé aux contribuables s'est déjà traduite pour Lyon par le chiffre de l'une des sommes qui ont dû être inscrites au budget supplémentaire de 1937 de la Ville de Lyon pour compléter les allocations figurant au budget primitif et qui se sont révélées insuffisantes.

Pour la seule loi d'assistance médicale gratuite, que met en cause le prix de revient de la journée dans nos hôpitaux, il a fallu inscrire au budget municipal de 1937 un crédit additionnel de 6 millions 386.000 francs.

M. le maire dans son rapport sur le budget supplémentaire de 1936 a ainsi commenté ce chiffre

« Le très important accroissement des dépenses de l'assistance médicale gratuite qui provient presque totalement de

l'application des lois sociales et de leurs conséquences dans la passation des marchés est pour nous un sujet particulier de préoccupation. Les prix de journée s'accroissent d'une façon uiquiétante. »

M. Herriot, en exposant cette situation à ses collègues a exprimé son inquiétude.

Médecine scientifique et médecine pratique. — *Sous ce titre un article de M. le Docteur Pierre Moulonguet dans la* Revue de France (15 juillet 1937). *En voici quelques extraits :*

On oppose assez souvent parmi les médecins, plus rarement je crois dans le public, la médecine scientifique, celle des recherches, celle des grands services d'hôpitaux et la médecine pratique qui conviendrait aux malades de chaque jour.

Dernièrement, à l'Académie de chirurgie, un orateur affirmait que l'intérêt scientifique et l'intérêt des malades ne sont pas toujours exactement superposables et ne craignait pas d'évoquer « les praticiens dont l'objectif est de nuire le moins possible à leurs malades ».

Faut-il laisser s'accréditer dans le public cette conception dualiste de la médecine : les savants d'un côté, les praticiens de l'autre ? Et si tant est qu'il existe parmi les médecins deux manières de comprendre l'exercice de leur art, est-ce là une voie féconde ou, au contraire un préjugé dangereux qu'il convient de combattre ?

. . . .

Faut-il, dans l'état actuel de la médecine, demander aux médecins d'exercer leur art avec un esprit scientifique constamment tourné vers l'acquisition d'une certitude ? Ou bien peut-on admettre que, pour certains d'entre eux (et il est sous-entendu le plus grand nombre d'entre eux), les formes traditionnelles de politesse, de bonnes paroles, jointes à la prudence et à beaucoup de bon sens, suffisent parfaitement ?

Je me ferai tout d'abord l'avocat du diable pour exposer les arguments de ce second parti.

L'un des principaux est fondé sur le désir des malades, de tous les malades, de trouver dans leur médecin une sorte de devin, de thaumarturge qui dépiste aussitôt leur mal et le conjure sans délai dans les formes plus ou moins solennelles de l'incantation. « Docteur, je viens vous demander ce que j'ai, je souffre, je suis inquiet. Rassurez-moi, s'il est possible. » Si le médecin, après un examen selon les règles, répond : « Je vois ce que c'est, vous allez faire ceci, vous serez soulagé ou guéri », il a comblé l'espoir de son patient ; il a rempli exactement le rôle qu'on attendait de lui. Que si, au contraire, il hésite, parle d'examens multiples, laisse entendre qu'il faut susciter des recherches de laboratoire, demander l'avis d'un spécialiste, il perd son mystérieux pouvoir de sorcier, d'homme-médecine, il se range dans la catégorie des experts qui demandent des semaines pour étudier un cas, constituent des dossiers, raisonnent bassement comme des hommes, au lieu de choisir et de décider comme des dieux.

Comme il n'est pas d'augure sans quelque habileté, il sera permis au médecin, dans le cas où il ne croit pas prudent de se prononcer tout de suite, de demander une radiographie. . . . .

Il est aussi une ressource dans les cas douteux, c'est de proposer une opération. On cite toujours les formules familières d'un grand chirurgien en présence d'un cas embarrassant : « Sait-on jamais ? Tout se voit. Il faut y aller voir. » Cette philosophie de doute clinique et d'assurance opératoire lui a assuré une belle carrière et lui a permis de guérir beaucoup de malades.

Il est un autre argument en faveur de cette médecine qui ne met pas au premier rang la recherche scientifique du diagnostic : elle permet mieux de ménager le moral du malade, dans les cas graves elle permet de lui cacher plus facilement la nature de son mal. Puisque tout se passe dans l'intimité entre le malade et son médecin, puisque des investigations multiples ne viennent pas faire soupçonner ni deviner l'ordre des recherches du médecin, puisque des approximations successives, des décisions prises avec retard ne risquent pas de révéler les conclusions de l'expertise, le malade peut garder tout son calme, tout son optimisme ; et dans certains cas, qui pourrait contester que ce soit la conduite la plus charitable, la plus humaine ?

Enfin, et ce sont des détails qui comptent vis-à-vis des malades peu fortunés, les recherches de la médecine moderne risquent d'entraîner des frais excessifs, difficilement supportables et qui paraîtront démesurés si ces recherches aboutissent à une conclusion funeste, à un pronostic désespéré, ou car cela arrive, si elles manquent en définitive de donner la clef du diagnostic et laissent le médecin dans le même doute que lorsqu'il a commencé son enquête.

On comprend donc l'attitude du médecin qui désireux de justifier sans retard son rôle de guérisseur, commence sans autre recherche « un traitement d'épreuve ».

L'auteur rappelle qu'une nouvelle branche vient de pousser sur l'arbre de la médecine, la médecine sociale, qui, elle, a besoin de tous les examens cliniques, de toutes les recherches scientifiques, en un mot de toutes les pièces du procès.

Serons-nous donc amenés, nous aussi dans notre pratique privée à l'établissement des bilans de santé à la mode des cliniques américaines ?

Eh bien ! non. Je pense qu'il faut garder beaucoup des formes traditionnelles de la médecine et, tout en y associant les investigations précises que les progrès de chaque jour nous apportent, qu'il ne faut pas bouleverser de fond en comble les rapports du malade avec celui qui a charge de le soigner et de le guérir.

. . . .

Il ne faut pas parler de deux sortes de médecine, une médecine scientifique s'opposant à une médecine pratique. En présence d'un malade, le médecin a pour tâche et pour devoir de faire un diagnostic d'abord, de conduire un traitement ensuite.

Ce rôle il ne peut le remplir qu'en mettant en cause les méthodes d'aujourd'hui, en étant un observateur et un savant.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 36 — 4 SEPTEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Papin, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Wangermez, agrégé pérennisé, est nommé professeur de physique médicale et pharmaceutique.

M. Damade, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique et miscroscopie clinique.

Légion d'honneur. — JUSTICE. — *Chevalier* : M. le Docteur Jean Cavalle, à Béziers.

GUERRE. — *Chevalier* : M. le Docteur Massé, à l'Isle-sur-Sorgues.

(Mutilés à 100 p. 100) : *Grand officier*. — M. le Docteur Julié, ancien médecin principal de 2e classe. — *Commandeur* : M. le Docteur Wilborts, ancien médecin capitaine.

INTÉRIEUR. — *Grand officier* : M. le Professeur Lambret, de Lille.

— *Chevalier* : M. le Docteur de Saint-Foscien (de Grandvilliers).

EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTS. — *Chevalier* : M. le Docteur Jean Arlaud et M. le Professeur Léon Dieulafé, à Toulouse.

P. T. T. — *Chevalier* : M. le Docteur Durand, médecin des P. T. T., médecin chef du Dispensaire d'hygiène sociale de l'Association amicale des P. T. T.

COLONIES. — *Officier* : M. le Professeur Nathan-Cahen, à Bordeaux.

Chevalier : M. le Docteur Chesnaux, médecin de l'assistance médicale ; M. le Docteur Dunan, à Saint-Pierre et Miquelon ; M. le Docteur Monnerville, médecin de l'assistance médicale ; M. le Docteur Vildrin ; M. Tran-Van-Hand, dit Joseph, médecin indo-chinois principal de 2e classe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Médailles d'honneur de l'Assistance publique* : *or* : M. le Docteur Bonnet, de Romans.

Argent : MM. les Docteurs Guérin, de Verdun ; Nilus, d'Abreschwiller ; Lemaire, de Zuydecoote ; Théry, de Compiègne ; Keller et Pfersdorff, de Strasbourg ; Lesage, de Paris.

Bronze : MM. les Docteurs Roussel, de Mézières ; Fabre, de Nîmes ; Charbonnel et Dumons, de Bordeaux ; Vire, de Saint-Marcellin ; Charvin, de Saint-Etienne ; Halband, de pret, de Lille ; Descombins, de Montceau-les-Mines ; Hum-Savenay ; Couffon, d'Angers ; Brunet, de Bar-le-Duc ; Dubert et Vaucher, de Strasbourg ; Chatelot, de Villersexel ; Fardet, de Boulogne-Billancourt ; Mlle Malartic, de Paris ; Mmes Bousquet, de Deuil ; Lorne, Muagis, Picquet et Potiron, de Sens ; Reynal, de Tunis.

EDUCATION NATIONALE. — Distinctions conférées pour services rendus à l'éducation physique et aux sports :

Médaille d'or : M. le médecin-major Cazamian (Ecole de Santé navale) ; M. Bonnet, de Marseille.

Argent : M. le médecin-commandant Remontet, de Paris.

Bronze : M. le médecin de 2e classe Cazenave ; MM. Schatz, de Sarreguemines ; Thomas, de Metz ; Tasquet, élève de l'Ecole de Santé navale (Bordeaux).

A titre étranger. — *Or* : MM. les Docteurs Manuila, de Zmiscara ; Marinkovic, de Pavo.

Argent : Ferenc, de Kossuth ; Heyl, de Beriin ; Pertlicek, de Vienne.

A la suite de la catastrophe de Villeneuve-Saint-Georges, la *médaille d'or* pour actes de dévouement a été décernée à MM. les Docteurs Quenoville, Durosoy et Etienne Boyer, à Villeneuve-Saint-Georges.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.*

Le médecin colonel : Théron, du ministère des Pensions, au service de Santé de la 13e région.

Les médecins capitaines : Maitrerobert, des troupes du Levant, à l'hôp. Gaujot, Strasbourg ; Asperges, du 8e tir. marocains, au 5e étranger.

Journée internationale de rhumatologie (*Paris*, 9 *octobre* 1937). — La « Journée internationale » 1937 organisée par la Ligue française contre le rhumatisme sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, sera consacrée au sujet suivant : « *Les médications radio-actives en rhumatologie* ».

Séance clinique. — Une séance clinique de présentation de malades aura lieu le matin à 10 heures à la Clinique médicale de M. le Professeur Loeper, hôpital Saint-Antoine.

Séance scientifique. — A 15 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidencedu Professeur Laignel-Lavastine, présentation et discussion des rapports suivants

a) Les médications radio-actives en rhumatologie. M. F. Coste.

b) Emanothérapie artificielle dans les maladies rhumatismales. MM. Cluzet et Thiers (Lyon).

c) Emanothérapie dans les cures thermales. MM. Piery et Milhaud (Lyon).

d) Les actions radio-actives exercées par les eaux thermales et leurs dérivés. MM. Euzière, Castagné (Montpellier).

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à la permanence : 23, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe.

Congrès de l'herboristerie. — Le premier Congrès national et international de l'herboristerie, de la production et du commerce des plantes médicinales se tiendra à Paris du 21 au 26 septembre prochain, dans l'enceinte de l'Exposition internationale.

L'utilisation des sérums et vaccins. — On nous communique :

La radio est utilisée fréquemment par des médecins demandant l'envoi immédiat d'un sérum.

Le ministre de la Santé publique rappelle qu'il existe actuel-

lement des dépôts de sérums et vaccins dans presque tous les départements. La liste des cent seize dépositaires vient d'être adressée aux préfets avec charge pour chacun de la communiquer à tous les médecins de son département.

Soucieux d'assurer la sauvegarde de la vie humaine, le ministre de la Santé publique tient à préciser que ces dépositaires approvisionnés directement par l'Institut Pasteur possèdent toujours un stock suffisant de sérums usuels. Dans le cas où le sérum demandé ferait défaut les praticiens sont avisés qu'ils doivent s'adresser par télégramme ou téléphone à l'Institut Pasteur, 213, rue de Vaugirard, à Paris. Téléphone : Ségur 91-77. L'envoi leur sera fait immédiatement par le service des urgences qui fonctionne en permanence de jour et de nuit.

IL Y A CENT ANS

Le Fronton du Panthéon. — Primitivement Eglise Sainte-Genviève, le Panthéon avait été consacré par la Révolution au culte des grands hommes. Un bas relief de Guillaume Moitte, la *Patrie récompensant les vertus civiques et les vertus guerrières*, qui devait décorer le fronton, fut détruit, avant d'être achevé, au retour des Bourbons. Le Panthéon redevint église. Mais Louis-Philippe allait reprendre l'idée de la Révolution et faire graver à nouveau dans la pierre l'inscription célèbre : « Aux grands hommes la Patrie reconnaissante ». Charles Lenormant, alors directeur des Beaux-Arts, fit attribuer la commande à David.

Mais l'exécution du Fronton fut la source de contestations prolongées entre le statuaire et le pouvoir. L'esquisse du bas-relief présentée à Guizot, ministre de l'Intérieur, fut approuvée sans réserve, et l'artiste s'occupa de la préparation du modèle. Mais les événements se précipitèrent. La Fayette étant passé dans les rangs de l'opposition, le Roi regretta que le général figurât sur le Fronton. Thiers fit appeler David et, devant son refus de rien modifier, contresigna la commande. L'artiste reprit son travail avec ardeur et au mois de juin 1837, le bas-relief était entièrement terminé.

Le 21 juillet 1837, de Montalivet, ministre de l'Intérieur, visitait les sculptures du Fronton. Un rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* en avait fait de même et, dans le numéro du 22 juillet de ce journal, il consignait ses impressions.

« *Tous les arts, toutes les sciences y rencontrent leur place ; et si l'on trouvait déplacée dans notre journal une appréciation de cette œuvre que l'on pourrait appeler scientifique, nous invoquerions au besoin, les statues de Bichat, de Buffon, de Cuvier et le nom de Lavoisier que le céllèbre sculpteur a fait saillir dans son tableau.*

« ..... *La partie gauche du fronton est consacrée aux gloires militaires ; les illustrations civiles occupent la partie droite ; opposition simple et naturelle, contraste dont l'effet est extraordinaire. Tout ce qu'ont de grave et de noble la méditation et le travail, à droite ; à gauche tout ce que présente de noble et de hardi la vertu militaire. Les noms se pressent à droite ; à gauche un seul remplit et domine ; Buffon, Bichat, David, Malesherbes, Cuvier, Carnot, Lafayette, Laplace, Monge, Fénelon, Voltaire, Rousseau, Manuel, Mirabeau d'un côté ; de l'autre, non pas Napoléon empereur et roi, mais le jeune général Bonaparte...*

« .... *A gauche sur le premier plan, Voltaire avec son sourire sardonique, sa figure ridée et maligne ; à côte de lui, la belle et noble tête de Rousseau, douce, melancolique et qui fait rêver ; ce groupe est admirable. Plus loin, Buffon devant une sphère ; entre eux notre Bichat, qui vient de finir son traité de* La vie et la mort, *et qui meurt. Il faut avoir vu cette tête pour comprendre tous les rayons de gloire et de génie qui la traversent, et se pénétrer du regard de douleur et de satisfaction qu'elle jette à la patrie. Puis les grandes et belles figures de Manuel et de Malesherbes ; et enfin aux extrémités, de jeunes élèves de Saint-Cyr qui, eux aussi, le crayon et le compas à la main, ont déjà des regards d'espérance et d'ardeur, et semblent se promettre une part dans cette distribution de couronnes.*

Bonaparte est seul, et quoique grand et beau, il ne suffit pas cependant pour remplir la moitié gauche du fronton ; les nobles figures des simples guerriers qui lui forment cortège se détachent avec bonheur et trahissent magnifiquement la pensée de l'auteur. Cette pensée, nous la comprenons parfaitement : c'est le peuple des camps, c'est la vertu de dévouement et d'abnégation qu'il a voulu peindre ; il a réussi au delà de toute atteinte ; le dirons-nous cependant, Bichat prêt à mourir nous a fait regretter malgré nous et comme vis-à-vis un nom que la gloire eût connu ; un soldat ignoré mourant pour la patrie et jetant sur elle un regard d'amour et d'espoir laisse dans l'âme une émotion profonde, mais cette émotion n'eût-elle pas doublé encore si ce guerrier prêt à rendre le dernier soupir, s'était appelé Desaix, Hoche, Marceau, Kléber, Monge,

Carnot ! Ces derniers n'eussent-ils pas aussi bien pu figurer à gauche qu'à droite) n'auraient certes rien déparé, et eussent laissé intacte la grande idée de M. David ; tous étaient peuple aussi.... »

Le lendemain de cette visite, le ministre de l'Intérieur, eut une longue conversation avec David et lui suggéra quelques modifications.

Le statuaire se refusa à rien reprendre dans son travail et demanda que le Fronton fut découvert pour l'anniversaire des « journées ». Il n'obtint pas gain de cause et ce n'est qu'audébut de septembre que le Fronton fut découvert. L'artiste n'avait même pas été prévenu.

Le choléra-morbus.— *A Marseille, le 1er septembre, 92 décès, dont 66 cholériques. En septembre, 85 décès, dont 64 cholériques.*

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Physiologie du système lymphatique. *Formation de la lymphe, Circulation lymphatique normale et pathologique*, par H. Rouvière et G. Valette. Un volume de 160 pages avec 138 figures : 45 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage expose en même temps que les résultats expérimentaux obtenus au cours de ces dernières années par MM. Rouvière et Valette l'ensemble des travaux parus jusqu'à maintenant sur ces questions.

Depuis la fin du siècle dernier, l'étude de la formation et de la circulation de la lymphe n'avait pas suscité en France de nombreuses recherches expérimentales. Il s'imposait de reprendre à la lumière des données récentes de la physico-chimie et de physiologie les notions classiques concernant la lymphogénèse et la circulation lymphatique.

La première partie a pour objet l'étude de la lymphogénèse. On y trouvera développé le rôle de la pression capillaire, des constituants colloïdaux du plasma, de l'activité des cellules endothéliales, musculaires et glandulaires, des facteurs nerveux et humoraux. Un dernier chapitre a trait à l'étude des substances lymphagogues.

La deuxième partie comporte tout d'abord l'étude de la progression de la lymphe dans les différentes régions de l'organisme, celle du rôle des ganglions lymphatiques dans cette progression, enfin la détermination de la véritable pression lymphatique, c'est-à-dire celle de la lymphe en circulation. En exposant les résultats de leurs expériences, les auteurs montrent pourquoi sont erronées les notions jusqu'ici classiques concernant ces différentes questions.

MM. Rouvières et Valette abordent ensuite l'important problème de la régénération des ganglions et des vaisseaux lymphatiques auquel ils apportent une solution qu'on peut considérer comme définitive. Les auteurs exposent enfin leur opinion sur le rôle probable de la circulation lymphatique rétrograde dans la propagation de certaines maladies, en particulier la tuberculose, le cancer et les affections à virus neurotropes. Un dernier chapitre a trait aux œdèmes d'origine lymphatique.

Cet ouvrage intéresse à la fois le physiologiste, le médecin et le chirurgien.

Leçons de physiologie médico-chirurgicale, par Léon Binet. Deuxième série. Un volume de 138 pages avec 42 figures : 30 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les douze chapitres qui composent cet ouvrage ont été écrits pour les médecins et les chirurgiens par des physiologistes qui s'attachent de plus en plus à des problèmes médicaux et chirurgicaux.

On y trouvera l'étude des anémies provoquées, de la fièvre expérimentale, du pneumothorax, du glutathion dans ses rapports avec la physiologie du foie, de la physio-pathologie de la glande parathyroïde, de l'hyperammoniémie asphyxique, de la motricité urétérale. L'action des vomissements sur le chlore sanguin, l'intoxication des brûlures, l'intoxication par les champignons sont ensuite étudiées ; enfin le problème de la réanimation et de l'oxygénothérapie fait l'objet de nouvelles recherches.

Les immunités locales, par A. Besredka. Un volume de 224 pages : 35 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage comporte quatorze chapitres. Les trois premiers renferment des notions générales, relatives aux immunités locales, naturelles et acquises. Les chapitres qui suivent traitent de l'immunité locale de la peau, des poumons, des plèvres, du péritoine, des méninges, de l'intestin et de la rate. Un chapitre spécial résume le problème de l'immunité locale chez les plantes ; enfin, le dernier chapitre est consacré à l'immunité locale passive.

Estimant que les préoccupations scientifiques ne doivent pas être séparées des applications pratiques, l'auteur réserve à ces dernières une place importante à propos de chacun des organes étudiés.

Le Professeur Besredka a consacré plusieurs ouvrages à l'immunité. Ce nouveau livre embrasse la question des immunités locales dans son ensemble. Il constitue donc par lui-même un tout d'un intérêt à la fois scientifique et pratique. On y trouvera aussi des arguments nouvellement acquis.

Maladies des femmes enceintes, par Henri VIGNES. III. *Affections de la peau.* Avec la collaboration de F. Hanoun et G. Vial. Un volume de 202 pages, 28 francs. IV. *Affections des muqueuses génitales.* Un volume de 126 pages, 24 francs. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Livre écrit pour les accoucheurs aussi bien que pour les praticiens. Aux uns, il apporte des éléments d'information sur les recherches les plus récentes en ce qui concerne la physiologie pathologique de la grossesse et se possibilités thérapeutiques ; aux autres, il permet de suivre plus facilement une femme enceinte dans les diverses particularités pathologiques qu'elle peut présenter, de mieux saisir les adaptations, les réactions multiples d'un organisme qui se trouve dans des conditions spéciales en face de la maladie.

Les tomes III et IV sont consacrés aux affetions cutanées qui s'observent avec une grande fréquence au cours de la grossesse. De ces dermatoses observées chez la femme enceinte, les unes gardent leur morphologie et leur évolution habituelles ; les autres sont modifiées, quelquefois améliorées, plus souvent aggravées. Ce sont ces deux derniers groupes de faits que l'auteur aura plus spécialement en vue.

Comme il l'a fait dans les deux premiers volumes, Vignes étudie ici ces affections dans l'esprit que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, mais que le développement du nouvel être détermine une physiologie un peu spéciale de l'organisme féminin et que celle-ci crée les caractères propres aux maladies de la femme enceinte.

Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée. *Type particulier de lipidose à cholestérine*, par Ludo Van BOGAERT, Hans J SCHERER et Emile EPSTEIN. Un volume de 183 pages, 45 francs. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après une introduction, les auteurs exposent dans un premier chapitr la systématisation des lipidoses actuellement connues. Dans un second chapitre, sont exposés les faits cliniques qui caractérisent cette affection et l'importance de l'apport constitutionnel familial dans sa genèse : dans le troisième, l'étude anatomique et histo-pathologique très détaillée de lésions somatiques et nerveuses ; dans le quatrième, l'étude biochimique et histochimique des dépôts. Chacune de ces faces de la question est, en outre, envisagée au point de vue des lipidoses à cholestérine en général. Le dernier chapitre comporte une brève esquisse physiopathologique de cette affection : la localisation cérébro-tendineuse qui caractérise la maladie y est envisagée dans le cadre d'une perturbation plus générale du métabolisme des stérines.

La chirurgie de la douleur, par René LERICHE. Un volume de 428 pages avec 13 figures, 65 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans ce livre vingt leçons faites au Collège de France. L'auteur veut y montrer ce que c'est que la douleur physique, ce que sont ses conditions d'apparition, comment on peut empêcher certains hommes de souffrir ; son but est de tirer au clair quelques aspects du problème de la douleur sur lesquels la chirurgie nous donne depuis quelques années des lueurs toutes nouvelles.

C'est en somme la position physiologique et philosophique du problème de la douleur, tel que le voit un chirurgien. La présence des grands types douloureux dont la chirurgie s'occupe depuis quelques années : la névralgie de la face, l'angine de poitrine, les douleurs des artéritiques, celles des amputés, celles qui suivent certains traumatismes périphériques, celles des cancéreux inopérables, d'autres encore.

Mécanisme des réactions fermentaires. *Son étude sur l'amylase et l'invertine*, par L. AMBARD et Mlle S. STRAUTMANN. Un volume de 104 pages : 35 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La conception développée dans cet ouvrage réside essentiellement dans l'idée suivante. Une réaction diastasique, et notamment l'hydrolyse du sucre de canne par la saccharose ou l'hydrolyse de l'amidon par l'amylase, consiste dans la séquence de trois processus, à savoir : la fixation du coferment sur le ferment, la rencontre du complexe coferment-ferment, avec le substrat et enfin la réaction hydrolytique proprement dite.

La réaction élémentaire, c'est-à-dire l'action d'un élément de ferment sur un élément de substrat, présente donc une durée qui est la somme de durées de trois processus consécutifs, et l'objet de ce travail consiste essentiellement à étudier les facteurs qui font varier la durée de chacun des processus précités — cette conception diffère assez sensiblement de celles qui ont été soutenues jusqu'à ce jour.

L'Embolie pulmonaire. *Recherches cliniques, anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les embolies et les infarctus du poumon*, par Pierre BARDIN. Un volume de 192 pages, avec 11 figures et 2 planches hors texte en couleurs : 35 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Outre son intérêt spéculatif, ce travail vaut par ses applications pratiques. Nous retiendrons le traitement prophylactique de l'auteur pour éviter la mort subite : injection quotidienne d'atropine et d'éphédrine, ingestion de bicarbonate de soude chez tout phlébitique, chez tout opéré, chez toute accouchée.

« Le médecin moderne doit être savant, certes, il doit avoir du bon sens et du flair, mais il doit encore et toujours, comme aux siècles passés, demeurer le « guérisseur un peu mystérieux » dans lequel on a foi. »

(Docteur Jean Albert WEIL (de Béziers). — Art et Science en médecine. *Paris Médical*, 29 mai 1937.)



TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la mort chez les asthmatiques

Par Auguste LUMIÈRE, Jean ALBERTI et Alfred BEAULATON

L'aphorisme de Peter « L'asthme ne tue pas », repris sous d'autres formes par Trousseau, Brissaud, Ramond et divers auteurs, présente bien un grand fond de vérité, les asthmatiques pouvant presque toujours tolérer les manifestations de la maladie jusqu'à un âge avancé et succombant, alors, à d'autres accidents qu'à leurs accès paroxystiques.

Cependant, les cas de mort, au cours de ces crises, ne sont pas d'une extrême rareté et l'on peut trouver, dans la littérature médicale, plus de trente mémoires dans lesquels l'issue fatale de l'affection a été relevée.

Récemment encore, Minet et Christiæns (1), puis Moncorgé (2), en ont signalé de nouveaux cas, les premiers revenant sur la pathogénie de l'épisode terminal, le second attirant l'attention des thérapeutes sur le danger de recourir aux injections de morphine pour atténuer l'intensité des accidents paroxystiques.

Dans tous ces cas, il ne semble pas que l'on ait tenté systématiquement d'intervenir pour ranimer les malades après la production de la syncope léthale, respiratoire ou cardiaque. D'ailleurs, cette intervention exige la présence du médecin au moment où l'arrêt des fonctions survient, ou peu d'instants après, et cette condition n'est que bien rarement réalisable en dehors de l'hôpital.

Le but de cette note est de signaler la tentative, suivie de succès, faite à l'hôpital « Le Bon Abri », dans des circonstances où, sans elle, le malade aurait infailliblement succombé.

Je... Maurice, 53 ans, cultivateur, se présente à la consultation de la clinique des Laboratoires Lumière, envoyé par le Docteur C...., le 10 mai 1935, pour des crises asthmatiformes violentes, ayant débuté il y a une dizaine d'années, à la suite de chocs émotifs ; depuis quatre ans, il est atteint d'un véritable état de mal, avec quelques accalmies, durant de 15 jours à 2 mois, pendant lesquelles il reste dyspnéique ; puis les accès reviennent, subintrants, pendant trois ou quatre mois, au point qu'on pourrait croire le malade constamment en pleine crise. Les grands paroxysmes sont annoncés par une ébauche de coryza spasmodique avec hydrorrhée nasale.

Dans les antécédents héréditaires, on note que la mère est morte asthmatique à 85 ans, le père a succombé à la grippe à 82 ans.

Personnellement, le malade, étant en captivité, en Allemagne, a été atteint de bronchite ; traité pour une fièvre de Malte à 43 ans, ses crises sont survenues aussitôt après. Des polypes du nez ont été enlevés il y a quelques mois, sans amener de soulagement.

Il n'a pas de fièvre, a maigri de quelques kilos en plusieurs années, il est très asthénique, aussi bien au réveil qu'à la suite de l'effort, et en fin de journée.

A l'auscultation pulmonaire, pratiquée à un moment où le malade, bien que très dyspnéique, n'est pas, à proprement parler, en état de crise, on ne constate point les sibilances et les gros bruits bronchiques que présentent habituellement les asthmatiques, mais une expiration prolongée et des sommets très soufflants, surtout à droite. L'ampliation est bien moindre à droite qu'à gauche et le plastron est très rigide.

Les bruits cardiaques sont sourds et la tension artérielle à 155-90. Pouls 84.

L'appétit est médiocre, la langue saburrale. Constipation constante et opiniâtre.

L'examen somatique et les analyses hématologiques, sérologiques et urologiques ne révèlent aucune particularité importante

L'éosinophilie si fréquemment observée chez les asthmatiques, n'est que de 3 % et la formule d'Arneth est très légèrement déviée à gauche. La sédimentation dépasse à peine la normale. Résorcine 15.

L'urine est presque neutre (pH 6,6), coefficient de Maillard 12,2.

Tous les autres éléments du sang et de l'urine sont normaux.

A part la fibrose des sommets, confirmée par la radiographie sur laquelle on constate une opacité apicale bilatérale, en même temps que de volumineux ganglions hilaires à droite, l'interrogatoire, l'examen clinique et les analyses ne nous fournissent aucune donnée sur les causes des troubles humoraux susceptibles de déclencher les accès et, par conséquent, aucune indication spéciale qui nous permette d'orienter la thérapeutique.

Nous appliquons donc la méthode de stabilisation humorale que l'un de nous a longuement exposée dans un mémoire antérieur (1), mais, contrairement à ce qui se passe dans presque tous les cas analogues, nous n'arrivons pas à soulager le malade ; cependant après une légère amélioration de la dyspnée, obtenue dès les premiers jours de la médication, l'état de mal asthmatique suffocant s'installe de nouveau, avec des paroxysmes plus intenses que jamais.

Dans la nuit du 24 au 25 mai, à une heure du matin, une première crise survient, qui est calmée par une injection souscutanée d'adrénaline et inhalation d'oxygène ; deuxième crise à 3 heures, le même traitement ne procure qu'un léger soulagement ; 45 minutes plus tard, la dyspnée extrême persistant, on injecte sous la peau 5 c. c. de sérum de Heckel ; entre temps, huile camphrée.

Enfin, à 6 heures du matin, un troisième accès, plus violent encore que les précédents et qui résiste à tous les palliatifs utilisés en pareil cas, survient présentant le tableau dramatique suivant :

Le malade cherche à aspirer avec avidité de l'oxygène par le tube du ballon ; ses efforts sont inopérants, la face et les extrémités sont fortement cyanosées ; une saignée donne avec peine 100 c. c. d'un sang visqueux, noirâtre, se coagulant rapidement, puis le coma s'installe, la pâleur cireuse du visage est extrême, le corps se couvre d'une sueur profuse, la respiration, pendant quelques minutes stertoreuse, s'arrête brusquement, l'arrêt respiratoire est complet, la tête s'incline et tombe sur l'épaule, le pouls n'est plus perceptible, on a l'impression que le malade a succombé.

La partie n'est pas pour cela abandonnée, car on décide, cinq minutes environ après la constatation de la mort apparente, d'injecter de nouveau de l'adrénaline, en s'adressant à la voie intracardiaque.

Aussitôt après, les dents sont desserrées à l'aide d'un ouvre-bouche afin de pouvoir insuffler de l'oxygène.

On assiste alors à une reprise des pulsations et, une minute environ après, une inspiration profonde suivie d'une expiration prolongée, marque le retour des échanges respiratoires ; les mêmes phénomènes que ceux observés dans la phase agonique se déroulent ensuite, mais en sens inverse.

Malgré des injections d'éther et d'huile camphrée, le coma persiste encore à 9 heures et engage à recourir à la coramine qui est administrée par voie veineuse, d'abord à la dose de 1 c. c. 5, puis de 3 c. c. à 10 h. 1/2. A ce moment, la respiration est régulière, la dyspnée peu intense, le pouls rapide mais régulier

(1) Jean MINET et L. CHRISTIÆNS. — L'asthme mortel. *L'Echo médical du Nord*, 29 mars 1936, p. 488.

(2) Rémy MONCORGÉ. — Note sur la mort chez les asthmatiques. *Lyon médical*, 16 mai 1937, p. 562.

(1) Auguste LUMIÈRE. — L'asthme. Sa pathogénie et son traitement. *L'Avenir Médical*, t. XXXIII, avril 1937, p. 97.

et bien frappé et, brusquement, le coma cesse, le malade peut répondre aux questions qu'on lui pose : il n'éprouve aucune douleur, mais simplement une sensation d'étouffement. Il entre alors dans un nouvel état de torpeur, voisin de l'état comateux, suivi d'une période d'agitation qui nécessite une piqûre de morphine.

Nouvelles injections intraveineuses de coramine, à trois reprises, à la fin de la matinée et dans l'après-midi.

Une ébauche de paroxysme dyspnéique s'étant manifestée vers 11 heures, a été calmée aussitôt par l'adrénaline.

A partir de midi, le malade a repris toute sa connaissance, il ne souffre pas ; ses grandes fonctions s'exercent avec leur rythme normal.

La crise, d'une extrême sévérité, et dont on n'avait triomphé que grâce à l'emploi de moyens héroïques, s'était déroulée de 2 heures du matin à 11 heures, avec plus de trois heures de coma et plus de cinq minutes d'arrêt respiratoire total.

Dans les jours qui suivent, la situation demeure assez satisfaisante, bien que les phénomènes dyspnéiques persistent, irréguliers dans leur intensité, avec de temps à autre, des menaces d'accès normaux.

Au cours des tentatives antérieures de traitement, nous avions remarqué que l'hyperthermie provoquée par les injections intramusculaires d'huile soufrée, paraissait calmer les accès d'essoufflement et cette constatation nous avait engagé à nous adresser à une thérapeutique agissant dans un sens parallèle : l'abcès de fixation. Ce dernier traitement s'est effectivement montré efficace, puisque quinze jours après la crise qui a failli lui coûter la vie, le malade a pu reprendre sa vie normale, n'étant plus incommodé que par une légère dyspnée.

Les nouvelles analyses, portant sur le sang et les urines, effectuées à la suite de cette crise n'offrent que peu de changements par rapport à celles qui avaient été antérieurement faites.

Le taux globulaire demeure sensiblement constant, la leucocytose passe de 11.800 à 7.500, l'éosinophilie s'élève de 3 à 6 % et la réaction à la résorcine s'abaisse, au contraire, de 15 à 4 ; on ne note pas d'autres modifications dans les déterminations analytiques.

L'injection intracardiaque d'adrénaline et les thérapeutiques mises en œuvre, ayant permis de triompher d'un accès qui paraissait être mortel, on peut conclure que ces interventions semblent indiquées dans des cas analogues et permettront, sans doute, de ranimer d'autres malades qui succomberaient si l'on s'abstenait d'y recourir.

« On a trouvé bon, sous prétexte de modernisme, de submerger tout sous les études scientifiques. Le résultat ne s'est pas fait attendre : baisse immédiate des études classiques... On a tendance à oublier que les études scientifiques comprennent plusieurs branches et lorsque, nous autres profanes, parlons sciences, c'est à la physique et à la chimie que nous pensons. Mais c'est hélas surtout de mathématiques que l'on emplit la cervelle de malheureux écoliers souvent réfractaires ! Je sais bien qu'elles sont nécessaires pour l'application des autres sciences. Nous n'en demandons pas tant. Nous ne voulons pas tous devenir ingénieurs ou savants. Des notions élémentaires, sans problèmes, sans calculs, suffiraient à la plupart d'entre nous pour permettre une conception générale et philosophique du monde. Alors, quelle peut être l'utilité des mathématiques, au degré où on les enseigne dans les classes, pour ceux qui ne veulent pas pousser plus loin les études scientifiques (Marciane Herold. *Le Mercure de France*, 15 juin 1937.)

« En Hollande, il n'y a pas de lutte de classes. Pour ne parler que de médecine qui chez nous est encore heureusement en dehors du mouvement de haine, les Hollandais organisent entre médecins praticiens et centres universitaires de fréquents contacts mensuels ou bimensuels. Les praticiens reprennent place dans l'atmosphère d'où ils sont sortis et les professeurs ou leurs assistants leur présentent des faits nouveaux et intéressants. Ces réunions officieuses sont très fréquentées et établissent entre les classes médicales des relations les plus cordiales. »

(Noël Fiessinger. — Hollande 1937. *Journal des Praticiens*, 5 juin 1937.)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Réactions sclérales au cours d'affections générales (1)

Par M. le Professeur **Félix TERRIEN**

Les affections inflammatoires de la sclérotique s'observent surtout chez les adultes et paraissent être en rapport avec l'état général : elles sont assez fréquentes et je désire leur consacrer ma leçon d'aujourd'hui.

Rappels anatomiques. — L'enveloppe externe de l'œil est formée, vous le savez, par la cornée et la slérotique : la première, membrane transparente, joue le rôle d'une lentille convergente et constitue la partie essentielle de l'appareil dioptrique oculaire. Elle est limitée par la région semi-transparente, limbe scléro-cornéen, résultant de l'empiètement sur la cornée de la partie opaque de la sclérotique. Cette dernière est formée comme la cornée de fibres conjonctives réunies en faisceaux, mais très irréguliers et non plus disposés perpendiculairement, d'où l'opacité de la membrane : contrairement à la cornée, la sclérotique est riche en fibres élastiques. On peut dire qu'elle forme le squelette du globe et grâce à son élasticité elle a une action régulatrice sur la pression intra-oculaire. En outre, la sclérotique, destinée à amortir les chocs sur le globe, paraît avoir un rôle protecteur important vis-à-vis de la rétine, dont les parties les plus délicates sont précisément en rapport avec la partie la plus extensible de la sclérotique. Dans cette membrane il y a très peu de cellules et de vaisseaux lymphatiques : aussi le tissu scléral se montre-t-il peu propre à la pullulation de microbes dans son épaisseur. Mesurant en moyenne un millimètre au voisinage du nerf optique et de la cornée. Ses parties plus minces sont perforées par les vaisseaux sanguins : les artères ciliaires courtes postérieures pénètrent à l'intérieur du globe après avoir perforé la membrane autour du nerf optique ; les artères ciliaires courtes antérieures la perforent dans sa partie antérieure, non loin du limbe. En ces points, la structure de la sclérotique est plus lâche et l'inflammation s'y développe plus facilement.

La limite du segment antérieur de la sclérotique siège à 8 millimètres du limbe sur le corps ciliaire : à ce niveau, chez certains animaux (batraciens) on constate des plaques cartilagineuses et même du tissu osseux, par exemple chez les oiseaux. Car chez ces derniers, l'accommodation étant très puissante, le muscle ciliaire est formé de fibres striées et il lui fallait sur la sclérotique un point d'appui solide. Chez l'homme, vous le savez, le muscle ciliaire est formé de fibres lisses. Il est permis d'imaginer que dans la suite des siècles la structure de ce muscle sera capable, avec les progrès de l'aviation, d'évoluer vers une structure striée.

Aspect clinique. — L'inflammation de la sclérotique peut intéresser seulement les couches superficielles ou occuper toute son épaisseur. Suivant l'étendue du processus inflammatoire on distingue épisclérite et sclérite ; mais souvent la différence n'est pas très nette.

Episclérite. — Cliniquement, l'épisclérite, forme superficielle, se caractérise par la présence d'une petite élevure violacée, très vasculaire, siégeant à proximité du limbe : elle est sensible au toucher et fait corps avec la sclérotique. Au début, la conjonctive est mobile à sa surface, mais à la longue il se

(1) Leçon du 16 avril 1937 résumée par Mme le Dr Rodzevitch.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XV?)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

forme des adhérences entre la conjonctive et le tissu scléral enflammé. Le bouton est constitué par un tissu dense, de coloration rouge sombre, sans ulcération, ni vésicule. D'ordinaire, il se résorbe après un temps variable, cinq à six semaines, disparaissant lentement, sans laisser de traces. Parfois, il reste en ce point une teinte ardoisée avec conjonctive adhérente à ce niveau.

Le plus souvent, le bouton n'est pas unique : quelques semaines plus tard il s'en forme un deuxième, parfois un troisième et tout le pourtour du limbe peut être ainsi envahi et présenter après plusieurs années une coloration gris-bleuâtre caractéristique. On peut dire que même dans la forme superficielle de la réaction sclérale les récidives sont presque la règle.

Mais le caractère distinctif de l'épisclérite est sa limitation : la lésion reste circonscrite et a peu de tendance à envahir les membranes profondes. Le pronostic est donc bénin. Néanmoins, parfois, l'inflammation peut se propager et gagner les couches profondes de la sclérotique, puis le tractus uvéal, déterminant des troubles du vitré et une diminution de l'acuité visuelle.

Sclérite. — Dans la sclérite, l'inflammation est diffuse : on observe une plaque mal limitée, de teinte violacée, siégeant aussi tout près du limbe. La conjonctive est mobile au-dessus d'elle, la pression provoque des douleurs parfois très vives, en même temps il existe des douleurs spontanées, oculaires et péri-orbitaires, qui s'exagèrent la nuit. Les mouvements du globe sont douloureux, l'inflammation intéressant les tendons d'insertion des muscles de l'œil et s'étendant parfois jusqu'à la capsule de Tenon.

L'évolution de la sclérite est lente, trois à six semaines en moyenne : les récidives sont toujours fréquentes. A chaque poussée nouvelle l'inflammation se développe en un point peu éloigné du précédent et parfois peut arriver à faire le tour de la cornée.

Avec le Docteur Petit, j'ai eu l'occasion d'examiner une jeune fille atteinte de troubles endocriniens et de sclérite ancienne. Toute la région antérieure de la sclérotique était très amincie, disparue par places, réduite à quelques tractus blanchâtres, et la cornée était entourée par une véritable couronne de bosselures noirâtres, formées par des hernies du corps ciliaire venant faire saillie entre ces tractus fibreux.

Complications. — En outre des *récidives* qui constituent presque la règle, on observe souvent des complications diverses. Très souvent l'inflammation se propage en avant du côté du limbe et on voit survenir des *opacités de la cornée* : disposées en triangle, à base périphérique, ces infiltrations de la cornée rappellent quelque peu celles de la *kératite interstitielle*. Tantôt, l'inflammation se propage en dedans et gagne le tractus uvéal : la sclérite se complique alors d'*iritis* ou d'*irido-cyclite* avec *troubles du vitré*, d'où la diminution parfois considérable de l'acuité visuelle.

Il n'est pas rare que l'inflammation intéresse tout le segment antérieur : corps ciliaire, iris et cornée sont envahis simultanément par le processus inflammatoire. Le Professeur De Lapersonne a dénommé cette atteinte générale du segment antérieur la segmentite antérieure. La pupille est contractée, l'iris présente une teinte grisâtre caractéristique, très souvent on observe en même temps des *précipités de la face postérieure de la cornée*, visibles au moyen de la lampe à fente ou de l'éclairage oblique.

Ces précipités constituent un important symptôme d'iritis. Souvent très fins ils peuvent passer inaperçus s'ils ne sont pas cherchés soigneusement. Invisibles alors à l'éclairage oblique, ils seront vus seulement à la lampe à fente ou plus simplement par l'éclairage de contact, à l'aide d'une petite lampe électrique, appliquée un peu excentriquement sur la cornée. Il est très important de constater leur présence à la surface postérieure de la cornée, car souvent les signes subjectifs seront très atténués et la vision peut être quasi normale.

J'insiste sur cette indication de l'éclairage de contact, d'une application si simple, à la portée de tous et que je n'ai trouvée mentionnée dans aucun traité.

Parfois ces dépôts cornéens donnent lieu à la sensation de mouches volantes, myodésopsie : le sujet se plaint de voir constamment des globules de dimensions diverses qui montent et descendent dans le champ visuel. Ce phénomène n'est pas nécessairement lié à une lésion oculaire et apparaît surtout chez les nerveux ; il est dû dans ce cas à la perception entoptique de reliquats de cellules ou de vaisseaux embryonnaires du vitré, ou plus souvent encore à la perception de la circulation des globules sanguins dans les capillaires de la rétine. Tout sujet peut apercevoir ces mouches volantes en se plaçant dans certaines conditions, par exemple en regardant le ciel nuageux ou en fixant une surface blanche vivement éclairée. Mais néanmoins leur existence exige un examen oculaire attentif. Avant de conclure à des troubles purement subjectifs, il ne faut pas omettre la recherche des précipités au moyen de la lampe à fente ou par l'éclairage de contact : ils sont souvent le premier symptôme d'une iritis ou d'une irido-cyclite torpide légère, compatibles avec une acuité visuelle encore normale. La présence de ces précipités pourra mettre sur la voie du diagnostic et permettra d'instituer de bonne heure le traitement approprié. Je rappellerai à ce sujet le cas démonstratif d'un jeune agrégé qui se plaignait de mouches volantes, et qu'on avait attribuées, en l'absence de toute lésion, au nervosisme. Cependant, un examen attentif me permit de constater l'existence de très fins précipités à la face postérieure de la cornée, nettement visibles au moyen de la lampe à fente et premier signe d'une irido-choroïdite torpide.

La segmentite antérieure est une affection très grave, l'œil demeure irritable, devient le siège de poussées inflammatoires et peut s'atrophier : on doit parfois recourir à l'énucléation.

Dans d'autres cas, des poussées répétées de sclérite agissent sur la sclérotique elle-même, qui, amincie, se laisse distendre : il y a dissociation de ses fibres, des bosselures se développent et finalement l'*hypertonie* apparaît comme conséquence de l'ectasie sclérale. Le corps ciliaire peut faire hernie à travers les fibres dissociées de la sclérotique.

En raison de ses complications qui ne sont pas rares, la sclérite est, vous le voyez, une affection souvent très grave et dont le pronostic est toujours réservé.

Diagnostic. — Il est facile de distinguer la forme superficielle de la forme diffuse : l'épisclérite est caractérisée par la présence d'un petit bouton violacé siégeant à proximité du limbe et *douloureux à la pression*. On ne la confondra pas avec la *conjonctivite phlycténulaire* : les phlyctènes siègent non seulement sur la conjonctive mais aussi sur la cornée et sur le limbe ; elles s'ulcèrent rapidement, tandis que l'élevure de l'épisclérite ne présente jamais d'ulcération. La phyctène n'est pas douloureuse à la pression mais les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus intenses que dans l'épisclérite : photophobie, larmoiement, etc.

La *gomme syphilitique* se distingue nettement du bouton de l'épisclérite : elle n'est pas douloureuse à la pression, elle s'ulcère rapidement, au début, ses bords sont durs, taillés à pic. La *gomme tuberculeuse* présente un aspect violacé, livide avec une petite zone d'infiltration, la pression en est indolore. Un corps étranger enkysté se différencie de l'épisclérite par la présence de cicatrice et par les commémoratifs.

La sclérite ne peut être confondue avec une *conjonctivite catarrhale*, cette dernière caractérisée par une injection superficielle étendue à toute la muqueuse et par une sécrétion abondante. Dans la sclérite, l'injection est toujours très limitée, violacée, sous-jacente à la conjonctive qui peut être mobilisée au-dessus d'elle, et la pression est toujours douloureuse.

Le tonus, l'état de l'iris et de la pupille doivent être examinés soigneusement : la sclérite peut se compliquer facilement, vous le savez, d'une iritis ou de glaucome.

Vous ne confondrez pas la coloration violacée de la sclérite avec le *syndrome de Van der Hoeve*, maladie congénitale et héréditaire caractérisée par l'association de la teinte bleue de la sclérotique associée à la fragilité des os et à l'otosclérose. Cette affection congénitale se porte sur le mésenchyme : la teinte particulière de la sclérotique est due à sa minceur. Vous pou-

vez voir sur ces photographies d'une mère et de son enfant les signes typiques de ce syndrome ; la sclérotique est bleue et il y a des fractures, au niveau de la main chez l'enfant, de l'avant-bras chez la mère. Les signes de la sclérite font défaut dans le syndrome de Van der Hoeve ; la teinte spéciale de la sclérotique est la conséquence de sa minceur, si bien que le pigment choroïdien sous-jacent lui donne une coloration bleuâtre.

D'ordinaire, l'épisclérite et la sclérite se présentent sous les aspects que je viens de vous décrire mais il existe une forme spéciale de l'épisclérite, dans laquelle au lieu d'un bouton dur il y a un abcès. M. Dolfuss a consacré sa thèse à cette forme particulière. Dans une de ses observations, la manifestation sclérale, sous forme d'un abcès, était apparue chez une jeune fille de 22 ans, qui présentait en même temps un abcès staphylococcique à la fesse. Avec M. Renard, j'ai rapporté deux cas analogues au XIIIe Congrès d'Ophtalmologie en 1929, à Amsterdam.

Ces réactions sclérales apparaissent à la suite d'une atteinte générale et il est intéressant de mettre en évidence leur étiologie. La goutte, le rhumatisme, la blennorragie, la syphilis et la tuberculose favorisent leur apparition. Parmi ces affections, le rhumatisme et la tuberculose sont rencontrés le plus fréquemment. Chez la femme, ces réactions sclérales sont parfois liés à des troubles menstruels, la sclérite apparaissant lorsque les métrorragies s'arrêtent. Mais souvent toutes ces causes font défaut et on peut alors incriminer le froid et l'humidité.

Ainsi, en présence d'une réaction sclérale il faut toujours faire un examen clinique complet du malade pour rechercher l'affection causale, puis prescrire non seulement un traitement local mais aussi un traitement général.

Observations. — Ces trois malades, atteintes d'une inflammation de la sclérotique, ont les deux premières, des lésions presque identiques d'épiclérite ; la troisième présente une sclérite à début brutal.

Notre première malade, une jeune fille de 22 ans, vient nous consulter aujourd'hui parce que son œil gauche est devenu rouge depuis une dizaine de jours : elle y éprouve des douleurs spontanées, de moyenne intensité. La vision n'est pas altérée : l'examen nous montre que l'acuité visuelle est normale. On constate la présence d'un bouton dur, d'une teinte rouge violacé, faisant corps avec la sclérotique et siégeant non loin du limbe : ce bouton est douloureux à la pression. On est donc en présence d'une inflammation superficielle de la sclérotique. Quelle est sa cause ? L'interrogatoire nous apprend que la malade souffre depuis longtemps de douleurs articulaires : ses mains présentent des déformations typiques de rhumatisme. Dans ce cas, la cause de l'épisclérite est donc évidente. Le pronostic est favorable, vous le savez, mais il faut s'attendre à des poussées ultérieures.

La seconde malade présente une lésion identique de la sclérotique : petite saillie dure, douloureuse à la pression. Elle est venue nous consulter la première fois le 9 novembre 1936 : jusqu'à ce jour l'inflammation est demeurée légère, mais ne s'est pas améliorée. La vision demeure normale, il n'y a aucun signe d'iritis et l'inflammation se localise aux couches superficielles, ne s'étendant pas aux couches profondes.

La malade fut soigneusement examinée dans le service du Professeur Carnot : l'épreuve radiographique a montré des lésions du hile pulmonaire. Elle a eu une pleurésie en 1936 et en décembre de la même année elle a présenté des troubles généraux très symptomatiques : perte de l'appétit, amaigrissement, sueurs nocturnes, douleur de la IIIe vertèbre cervicale.

On l'a traitée par des injections d'antigène méthylique et elle a passé quelque temps au Vésinet. L'état général s'est amélioré, mais le pronostic demeure très réservé, aussi bien local que général. Car cette jeune fille a une lourde hérédité, ses deux sœurs ainsi que son père ont succombé à la tuberculose pulmonaire et la mère, encore vivante, est atteinte de la même affection. Ainsi la nature tuberculeuse de l'épisclérite qu'elle présente depuis quelques mois ne semble pas douteuse, quoique la réaction sclérale soit très légère et n'ait pas tendance à s'étendre.

La troisième malade est entrée dans notre service le 31 décembre 1936 pour du larmoiement, de la photophobie, se plaignant de douleurs oculaires et péri-orbitaires très intenses. Le début de cette affection a été brutal et la malade a eu la sensation d'une baisse considérable de la vision. A l'entrée, l'œil était rouge, montrait une plaque violacée près du limbe, douloureuse à la pression, la pupille était contractée, et l'acuité visuelle était sensiblement diminuée. Les jours suivants, la rougeur disparaissait et les symptômes fonctionnels s'atténuaient. La très légère surélévation de la paroi sclérale, la rougeur, les symptômes fonctionnels, la douleur à la pression de la partie enflammée permettaient le diagnostic de sclérite. L'examen général n'a montré aucune affection chronique, sauf l'existence de pertes blanches et de quelques douleurs articulaires qui pourraient bien être la conséquence d'une blennorragie ancienne, qui serait également la cause de cette sclérite, car la blennorragie en général en est une cause très fréquente.

Traitement. — En présence d'une inflammation sclérale, superficielle ou profonde, il faut envisager le traitement local et le traitement général.

Le traitement local a peu d'action. Pour prévenir l'apparition de l'iritis on prescrira le collyre à l'atropine, qui doit être suspendu aux moindres phénomènes d'hypertension. Afin d'activer la résorption on appliquera 2 ou 3 fois par jour sur les paupières fermées des compresses très chaudes, très fréquemment renouvelées.

Le port de verres fumés calme les douleurs de la sclérite. Dans les formes sévères, l'application de deux ou trois sangsues à la tempe du côté malade est une médication excellente et inoffensive : la rougeur de l'œil diminue rapidement, les douleurs disparaissent et le soulagement est toujours très supérieur à celui obtenu avec les ventouses scarifiées. La technique en est très simple : le petit récipient contenant les sangsues est appliqué à la tempe et on attend quelques minutes. Une fois prises les sangsues tombent d'elles-mêmes après un demi-heure en moyenne. On laissera le saignement se prolonger encore une demi-heure ; cette saignée locale soulage immédiatement en décongestionnant la sclérotique et l'iris. Elle rend aussi l'action de l'atropine plus efficace. Parfois, chez certains, l'atropine détermine un gonflement œdémateux de la conjonctive, intolérance d'ailleurs assez rare, mais surtout il faut se méfier de son action hypertensive chez les sujets âgés.

Le traitement général sera celui de l'affection causale : traitement du terrain rhumatismal ou goutteux par les alcalins, les salicylates, par les médications habituelles de la goutte (colchique, à doses très prudentes), et longtemps continué. Dans les formes tuberculeuses on a eu souvent recours à la tuberculinothérapie à laquelle vaut mieux préférer le traitement par l'antigène méthylique, le vaccin de Vaudremer, l'allergine de Jousset. Chez les syphilitiques on fera un traitement spécifique intensif : injections intra-veineuses de cyanure de mercure, de novarsénobenzol, injections sous-cutanées de salvarsan ou injections intra-musculaires de biiodure ou de benzoate de mercure. La blennorragie sera traitée par les moyens habituels.

Dans les cas où l'infection ou intoxication originelles ne peuvent être mises en évidence, on se bornera au traitement local en surveillant attentivement l'œil malade, cherchant à prévenir par tous les moyens la propagation de l'inflammation à la cornée en profondeur et en recommandant l'hygiène la plus rigoureuse.

« Le bon examinateur se caractérise au moins autant par ses qualités morales que par ses capacités techniques. Le calme, l'égalité d'humeur, voire l'aménité de l'accueil et de la parole, la bienveillance, une sorte de préjugé favorable au candidat, mais conditionnel et clairvoyant, de la patience quand on doit essuyer l'étourderie ou la sottise, mais aussi la décision et le courage quand on doit se montrer sévère... » (GASTINEL.)

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Traitement des brûlures récentes

Les brûlures profondes, toujours plus ou moins localisées, sont mutilantes et menacent la fonction du membre atteint plus que la vie.

Les brûlures étendues, de par la désintégration protéinique qu'elles provoquent, comportent, en plus du pronostic fonctionnel à réserver, un pronostic vital souvent redoutable.

Le traitement tantôt simplement local, tantôt devant s'adresser à la lésion locale et à l'état général, aura pour but :

Par la thérapeutique locale d'éviter l'infection, et de favoriser la bonne cicatrisation des brûlures ;

Par le traitement général de lutter contre l'état de choc et contre l'intoxication.

Traitement local

La première précaution à prendre est de nettoyer très minutieusement les téguments voisins de la brûlure. Ces téguments seront passés à l'eau savonneuse, rasés à large distance des bords de la lésion et désinfectés à l'éther.

Il faudra ensuite enlever à la pince, stérile naturellement, les débris de vêtements, les corps étrangers qui peuvent se trouver sur la zone de brûlure. Les phlyctènes seront ouvertes et leur toit excisé.

Cette toilette de la brûlure terminée, quel pansement adopter ?

Pour les petites brûlures peu profondes (1er degré et 2e degré de peu d'étendue) les pansements peuvent être faits à l'huile goménolée, au tulle gras ou à l'ambrine.

Actuellement les méthodes de choix sont celles qui cherchent à « fixer » le foyer de brûlure empêchant ainsi la production des toxines. On y parvient soit par la chaleur sèche, soit par l'emploi de fixateurs chimiques.

Pour fixer par la chaleur sèche, le brûlé reposant sur un drap stérile est placé sous un cerceau chauffant recouvert d'un drap stérile et des couvertures. Ce procédé est très simple mais la fixation du foyer est lente et l'intoxication peut se produire.

Parmi les fixateurs chimiques l'acide picrique ne peut être utilisé que pour des brûlures de peu d'étendue en raison de sa toxicité.

Actuellement, c'est la méthode du *tannage*, préconisée et mise au point par Davidson et Rudler qui est la méthode de choix.

La solution (25 gr. d'acide tannique, 8 gr. de bicarbonate de soude dans 1 litre d'eau stérile) doit être fabriquée immédiatement avant l'emploi. Elle est pulvérisée au moyen d'un pulvérisateur *en verre*, et il faut avoir soin de protéger les yeux en cas de brûlures de la face.

Les pulvérisations seront répétées toutes les 20 minutes pendant 2 ou 3 heures : dans l'intervalle le brûlé repose sur des draps stériles et sous un cerceau chauffant. L'épidermisation se prépare ainsi sous la croûte.

Dans les brûlures profondes isolées et localisées, après une lente élimination des tissus nécrosés, le comblement de la brèche se fait par un tissu fibreux rétractile qui compromet, parfois gravement, la fonction. Chaque fois que la chose sera possible il sera indiqué de pratiquer l'excision du foyer avec suture primitive immédiate ou de préférence retardée.

Au cas où un ou plusieurs foyers de brûlures profondes siègent sur une zone étendue de brûlure superficielle, le tannage sera pratiqué. Ce n'est qu'ultérieurement que l'on pourra pratiquer l'excision des croûtes, suivie de greffes sur les zones de brûlure profonde.

Traitement général

Le grand brûlé est un choqué.

Pour éviter d'aggraver le choc primitif par des douleurs répétées, le brûlé ne doit pas être déshabillé avant d'être dans le service où il sera traité.

Pour lutter contre ce choc primitif et contre l'état de choc toxique la thérapeutique suivante sera mise en œuvre :

1° Hydrater le brûlé par tous les moyens y compris les injections sous-cutanées, veineuses ou rectales de sérum physiologique ;

2° Le rechlorurer par des injections intraveineuses de 10 c. c. de sérum salé hypertonique toutes les quatre heures ;

3° Combattre la défaillance cardiaque par les procédés habituels ;

4° Réchauffer le brûlé.

5° La lutte contre l'infection et contre l'intoxication due à la désintégration protéinique est réalisée par le traitement local (tannage). Ne pas négliger de pratiquer une injection de sérum antitétanique.

Ch. CLAVELIN.

Effets des sels mercuriels organiques dans les ascites cirrhotiques. — Le Docteur Ida LIPHSCHUTZ (Thèse Paris 1936) a réuni 34 observations cliniques de cirrhoses, pour la plupart traitées par le neptal.

Le neptal peut agir par la voie intramusculaire, mais la voie intrapéritonéale donne généralement une diurèse supérieure à celle obtenue par la voie intramusculaire.

Le neptal n'aggrave pas la cirrhose et ne provoque pas de lésions rénales. Dans les cas qui se sont terminés par le décès, l'examen nécroptique confirme le fait.

Les premières injections de neptal ont, suivant la réaction consécutive, la valeur d'une épreuve pronostique : les malades qui ont réagi au neptal par une diurèse abondante sans oligurie consécutive, évoluent vers la guérison ; tandis que ceux dont l'organisme s'est montré indifférent à ce sel mercuriel, ou chez lesquels cette action a été suivie d'une diminution, en quelque sorte compensatrice, de la diurèse, évoluent défavorablement.

Avant d'instituer le traitement, il convient de fixer le coefficient de résistance viscérale du malade. On ne fera pas de neptal en cas de glomérulo-néphrite, d'azotémie dépassant 1 gramme, de collapsus cardiaque, d'état infectieux grave, d'une insuffisance hépatique marquée (avec tendance aux hémorragies profuses). Une faute grave serait de répéter le lendemain l'injection au cas où la première n'est pas suivie de l'effet diurétique. On doit espacer suffisamment les injections (72 heures ou mieux tous les quatre ou huit jours). La mort peut survenir par anurie, en cas d'injections trop rapprochées (à 24 heures d'intervalle).

En ce qui concerne le traitement des cirrhoses alcooliques, la dose à injecter chaque fois est de 1 à 2 c. c. On peut pratiquer des cures d'injections rapprochées (tous les quatre ou huit jours), séparées de périodes de repos, ou des cures prolongées, les injections étant pratiquées tous les huit ou dix jours.

En cas d'échec, il convient de changer la voie d'introduction. La voie intrapéritonéale ne s'impose pas d'emblée. L'injection sera d'abord intramusculaire ; en cas d'échec, l'injection dans le péritoine peut provoquer une diurèse là où la voie musculaire n'a rien donné.

La technique des injections intrapéritonéales, indiquée par l'auteur, est la suivante : une aiguille de longueur et de calibre moyens, montée sur une seringue vide de 5 à 10 c. c., est enfoncée dans la moitié gauche de l'abdomen, au niveau de l'endroit choisi habituellement pour la paracentèse. On aspire dans la seringue un peu de liquide et on retire quelques centimètres cubes aux fins d'examen chimique et bactériologique. Une autre seringue contenant le neptal est aussitôt adaptée à l'aiguille qui reste en place. On injecte le contenu dans le péritoine en s'assurant, par aspiration, que l'on est bien dans l'épanchement et non dans une anse intestinale. En cas d'épanchement hémorragique, il conviendrait de s'abstenir d'injecter le neptal dans le péritoine. Cette méthode a donc l'avantage d'être à la fois exploratrice et thérapeutique.

Les adjuvants habituels de la thérapeutique diurétique peuvent être utilisés : chlorure de calcium, chlorure d'ammonium, extraits hépatiques injectables ou lipase hépatique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement de l'ostéomyélite aiguë [1]

Par le Docteur **Louis POUYANNE**
(de Bordeaux)

« J'ai vécu successivement les quatre étapes du traitement de l'ostéomyélite aiguë : ouverture systématique d'urgence des abcès sous-périostés avec trépanation immédiate ; — incision du périoste dans un premier temps, trépanation secondaire si les signes généraux l'imposaient ; — diaphysectomie précoce plus ou moins retardée ; — temporisation, après application d'un appareil plâtré.... » : c'est en ces termes que M. le Professeur Rocher résumait récemment l'histoire du traitement de l'ostéomyélite aiguë, et ses multiples variations (Soc. de Chirurgie de Bordeaux, 11 mars 1937).

Comment expliquer des modifications si profondes dans les points de vue de chirurgiens parfois comtemporains, entraînant des bouleversements radicaux dans les méthodes thérapeutiques ?

Tout d'abord, il faut noter que depuis l'époque où Bœckel, Gosselin, Ollier essayaient de définir cliniquement l'ostéomyélite, et même à partir de l'ère pastorienne nos idées sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection ont pu évoluer et se renouveler. A la notion « infection locale » qui avait été ancrée dans l'esprit de trop de médecins par la fameuse phrase de Pasteur le « furoncle de la moelle » s'est justement substituée la conception de l'ostéomyélite, retentissement local d'une septicémie staphylococcique pouvant revêtir tous les degrés d'intensité, mais toujours constante : c'est le retour au vieux « typhus des membres » pressenti par Chassaignac.

Comme conséquence, c'est la règle sur laquelle insiste aujourd'hui si fortement Leveuf, de n'intervenir qu'après la phase septicémique, pour « évacuer les déchets de la lutte », comme le principe en est déjà admis depuis longtemps dans les pleurésies purulentes.

Une autre donnée pathogénique, due à Wilensky, vient malgré son caractère moins évident, militer pour les interventions retardées : les séquestres osseux, considérés par les classiques comme secondaires à l'infection ostéomyélitique et déterminés par elle, seraient au contraire définis d'emblée, au début même de l'infection osseuse, par des embolies septiques délimitant des zones d'ischémie plus ou moins importantes suivant le vaisseau atteint : on ne peut donc, par une opération précoce, espérer modifier l'importance d'une nécrose qui est déjà en fait réalisée : on ne peut en préciser l'étendue qu'en surveillant l'évolution de la lésion.

Ainsi Leveuf a pu dire que l'ostéomyélite ne fait qu'entrer dans le cadre des autres suppurations : « Aujourd'hui et dans tous les domaines, l'opérations d'urgence est sur le point d'être abandonnée dans le traitement des suppurations. A la période initiale, nous cherchons à aider la résistance de l'organisme au moyen de soins médicaux et non à la paralyser par un traumatisme opératoire intempestif. Le chirurgien n'intervient qu'à son heure, vers la fin de la bataille, pour évacuer les déchets de la lutte. En d'autre terme, il incise un abcès mûr et bien collecté ».

Si ces raisons ne venaient nous inciter à la prudence dans la conduite du traitement de l'ostéomyélite aiguë, d'autres considérations d'ailleurs nous y pousseraient : la *multiplicité des formes cliniques* qui, elle, est bien classique, et qui fait revêtir à l'ostéomyélite aiguë des aspects si différents suivant l'âge (nourrissons), l'os frappé, la multiplicité possible des localisations, les complications, mais surtout les évolutions si différentes, et parfois si imprévisibles de l'affection, qui faisaient dire à un homme qui pourtant en avait beaucoup vu : « Malgré une expérience déjà longue, je me déclare incapable de porter un pronostic certain sur une ostéomyélite aigüe au moment d'une opération : j'en ai vu mourir que je croyais bénignes, et guérir que je croyais désespérées... » (Broca, 1922). En réalité, nous pourrions presque dire que la difficulté du traitement de l'ostéomyélite aigüe ne vient pas, comme le disait Broca, de pronostiquer lorsqu'on opère, mais bien de n'opérer que lors qu'on est en mesure de porter un pronostic.

D'autres faits encore viennent compliquer la question : il est difficile de juger sainement de certaines méthodes de traitement qui, par argument d'autorité ou conception initiale erronée, connaissent à tort des périodes de vogue... ; il est difficile de juger sainement certaines méthodes ou certains principes thérapeutiques, quand on constate des faits comme ceux que résumait récemment M. le Prof. agrégé Loubat, et qui répondent bien à l'expérience de tous ceux qui ont pu s'occuper de la question. Ecoutons-le :

« 1° Quelle que soit l'étendue de l'intervention primitive, les phénomènes généraux continuent à rester sérieux assez longtemps, température élevée, pouls rapide ; état infectieux grave, toutes manifestations d'une septicémie qui continue à évoluer à côté du foyer local et malgré le drainage.

« 2° Des os qui paraissaient devoir être complètement détruits ou nécrosés d'après les constatations cliniques et radiologiques, se réparent parfois complètement en l'absence de toute intervention large.

« 3° Des foyers importants d'ostéomyélite, primitifs ou secondaires, qui, pour des raisons diverses, n'ont pas été traités chirurgicalement au début, évoluent spontanément vers la guérison, sans la moindre intervention chirurgicale. » (Soc. de Chir. de Bordeaux 1937.)

Enfin, si nous nous rappelons que le chirurgien, lorsqu'il traite une ostéomyélite aiguë ne doit pas seulement chercher à sauver la vie de son petit malade, mais, autant que possible, à sauvegarder la fonction, le développement normal du membre, et à obtenir du premier coup une guérison stable, on conviendra que beaucoup d'éléments viennent ajouter leur complexité propre à celle d'un problème déjà difficile. En particulier, ce dernier point « qualité de la guérison », qui vise à éviter les rechutes si rebelles de l'ostéomyélite passée à la chronicité est sans doute celui qui a suscité le plus de recherches chirurgicales et biologiques, sans que l'on puisse dire encore que ces recherches aient entièrement abouti.

Envisageant tout d'abord le cas « type », de beaucoup le plus fréquent, d'une ostéomyélite de gravité moyenne, à localisation unique, chez un adolescent, nous passerons en revue les diverses techniques chirurgicales proposées, et nous verrons que ces techniques nous permettront de suivre l'évolution des idées jusqu'à nos jours. Nous insistons d'ores et déjà sur un point important : à côté de l'acte opératoire, toute une série de soins (mise en œuvre de méthodes biologiques locales ou générales, pansements, immobilisation...) ont une importance considérable. Pour le public, pour beaucoup de médecins et même pour quelques chirurgiens, seul compte l'acte opératoire : en réalité, ces traitements connexes ou post-opératoires paraissent intervenir pour autant dans la guérison que l'intervention elle-même : et leur qualité doit être aussi irréprochable. « L'intervention chirurgicale — a pu écrire Lombard, — pratiquée dès la fin de la

(1) Conférence faite le 9 juin 1937.

période septicémique, abrège considérablement les délais de guérison : c'est son très grand mérite, mais c'est son seul mérite : ce n'est pas elle qui guérit la malade ; il faut que les chirurgiens perdent leurs illusions. »

Par ordre d'importance, les interventions qui ont été préconisées dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë ont été : l'*incision simple*, la *trépanation*, limitée ou large, allant jusqu'à l'*évidement-résection*, la *diaphysectomie*, l'*amputation*. Non seulement on a discuté, mais on discute encore sur le moment où il convenait de les faire, et il ne semble pas que l'accord soit encore réalisé.

Au temps où l'ostéomyélite ne s'appelait que « Périostite phlegmoneuse », on se bornait, avec Bœckel et Gosselin à l'*incision simple de l'abcès sous-périostique*. Lannelongue, venant apporter sa conception anatomo-pathologique de l'ostéomyélite — « au bain de moelle succède un bain de pus » — en déduit la nécessité absolue de la *trépanation systématique et précoce* : cette façon de faire est adoptée par la plupart des auteurs et reste classique jusqu'à ces dernières années, au moins en France : après Lannelongue, Broca s'en était déclaré partisan. Quelques dissidents néanmoins réclamaient une conduite plus éclectique : Kirmisson se bornait à inciser, et ne trépanait que si la nécessité s'en faisait sentir ; Vignard temporisait sous le couvert d'un abcès de fixation et n'incisait que tardivement. Les Allemands, montraient, par des comparaisons de statistiques importantes, que la trépanation systématique fournissait deux fois plus de morts et de complications que l'intervention retardée qui devenait chez beaucoup d'entre eux la règle. Par contre Leriche tend à substituer à la trépanation limitée de Lannelongue, simple soupape de sûreté ouverte dans la cavité médullaire, un évidement large, véritable « *résection longitudinale partielle* » pour employer ses propres termes ; l'indication de cette intervention est surtout la gravité de l'état général : « Elle (l'incision simple) ne peut être qu'une thérapeutique d'urgence lorsque les conditions matérielles ne permettent pas de faire plus. En principe, et toujours si l'état général est grave, il faut faire davantage ».... Leriche pense ainsi éviter les inconvénients reprochés à la trépanation limitée, opération de conception simpliste, car il est illusoire de penser qu'on coupera court à l'infection osseuse en créant un étroit pertuis entre la moelle et l'extérieur. De plus la trépanation ainsi comprise implique le passage fatal à la chronicité. C'est pourquoi il lui substitue la résection longitudinale, qui réalise un drainage infiniment supérieur, et en même temps, par l'exérèse massive de l'os en voie de nécrose, évite la constitution d'un foyer d'ostéomyélite chronique. Après l'intervention, Leriche préconise deux précautions capitales : l'immobilisation plâtrée, le pansement rare ; et nous verrons que si la tendance actuelle est d'éviter les opérations précoces, elle fait un large emploi de ces deux pratiques.

Déjà, et depuis longtemps, le double souci de sauver des existences ou tout au moins des membres paraissant fortement compromis a poussé quelques chirurgiens à pratiquer parfois une intervention plus complète encore que la résection longitudinale partielle de Leriche, c'est la *résection diaphysaire* ou diaphysectomie. Présentée comme opération de nécessité ayant pu donner des résultats, immédiats et éloignés, inespérés, par Holmes, Tédenat, Hallopeau, elle ne sera véritablement codifiée que par Leveuf en 1926 : cet auteur en fixe la technique, variable suivant le stade où l'on opère — résection immédiate, précoce ou tardive — les indications, les résultats. Il insiste sur les précautions à prendre pour garantir la régénération osseuse : intervention assez précoce, épargnant le périoste, pansements simples sans antiseptiques ni mèches de gaze, avec immobilisation plâtrée stricte pendant toute la période de régénération osseuse : celle-ci, dans ces conditions, est constante et reproduit, dès les premières semaines et rapidement (comme des radiographies en série permettent de le constater), en même temps que se fait la cicatrisation secondaire des parties molles, un os moulé dans le périoste soigneusement conservé, reproduisant presque exactement la forme de l'os primitif, et n'englobant pas de séquestre puisque tout le tissu osseux atteint par l'infection, sain ou altéré, a été supprimé. Par là même cet os néoformé offre les meilleures garanties théoriques contre la récidive et le passage à la chronicité de l'infection. La précocité de l'intervention évite la diffusion de l'infection, en particulier les complications articulaires ; enfin la fonction du cartilage de conjugaison, lorsqu'il est conservé (dans les résections purement diaphysaires), semble rester normale.

Malgré les objections formulées, qui tiennent surtout au danger de non-reconstitution de l'os, inconvénient au niveau des segments de membre à deux os, mais gros risque pour le fémur ou l'humérus (et quelques cas en sont apportés), Leveuf s'attache à montrer que ces échecs résultent de fautes de technique, et son argumentation est assez séduisante pour que, dans les années qui suivent plusieurs statistiques homogènes (Barret, Carajanopoulos, Sorrel) apportent leurs beaux résultats à l'appui de la résection diaphysaire précoce, qui prend droit de cité dans les méthodes chirurgicales de traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Si la thérapeutique s'était ainsi enrichie d'un moyen chirurgical intéressant, l'évolution des idées en matière de traitement des infections devait, dans ces dernières années, en rénover complètement la méthode.

Déjà, vers 1920-1922, sous l'impulsion de Grégoire, la vogue de la vaccinothérapie s'était portée sur l'ostéomyélite ; et l'on avait enregistré, sous l'influence d'une vaccination plus ou moins spécifique, des évolutions de l'ostéomyélite que l'on n'avait pas coutume d'observer avec l'intervention précoce systématique. Certains foyers d'ostéomyélite, non douteux cliniquement, et qui ultérieurement présentaient les stigmates radiologiques de l'affection, n'évoluaient pas vers la fistulisation, mais après quelques jours de fièvre et de signes généraux, se résorbaient progressivement et guérissaient sans intervention, sous l'influence, pensait-on, des seules injections vaccinantes. A côté de ces cas dont l'évolution paraissait ainsi enrayée, d'autres étaient atténués dans leur gravité. D'autres enfin ne paraissaient pas modifiés et subissaient après deux ou trois jours d'observation, le traitement classique, incision et trépanation.

Ces faits ne sont plus guère aujourd'hui portés au crédit, de la vaccination qui a perdu beaucoup de la faveur qui l'entourait voici quelques années ; mais ils ont préparé les esprits à l'évolution qui, nous l'avons dit, s'est produite pour l'ostéomyélite comme elle s'est produite pour les autres infections aiguës, et qui consiste à s'abstenir de toute manœuvre chirurgicale tant que persiste l'infection générale. C'est encore à Leveuf que nous devons d'avoir mis en lumière de la façon la plus démonstrative ce qu'est l'évolution d'une ostéomyélite aiguë non pas, comme on l'a parfois dit, livrée à elle-même, mais traitée selon les règles que nous allons maintenant exposer.

Disons tout de suite que les quelques cas d'ostéomyélite aiguë qu'il nous a été donné d'observer à l'hôpital des Enfants dans le service de notre Maître le Professeur Rocher, et dans celui de M. le Professeur agrégé Loubat et où a été suivie la ligne de conduite préconisée par Leveuf, sont venus se superposer entièrement aux observations apportées par cet auteur dans ses récentes publications.

Voici donc comment, à l'heure actuelle, nous pouvons concevoir la conduite du traitement d'un cas type d'ostéomyélite aiguë.

Le malade, vu en pleine septicémie, avec température élevée, état général souvent grave, douleur vive et tuméfaction au niveau d'une extrémité osseuse, sera immédiatement *immobilisé* dans un appareil plâtré prenant les articulations sus et sous-jacentes au foyer ; cet appa-

reil sera largement fenêtré au niveau de la région atteinte, où l'on pourra faire de larges applications de pansements humides ou d'antiphlogistine. Il est toutefois frappant de voir combien à elle seule l'immobilisation calme la douleur et produit une transformation dans l'état général. Dans les cas où une attitude vicieuse s'est déjà constituée (hanche), l'extension continue jouera le même rôle et aura les mêmes effets, tout en replaçant l'articulation en position normale.

Bien entendu, ce traitement implique une *surveillance*, constante et compétente, de l'état général et local : il ne peut être fait qu'en milieu chirurgical. On surveillera avec soin la courbe thermique, et l'on pratiquera des hémocultures : dans la règle, l'hémoculture faite au début, en pleine poussée thermique, montre la présence du staphylocoque doré dans le sang. En général, elle deviendra assez rapidement négative, en même temps que la courbe thermique amorcera une descente en lysis, qui au bout d'une dizaine de jours, conduira le sujet à l'apyrexie complète.

A ce moment se sera généralement constituée une collection sous-périostée parfois très volumineuse que l'on pourra évacuer soit par incision minime, soit même par ponctions successives. Et l'on peut même constater au microscope, après deux ou trois ponctions ramenant chaque fois un liquide moins purulent, la disparition des germes très abondants au début. Quelquefois, on aura ainsi la satisfaction d'avoir guéri son malade sans intervention, se plaçant en somme dans les mêmes conditions que celles que présentent certains cas d'ostéomyélite atténuée, ou encore certaines ostéomyélites du nourrisson, qui guérissent sans suppuration ou après incision simple d'un abcès. Il y a lieu néanmoins de faire des réserves sur la qualité de cette guérison, et de suivre longtemps ces malades, cliniquement et radiographiquement.

C'est qu'en effet, à dater de ce moment encore, les lésions osseuses vont avoir une traduction radiographique qui en rendra le traitement sinon plus facile, du moins plus précis dans ses indications et ses techniques : que sous cet abcès périostique le cliché radiographique montre en effet un séquestre limité, il sera facile par une intervention également limitée, d'aller, à froid et dans les meilleures conditions, en pratiquer l'ablation et tarir ainsi la suppuration. Qu'au contraire il s'agisse d'une nécrose massive, intéressant la totalité ou une grande partie de la diaphyse, on pratiquera, vers la troisième semaine, c'est-à-dire assez précocement pour être sûr de la régénération, et avec toutes les règles prescrites, une diaphysectomie totale, qui sera la meilleure garantie de guérison à longue échéance. On voit donc quelle importance prend, dans le choix de cette intervention retardée, l'examen radiographique, dont nous avions, au temps des interventions précoces systématiques, l'habitude d'entendre dire qu'il n'était d'aucune utilité dans le diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Il est bien entendu qu'à la période de la temporisation, comme pendant et après l'intervention chirurgicale si elle a lieu, toute une série de soins complémentaires, sur l'importance desquels nous ne pouvons qu'insister une fois de plus, seront appliqués.

Tout d'abord, le traitement « médical » des septicémies : on s'adressera, suivant la vogue du moment, suivant aussi l'impression laissée par des cas heureux ou malheureux, à la *chimiothérapie* (trypaflavine, mercurochrome, rubiazol, septazine, etc., ou encore métaux colloïdaux, qui, au prix de chocs parfois intenses, paraissent avoir fait leurs preuves dans des cas d'apparence désespérés) ; à la *vaccinothérapie*, soit sous forme de vaccins spécifiques, voir d'auto-vaccins, dont nous avons vu que la vogue paraissait actuellement en déclin, soit sous forme d'anatoxine staphylococcique, méthode à l'étude qui ne semble pas encore dans les cas aigus, avoir donné de résultats bien probants, et qui demande une grande prudence dans son application ; à la *bactériophagothérapie* dont nous nous rappelons avoir vu, voici quelques années, dans un cas d'apparence désespéré, une véritable résurrection (par voie intra-veineuse), mais qui semble actuellement connaître moins de faveur ; à la *sérothérapie*, qui, elle, n'est pas non plus entièrement au point ; à la *transfusion sanguine* enfin, soit simple (petites transfusions répétées) soit sous forme d'immuno-transfusion spécifique, ou de phylacto-transfusion, qui possèdent leurs défenseurs convaincus. De toutes ces méthodes, si elles ont chacune donné des succès, aucune ne s'est encore imposée d'une façon indiscutable. Il faudra donc faire un choix qui, nous le répétons, sera souvent dicté par des impressions cliniques plus que par des statistiques. Mais il faudra savoir ne pas se laisser aller à la tentation d'appliquer simultanément ou successivement toutes ces méthodes, comme on le voit faire parfois, ce qui risque de nuire plus que d'être utile, et ce qui empêche de juger de la valeur de l'une d'entre elles en cas de succès.

Ensuite, il va de soi que l'on surveillera attentivement la région pour dépister toute extension de l'infection aux parties voisines, en particulier les fusées purulentes qui pourraient se produire, et surtout la propagation aux articulations voisines, qui est pour Mathieu le principal danger de l'expectative. En réalité, les réactions articulaires sont de gravité très différente, suivant qu'il s'agit d'une hydarthrose de voisinage, à liquide d'ailleurs parfois louche mais ne contenant pas de germes, et qui est bénigne, ou au contraire d'une véritable arthrite suppurée qui nécessitera le drainage et l'immobilisation, et comportera une aggravation du pronostic vital et fonctionnel. Cette deuxième éventualité, beaucoup plus rare que la première ne semble pas jusqu'ici se rencontrer plus fréquemment dans les cas où l'intervention est retardée et où l'immobilisation plâtrée constitue peut-être sa meilleure prévention, que dans les cas traités suivant la méthode classique.

La surveillance ne se bornera pas aux articulations voisines, elle s'étendra aux autres épiphyses, aux autres articulations (certaines arthrites plastiques peuvent évoluer à distance d'une façon tout à fait torpide et ne se révéler qu'au moment de la convalescence par une ankylose plus ou moins serrée...) aux viscères (rein, plèvre, en particulier).

Par ailleurs, après l'intervention, les pansements devront être effectués avec grand soin, mais aussi rarement que possible. Orr, en Amérique, bourre ses plaies avec de la vaseline stérilisée, applique un plâtre par dessus, et ne l'enlève qu'au bout de deux ou trois mois : ce n'est là qu'une modalité poussée au maximum de la vieille méthode du pansement rare, chère aux Lyonnais, et qui en chirurgie osseuse plus encore qu'ailleurs, paraît mettre les tissus dans les meilleures conditions de réparation. Le plâtre est du reste probablement pour beaucoup dans le succès de cette méthode, car rien mieux que l'immobilisation stricte ne favorise la cicatrisation et ne lutte contre l'inflammation. Ces règles, déjà utiles en cas d'incision simple ou de trépanation, seront formelles si une résection diaphysaire a été faite, car la simplicité des pansements, leur rareté, l'absence de tout antiseptique ou de tout corps étranger irritant sont, comme nous l'avons vu, avec l'immobilisation plâtrée, les conditions nécessaires à la bonne régénération osseuse. L'inconvénient de ces méthodes est dans l'odeur désagréable qui se développe au bout de quelques jours, mais ses avantages valent qu'on passe par dessus ce point.

Il va de soi que le souci orthopédique imposera dans la confection des immobilisations les règles habituelles, de manière à réduire au minimum les inconvénients qui peuvent résulter d'une ankylose de l'articulation voisine du foyer d'ostéomyélite. Dans certains cas, le plâtre sera avantageusement remplacé par l'extension continue ou combiné avec elle, et nous avons montré qu'avec cer-

taines précautions, celle-ci pouvait parfaitement être réalisée chez l'enfant avec la broche de Kirschner.

Enfin, pendant ces longues convalescences, on ne négligera pas la surveillance de l'état général, et il sera souvent utile de prescrire, outre les toniques habituels, un changement d'air qui sera un utile stimulant (cure marine par exemple).

Il va de soi que le cas « type » que nous avons eu jusqu'ici en vue ne représente qu'une des éventualités de l'ostéomyélite aiguë. D'autres formes cliniques peuvent se présenter et dicter une ligne de conduite différente dans ses détails sinon dans son principe.

On insiste souvent sur la bénignité relative de *l'ostéomyélite du nourrisson*. Il est de fait qu'elle est souvent méconnue à son début, prise pour un simple abcès dont l'incision amène facilement la guérison. Pourtant les formes graves existent aussi, et nous venons d'en observer un cas où la multiplicité des foyers signait l'état septicémique d'ailleurs confirmé par une hémoculture, et qui enleva le bébé, âgé de un mois seulement, en quelques jours. Plus encore chez le nourrisson que chez l'adolescent, il faut se borner au minimum, utiliser l'immobilisation, les ponctions, les incisions minimes, et il faut être assez avare de thérapeutiques « biologiques » qui pourraient parfois dépasser le but recherché. On sera surpris ultérieurement de la qualité de la récupération fonctionnelle même avec d'assez gros dégâts osseux : à condition de ne pas entraîner de troubles dans l'accroissement, plus une lésion est constituée précocement, mieux elle est ensuite compensée.

Au niveau des *os plats*, ou des *os fonctionnellement peu importants* (clavicule, péroné), il ne faut pas hésiter à pratiquer des résections précoces qui semblent la meilleure garantie contre le passage à la chronicité, et dans lesquelles on n'a pas à craindre les inconvénients de la non régénération.

A la *hanche*, où l'arthrite suppurée survient d'emblée, il a été longtemps classique de préconiser la résection précoce de la tête fémorale pour assurer le drainage de l'article. Aujourd'hui, la nécessité même de ce drainage ne paraît pas si immédiate, et il y a déjà plus de dix ans qu'Ombredanne préconise la simple immobilisation dont les résultats soutiennent avantageusement la comparaison avec ceux de l'intervention précoce. Naturellement on immobilisera en position correcte, car l'ankylose est à peu près fatale.

Nous avons déjà signalé ces *formes atténuées* où le rôle du chirurgien se bornera parfois à constater, quelques semaines ou quelques mois après une poussée douloureuse étiquetée « «douleur de croissance », l'existence de lésions radiographiques ou d'un abcès osseux traduisant indiscutablement l'infection osseuse. A l'opposé il nous faut mentionner les *formes suraiguës*, assez fréquentes malheureusement, et qui sont de véritables septicémies foudroyantes avec un retentissement sur une ou plusieurs métaphyses qui signe l'atteinte osseuse, mais où la mort survient souvent en quelques heures, avant même que soit constitué nettement un foyer d'ostéomyélite. Ces cas sont souvent au-dessus de la thérapeutique, et s'il en est où il faut se garder d'une intervention précoce, c'est bien ceux-là ; seuls les moyens biologiques pourront être mis en œuvre, en désespoir de cause et avec de temps à autre, la joie inespérée d'un succès presque miraculeux. La transfusion, les métaux colloïdaux, le bactériophage intraveineux ont pu être invoqués dans certaines de ces guérisons.

Enfin, à côté du traitement de l'ostéomyélite aiguë proprement dite, il nous faut signaler que, une fois l'orage passé, ces malades pourront présenter des *séquelles* qui poseront toute une série de problème thérapeutique parfois très difficiles à résoudre : *fistules*, que l'on cherchera à tarir par ablation de séquestres, évidements, résections cures thermales à Barèges... ; *cavités osseuses* que l'on désinfectera péniblement avant de les combler par des plasties osseuses, musculaires ou graisseuses ; *fractures pathologiques et pseudarthroses* qui pourront nécessiter des greffes pour lesquelles il faudra savoir attendre de longs mois et préparer avec soins le revêtement cutané ; *ankyloses et raideurs*, correctes ou vicieuses, que l'on respectera ou que l'on corrigera suivant les cas ; *grands raccourcissements*, ou *déviations* (au niveau des segments à deux os) que l'on pourra pallier par des appareillages ou des résections diaphysaires.... Cette simple énumération montre l'importance orthopédique d'une affection dont les conséquences lointaines doivent être prévues et mesurées dès le début du traitement dans la mesure du possible, pour ne pas, par exemple, infliger à un malade des années et des années de soins, d'interventions, de pansements, d'immobilité, pour en arriver à une amputation qui l'aurait guéri définitivement en un mois.

Parce que l'ostéomyélite aiguë est une affection multiforme, grave, dont le traitement est difficile et où une erreur peut être lourde de conséquences, il faut essayer d'en raisonner les indications pour chaque cas ; il faut se garder des formules toutes faites et des dogmes dont la valeur ne vient parfois que d'un « slogan » mal compris ou trop absolu. Parce que Pasteur avait défini l'ostéomyélite aiguë « un furoncle de la moelle » on l'a trop longtemps considérée comme une infection locale ; parce que Lannelongue avait prononcé la phrase « au bain de moelle succède un bain de pus », on en avait déduit le dogme de la trépanation systématique. Souvenons-nous que les « vérités premières » d'aujourd'hui ne sont peut-être que les erreurs de demain, et que la chirurgie, qui est un art, ne se réduit pas en formules.

Le réflexe oculo-cardiaque dans l'hypertension artérielle.

Le réflexe oculo-cardiaque ou phénomène de Dagnini-Achner est déclenché par la compression oculaire.

L'arc réflexe qui passe par la branche ophtalmique du trijumeau-bulbe-pneumogastrique, déclenche des modifications multiples : cardio-vasculaires, respiratoires, motrices.

Il est normal quand le ralentissement de la fréquence du cœur n'est pas supérieur de 8 à 10 pulsations à la minute et qu'il s'accompagne d'un ralentissement minime de la fréquence respiratoire et d'un abaissement de la tension artérielle.

Exagéré quand le ralentissement du nombre des pulsations est supérieur à 10 pulsations à la minute, la pression artérielle s'abaisse alors davantage suivie de bradypnée, malaises, nausées, frissons, extrasystoles.

Le réflexe oculo-cardiaque est inversé lorsque le rythme cardiaque s'accélère et que la pression artérielle augmente.

L'abolition du réflexe doit faire penser à une lésion du bulbe ou du vague.

Chez des sujets atteints de déséquilibre vago-sympathique, la compression des globes oculaires nous renseigne sur la prédominance d'un système ou de l'autre (vagotoniques ou sympathicotoniques).

Dans l'hypertension artérielle, où M. Haskelès l'a spécialement étudié (Thèse de Paris, 1937) le réflexe oculo-cardiaque présente :

a) Dans l'hypertension essentielle un ralentissement du pouls de 10 à 20 pulsations par minute avec une importante augmentation de la pression artérielle ;

b) Dans l'hypertension artério-scléreuse la fréquence du pouls ne varie pas ou s'accélère légèrement et l'élévation de la tension artérielle est moindre ;

c) Dans l'hypertension d'origine rénale le pouls est irrégulier ; suivant les cas il demeure invariable, augmente ou diminue tandis que la tension artérielle s'élève modérément.

Ces diverses réponses sont liées à la cause de l'hypertension.

En clinique, la recherche est importante dans les cas où l'hypertension s'accompagne de tachycardie, pour renseigner le clinicien sur la nature de cette accélération et sur l'emploi des médicaments, suivant la cause qui a déclenché cette tachycardie.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque, si elle est faite avec circonspection, n'entraîne aucun incident, car l'épreuve est trop rapide pour être dangereuse.

Echos et Glanures

Descartes et la prolongation de la vie humaine. — *Extrait d'un article de M. Ch. Adam : Quelques questions à propos de Descartes* (REVUE DES COURS ET CONFÉRENCES, 15 juillet 1937) :

Descartes mourut en Suède, à Stockholm, le 11 février 1650 âgé de près de 54 ans (il était né le 31 mars 1596). A la nouvelle de cette mort, l'abbé Picot fut fort étonné. C'était un intime ami du philosophe, dont il avait été l'hôte à deux reprises en Hollande, à Endegeest d'abord « près d'un an », en 1641-1642, puis à Egmond, de novembre 1647 à janvier 1648 ; en retour il l'avait reçu chez lui ou chez sa sœur et son beau-frère, Sébastien Hardy, pendant les séjours de Descartes à Paris, en 1644, 1647 et même encore 1648. Or, selon lui, le philosophe avait trouvé le secret de faire vivre les hommes quatre ou cinq cents ans, et « sans une cause étrangère et violente, ajoute-t-il (comme celle qui dérégla sa machine en Suède), il aurait vécu cinq cents ans ». Pareille précision ne se retrouve point toutefois ni chez d'autres personnes qui, elles aussi, ont bien connu Descartes, ni chez Descartes lui-même.

La reine Christine de Suède dit bien que la prolongation de la vie était le principal objet de ses entretiens avec le philosophe, les derniers mois, d'octobre 1649 à février 1650. Mais c'était elle sans doute qui, par une curiosité bien naturelle, abordait cette question, et elle ne dit pas quelle limite il assignait. Surprise toutefois de la fin inopinée de Descartes, il lui échappa de dire en plaisantant (jocose) : « Ses oracles l'ont bien trompé ». On se serait attendu, de sa part, à une autre raison funèbre. Un peu après, au mois d'août 1650, un philologue, Herman Conringius, qui n'aimait pas Descartes, lui fit une épitaphe satirique, où il dit : « Ce philosophe avait peur pour son âme et promettait des siècles de vie à son corps ; sur quoi la Mort, dans son indignation, l'a subitement enlevé ».

...Animæ suæ male metuentem
At Corpori annorum centurias pollicentem
Mort indignabunda
Subito rapuit

Beaucoup plus tôt, en 1641, le chevalier Digby, un Anglais qui visita aussi Descartes en Hollande dans sa retraite d'Endegeest rapporte le propos suivant. Comme il lui disait qu'au lieu de s'attacher aux simples spéculations de la philosophie, il serait beaucoup plus digne de lui, qui connaissait si bien la construction du corps humain, de s'appliquer à rechercher les moyens d'en prolonger la durée, le philosophe répondit « qu'il avait déjà médité sur cette matière, et que, de rendre l'homme immortel, c'est ce qu'il n'osait se promettre ; mais il était bien sûr de pouvoir rendre sa vie égale à celle des patriarches ». Ici encore, on ne donne point de chiffre précis.

Quelques semaines après la fin du philosophe, la *Gazette d'Anvers* l'annonce en ces termes : « Il est mort en Suède un fol qui disait qu'il pourrait vivre aussi longtemps qu'il voudrait » Christian Huygens transmet cette phrase à son frère aîné le 12 avril 1650, en ajoutant : « Notez que c'est ici M. des Cartes ». Et ce frère de répondre de Rome, le 29 mai : « Cet éloge que donne le gazetier à M. Descartes est tout à fait drôle. Ce coquin-là mérite que tous les philosophes lui donnent les étrivières ». Est-ce à cause de l'inconvenante épithète, ou de la singulière assertion attribuée au philosophe ? Ou plutôt à cause des deux ? En tout cas, on devait être bien renseigné sur l'opinion de Descartes à ce sujet dans la famille Huygens, qu'il fréquenta durant son séjour en Hollande.

Le 5 octobre 1637, le philosophe écrivait familièrement au père de ces deux jeunes gens, Constantin Huygens, un ami intime aussi : « Les poils blancs qui se hâtent de me venir (il n'avait que 41 ans et demi) m'avertissent que je ne dois plus étudier à autre chose qu'aux moyens de les retarder. C'est maintenant à quoi je m'occupe ». Simple défaite, pour qu'on ne lui demande pas, comme on le faisait, de s'occuper d'autre chose. Un peu après, le 25 janvier 1638 : « Je n'ai jamais eu, écrit-il au même, autant de soin de me conserver que maintenant ; et au lieu que je pensais autrefois que la mort ne me pût ôter que trente ou quarante ans tout au plus, elle ne saurait désormais me surprendre qu'elle ne m'ôte l'espérance de plus d'un siècle ». Huygens père aussitôt de le prendre au mot, et de lui demander, après la brève explication des Engins qu'il avait reçue, un traité entier de mécanique, cet ouvrage dût-il l'occuper trois ans, ou plutôt trois jours : « Songez, lui écrit-il le 2 février 1638, quelle minute c'est du siècle que vous avez résolu de vivre ». Les deux amis plaisantent évidemment.

Un an après, le 9 janvier 1639, dans une lettre à Mersenne, le philosophe a moins d'ambition. Il se soigne, « il se tâte avec autant de soin qu'un riche goutteux » ; mais « raillerie à part » (ces mots sont de lui), « il lui semble qu'il est maintenant plus loin de la mort qu'il n'était en sa jeunesse ». Or « voilà trente ans (depuis 1609 par conséquent) qu'il n'a eu, grâces à Dieu, aucun mal qui méritât d'être appelé mal ». Et d'ailleurs, c'est un point de sa morale, dit-il aussi le 9 janvier 1639, « d'aimer la vie sans craindre la mort ».

Mais la même année 1639, dans une autre lettre toujours à Huygens, qui, pour le presser de publier son Monde, l'avertissait de la mort, il répond, le 6 juin, sur le même ton enjoué : « Je me sens encore, grâces à Dieu, les dents si bonnes et si fortes que je ne pense pas la devoir craindre de plus de trente ans, si ce n'est qu'elle me surprenne ». Il atteindrait ainsi, en 1669, 73 ans ou 74 ans, ce qui n'a rien d'excessif, en effet. Aussi est-ce en manière de plaisanterie sans doute, et par allusion à une opinion qu'on lui prêtait, qu'il date ainsi une lettre à un autre ami, Alphonse Pollot : « Du Hoef (Egmond du Hoef), le premier jour de l'an 1644, que je vous souhaite heureux et cent autres après ».

Ces textes font qu'on est loin de compte avec l'abbé Picot, le seul d'ailleurs qui ait avancé des chiffres, quatre ou cinq cents ans. C'est à se demander si ce bon abbé, qui paraît avoir été un gai compagnon, d'humeur plaisante (il l'a bien montré jusqu'au moment de sa mort), ne plaisantait pas aussi ; et on l'aurait pris trop au sérieux. La vérité est que Descartes a médité, comme il le dit, sur la conservation de la santé et la prolongation de la vie, mais en philosophe, en savant, en médecin, sans rêve chimérique. Dans le Discours de la méthode, parlant de la médecine : « Je m'assure, dit-il, qu'il n'y a personne, même de ceux qui en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y sait, n'est presque rien en comparaison de ce qui reste à y savoir, et qu'on se pourrait exempter d'une infinité de maladies, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissance de leurs causes, et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus ». Rien là, ce semble, que de très raisonnable, et qui sera, et qui est encore, le programme de tant d'hommes de science après lui. Et il n'est pas question de retarder d'un siècle ou deux le moment de la mort.

Du temps de Descartes ou avant lui, plus d'un s'était proposé le même problème de la prolongation de la vie : Bacon déjà, et aussi Van Helmont, que d'ailleurs notre philosophe n'a pas connu. Encore celui-ci ne parlait-il que de cent vingt ans, et ce fut quelque temps un dicton parmi le peuple : « Vous passerez les six vingts », disait-il, dans l'Avare de Molière, Frosine à Harpagon, feignant de lui trouver au creux de la main « une ligne de vie ». Descartes ne paraît pas en avoir jamais dit autant.

Et dans ce même discours de la Méthode, il parle d'élever sa connaissance au plus haut point, auquel « la médiocrité de son esprit et la courte durée de sa vie lui pourront permettre d'atteindre ». Plus loin, il se contente de dire : « Mon âge n'est point si avancé que, selon le cours ordinaire de la nature, je ne puisse encore avoir assez de loisir pour cet effet » (à savoir « gagner deux ou trois autres batailles », car c'est ainsi qu'il appelle les difficultés déjà vaincues). Et ceci encore : « J'ai résolu de n'employer le temps qui me reste à vivre, qu'à tâcher d'acquérir quelque connaissance de la nature qui soit telle qu'on en puisse tirer des règles pour la médecine ». Le philosophe semble bien croire ici que le temps lui est mesuré

comme à tous les hommes, et ne compte que sur la mesure commune. Ceci en 1637, où il avait 41 ans.

Huit ans plus tard, il écrit à un ami, le 10 mai 1635 : « Depuis, mon voyage en France (dont il était revenu en novembre 1644), je suis devenu plus vieux de vingt ans, que je n'était l'an passé... Ce n'est pourtant pas que j'aie aucune indisposition, grâces à Dieu ; mais je me sens plus faible, et pense avoir davantage besoin de rechercher mes commodités et mon repos... Je n'écris pas, de la moitié, tant de lettres que je faisais auparavant ». Il n'espère donc pas, on le voit, une prolongation outre mesure, de sa propre vie.

Voyons maintenant ses dernières déclarations. Dans une lettre à Chanut, du 15 juin 1646 : « Au lieu, dit-il, de trouver les moyens de conserver la vie, j'en ai trouvé un autre, bien plus aisé et plus sûr, qui est de ne pas craindre la mort ». Et il ajoute : « sans toutefois être chagrin », car il est de ceux qui ont le plus aimé la vie.

Déjà en 1645, questionné par un correspondant anglais, le marquis de Newcastle, précisément sur les moyens de conserver la santé, et donc aussi de prolonger la vie, il avait répondu, en octobre de la même année, qu'il y songe toujours, mais que cela dépend des connaissances que doit fournir la médecine, et il médite un traité des animaux, qui sera, dit-il, « une entrée pour parvenir à ces connaissances ». En attendant, il s'en tient à un mot de Tibère, rapporté par Suétone, que ceux qui ont atteint l'âge de 30 ans, doivent avoir assez d'expérience des choses qui leur peuvent nuire ou profiter, pour être eux-mêmes leurs médecins (octobre 1645).

Même rappel de ce mot, le 16 avril 1648, deux ans avant sa mort, dans son entretien avec François Burman. Et comme il avait été question du premier chapitre de la Genèse, Descartes déclare qu'il ne sait pas si l'homme était immortel ayant sa chute : ce n'est pas à un philosophe de s'en enquérir, il faut laisser cela aux théologiens. Comment aussi les hommes, avant le déluge, ont-ils pu tellement prolonger leur vie ? Voilà qui dépasse encore un philosophe. Peut-être Dieu a-t-il fait cela miraculeusement par des moyens extraordinaires, sans causes naturelles. Quant à lui, Descartes, il ne considère la nature comme aussi l'homme que dans leur état actuel sans chercher dans l'au delà. Nous voilà loin de la prétention qu'on lui a prêtée, de vivre aussi longtemps que les patriarches.

Cependant la vie humaine pourrait être prolongée, si on connaissait l'artifice de notre machine. On prolonge bien la vie des plantes, dont on connaît la constitution : pourquoi ne ferait-on pas de même pour celle des hommes ? Mais le meilleur moyen est encore d'avoir un bon régime, et chacun doit savoir, par son expérience personnelle, celui qui lui convient le mieux.

Ne fumez pas ! — AUX ÉCOUTES (24 juillet 1937) :

Les organisations socialistes et communistes répandent, en ce moment, le trac suivant :

Camarades socialistes ou communistes.

Ne fumez pas !

La société capitaliste spécule sur la passion du tabac pour équilibrer son budget, dont une grande partie va aux œuvres de destruction.

Le tabac rapporte à l'Etat, environ 4 milliards de bénéfices nets par an.

Le bénéfice net étant de 75 à 80 %, chaque fois que vous dépensez 1 franc de tabac, vous portez 6 fr. 75 ou 0 fr. 80 à l'oppression capitaliste.

Le tabac est dangereux parce qu'il aggrave toutes les maladies en attaquant le système nerveux qui commande à toutes nos fonctions. Il est surtout nuisible parce qu'il altère l'intelligence : le bien le plus précieux de l'être humain.

Pour améliorer votre santé,
Pour éviter une dépense nuisible,
Ne fumez pas !

Le gouvernement bourgeois, par une publicité honteuse, vous invite à fumer le plus possible...

Est-ce clair ?...
Ne fumez pas !

Donnez l'exemple.

Commencez l'œuvre de régénération de la Société collectiviste future.

Le Lieu de Genève. — *Extrait du* JOURNAL DE GENÈVE, 5 juillet 1937 :

Feu le médecin-général G. Saint-Paul a exposé dans le *Progrès Médical* du 27 avril 1929 puis dans un grand nombre d'ouvrages publiés depuis lors, son idée hautement humanitaire de créer, en temps de paix, en certaines contrées de chaque pays, des territoires d'étendue restreinte qui, en cas de guerre,

seraient neutralisés et où l'on mettrait en sécurité les femmes, plus spécialement les femmes gravides et les mères avec leurs nourrissons, les enfants, les infirmes, les vieillards impotents, d'une manière générale les personnes que leur état peut assimiler à des blessés.

Le 4 décembre 1930, M. Maurice Robert, député de l'Aube, présenta le texte de la proposition du médecin-général Saint-Paul à la Chambre des députés qui l'accepta à l'unanimité par un vote émis le 8 juin 1935.

Une association dénommée « Le lieu de Genève » a été fondée en mai 1931 ; elle groupe, en France, des milliers de membres. Les Gouvernements de Belgique, d'Allemagne, du Grand-Duché de Luxembourg ont accueilli avec empressement la proposition du général Saint-Paul. Le Comité international de la Croix-Rouge lui-même considéra qu'elle présente un intérêt supérieur et qu'elle mérite d'être soutenue par tous les milieux et en particulier par la Croix-Rouge elle-même.

Sur l'initiative de M. Henry George, ami de feu le général Saint-Paul, il a été constitué à Genève un comité composé de nombreuses personnalités, sous la présidence du Professeur Louis Favre.

L'Œuvre internationale des « Lieux de Genève » se trouve ainsi définitivement fondée.

Ce comité est intervenu immédiatement dans la guerre civile espagnole par des appels à chacun des camps belligérants.

De son côté, la Croix-Rouge s'est aussi interposée dans le même sens ; ses représentants ont, dans l'un et l'autre parti, obtenu déjà des résultats pratiques fort satisfaisants, en particulier l'accord de Salamanque du 10 octobre 1936, conclu avec le gouvernement provisoire basque. Cette convention accorde la libération immédiate des femmes et des enfants détenus dans les prisons de Bilbao et stipule que toutes les femmes et les enfants domiciliés dans le pays pourront désormais y circuler librement ou en sortir à leur gré, ce qui ne leur était pas permis précédemment.

Ce geste généreux du Gouvernement basque a été heureusement suivi de dispositions réciproques prises par le Gouvernement du général Franco. En vue de donner satisfaction aux démarches du délégué du Comité international de la Croix-Rouge, le premier ministre, M. Sangronis, a signé, en date du 19 octobre 1936, un accord arrêtant les mêmes dispositions que le précédent et décidant, en plus, la mise en liberté ou la libre circulation en territoire nationaliste des vieillards au-dessus de 60 ans, des jeunes gens de moins de dix-huit ans des médecins, des malades et des impotents.

La réciprocité de ces mesures humanitaires, obtenues pendant une guerre civile qui s'est révélée jusqu'ici d'une cruauté inouïe, conduit à espérer que les efforts conjugués des hommes de bonne volonté qui cherchent, d'une manière générale, à préserver la population civile des conséquences inhumaines d'une guerre moderne, parviendront à faire adopter et à généraliser dans tous les pays la proposition du médecin-général G. Saint-Paul : « Les Lieux de Genève ».

Tout récemment encore, le Comité des « Lieux de Genève » a correspondu avec les deux partis espagnols afin d'insister sur la protection à assurer aux êtres sans défense.

Le général Docteur Saint-Paul qui par sa généreuse initiative s'est acquis des droits au titre de « bienfaiteur de l'humanité », a malheureusement succombé, au courant d'avril dernier, à une angine de poitrine. Ce grand philanthrope a ainsi disparu sans avoir pu constater les fruits de ses efforts. Mais son œuvre lui survivra elle est en de bonnes mains, et tous ceux qui s'en occupent se font un pieux devoir de travailler à l'accomplissement de cette noble conception du général Saint-Paul auquel ils sonserveront un souvenir de fidélité et de reconnaissance.

Un témoignage étranger sur la Pharmacie française. — Le Journal de pharmacie et de chimie *a publié* (16 juillet 1937) *une lettre de M. Richard Kurtics* (*de Vienne*) *secrétaire général de l'Union internationale des pharmaciens d'officine. En voici un extrait :*

Après une étude approfondie de la question étendue à tous les domaines du négoce français des drogues, ainsi qu'à la suite des investigations personnelles qu'il m'a été permis de faire lors d'un séjour en France j'ai pu indubitablement établir que la pharmacie et la sérieuse industrie pharmaceutique française se maintiennent toujours au même niveau élevé et continuent à justifier le prestige international, dont elles ont toujours joui.

Cette constatation ne s'applique pas, naturellement, à certaines exceptions et morbidités économiques inhérentes aux temps présents qui n'ont pas épargné le commerce pharmaceu-



tique et qui doivent être déplorées et combattues en France comme ailleurs.

En ce qui concerne tout d'abord les pharmacies et les pharmaciens qualifiés, on peut affirmer qu'en France comme d'ailleurs dans tous les pays européens dignes de ce nom, la pharmacie et son exercice doivent être considérés, à quelques rares exceptions peut-être, comme d'honorables facteurs au service de la santé publique et dignes de la confiance qui, précisément sur ce terrain est une condition indispensable. La pharmacie est aussi, en France, une institution sanitaire publique d'une importante vitale pour la population, pour la santé publique et pour l'administration sanitaire. Ce fait de nos jours souvent méconnu, n'apparaîtrait dans tout son éclat que lorsque la mise à l'écart de pharmacies dignes de confiance aurait provoqué un état chaotique et de dangereux abus. C'est pourquoi un Etat soucieux de veiller consciencieusement à son rôle sanitaire, et qui voit dans la santé du peuple un de ses plus précieux trésors, a le devoir de tout faire pour conserver aux pharmacies leur fonction d'institution efficace et d'utile instrument de l'administration sanitaire. Et là, précisément, paraît être, en France, le point faible. Dans les hautes sphères administratives du ministère de la Santé publique n'existe aucun organisme central où des techniciens, choisis parmi les médecins et les pharmaciens puissent exercer une surveillance sur l'évolution de l'art thérapeutique. Il est ainsi compréhensible que des vices s'épanouissent, dont la responsabilité n'incombe ni aux pharmaciens ni à l'honnête industrie pharmaceutique. De nos jours, particulièrement dans le domiane des spécialités, un sévère contrôle serait de toute première nécessité et il ne saurait être exercé que par un Office central.

L'évolution moderne a fait surgir la branche des spécialités et il serait spécieux de vouloir absolument s'opposer à ce mouvement. Ce qu'il faut cependant exiger énergiquement et non dans l'intérêt du pharmacien mais, avant tout, dans le but de protéger le public c'est le tracé d'une rigide ligne de démarcation entre le domaine des spécialités et l'abus qu'on en fait. La demande, souvent justifiée de spécialités efficaces ne doit pas permettre à des faiseurs sans scrupules de fabriquer des préparations plus ou moins dénuées de valeur qu'ils écoulent à des prix élevés, à l'aide d'annonces alléchantes portant indication de toutes les maladies imaginables. Si, à l'occasion de l'enquête précitée, d'énergiques protestations parfois en termes fort vifs, se sont élevées en France sur ce point, on ne peut qu'y souscrire sans réserve.

La peste au cours de l'expédition d'Egypte et de Syrie, (1798-1799).— *M. Ducamp donne* (Thèse de Paris, 1937) *quelques précisions à son sujet* :

Elle fit environ 2.500 victimes sur un effectif de 54.000 hommes, soit un homme sur vingt. Mais elle se montra beaucoup plus meurtrière dans l'armée de Syrie qu'en Egypte. Sur un total de 13.000 hommes, elle en atteignit environ 1.500 dont plus de 1.000 moururent, soit une morbidité de 12 %, une léthalité de 70 % et des pertes totales s'élevant à près de 10 %. C'est donc en Syrie que se place la phase capitale de son histoire.

Elle fut marquée par la forme bubonique, accompagnée de quelques cas septicémiques, sans une seule peste pulmonaire. Ceci explique que, tout en étant très meurtrière, elle se soit limitée aux chiffres cités plus haut, ces deux formes n'étant pas directement contagieuse.

Au point de vue médical : en l'absence du seul traitement rationnel et de la seule prophylaxie individuelle, représentés par les sérums et vaccins antipesteux : le traitement, purement symptomatique, quoique partiellement bien inspiré (la médication tonique), fut à peu près impuissant.

Par contre, les mesures d'hygiène collective, bien que prises dans l'ignorance des intermédiaires de la contagion, soit qu'elles aient découlé d'une profonde intuition de la vérité, ou seulement d'un heureux hasard, contribuèrent de façon certaine à limiter les dégâts. Il faut en rendre hommage avant tout à Desgenettes.

La prophylaxie par les onctions d'huile mérite d'être retenue.

Quant à l'époque de l'apparition de la peste, aux singularités de l'épidémie, elles concordent parfaitement avec l'explication moderne du mécanisme de la contagion par l'intermédiaire des rats et de leurs ecto-parasites.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Vie et transmutations des atomes, par Jean Thibaud. Collection Sciences d'aujourd'hui. Un volume in-16 de 240 pages. Prix : 25 francs. Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

Ouvrage *de première main*, dont l'auteur a été mêlé directement, comme expérimentateur, au développement des recherches sur les atomes et les différents corpuscules, électrons positifs, neutrons, photons gamma, etc... Il ne s'agit donc pas d'un livre de vulgarisation à proprement parler mais plutôt d'une série de commentaires d'une lecture ausssi peu aride que possible.

L'ouvrage est illustré d'un grand nombre de reproductions photographiques d'appareils et de documents *originaux* qui sont dus, soit à la contribution de savants de diverses nationalités, soit à l'auteur lui-même.

Revue des cours et conférences. Le n° 5 francs. Ab. France, 70 francs. Boivin, édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juin : F. Strowski : John D. Rockfeller ou l'idéalisme américain. — E. Frameuglas : Diderot et Helvetius. — R. Pitrou : Autour de Richard Wagner (III) ; Richard Wagner et Thomas Maan. — P. Lachièze-Rey : Les idées morales, sociales et politiques de Platon (VIII) : Passage de la morale à la politique. — J. Tourneur-Aumont : Duguesclin précurseur (V) : L'esprit de croisade. La guerre civile en Espagne. — E. Kohler : L'art dramatique de Lope de Vega (VIII) : Les drames tragiologiques et les petits genres dramatiques. — J.-E. Fidas-Justiniani : Variété : Discours sur la raison classique (V).

Brahma et Bouddha. *Les religions de l'Inde dans leur évolution historique*, par H. von Glasenapp. Préface de Paul Pelliot. Un vol. in-8 de la Bibliothèque scientifique, avec 38 gravures hors texte, 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Depuis la grande guerre l'intérêt pour l'Inde s'est accru en Occident plus que jamais. De plus en plus se répand l'opinion que l'Inde n'est pas un pays païen lointain, intéressant seulement pour le commerce et l'industrie, ne présentant d'intérêt au point de vue spirituel que pour un savant archéologue, mais un pays qui au cours de son histoire millénaire contribua beaucoup à la civilisation du monde et qui sera aussi dans l'avenir appelé à jouer un rôle proportionnel à ses dimensions et son importance. Une compréhension de la civilisation de l'Inde est indispensable à tous ceux qui désirent connaître les grandes forces civilisatrices qui ont influencé les destinées du monde et les influenceront encore. Mais il est impossible de comprendre cette civilisation indienne sans connaître les religions hindoues. Le but de l'ouvrage du Professeur Glasenapp, *Brahma et Bouddha*, est de contribuer à la vulgarisation de ces connaissances.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville | LE NUMÉRO : 50 Centimes | N° 37 — 11 SEPTEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE | PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685.595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY
Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Strasbourg. — M. Edmond REDSLOB, assistant à la Faculté de Strasbourg est nommé professeur de clinique ophtalmologique (chaire vacante : M. WEILL, dernier titulaire).

Maladies du cœur et des vaisseaux. — Cours complémentaire du lundi 4 octobre au samedi 23 octobre 1937. OBJET DU COURS : Les sujets cardiologiques d'actualité. Les questions à l'étude dans le service. Les leçons seront faites par MM.Ch., Laubry, Pezzi (Milan), Doumer (Lille) ; G. Marchal, P. Soulié J. Lenègre, D. Routier et J. Walser, L. Deglaude et R. Heim de Balsac, P. Landowski, E. de Vericourt, F. Joly, L. Dugas, A. Malinsky, J.-F. Porge et Y. Bouvrain.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 4 octobre, 10 heures, Professeur LAUBRY : Les états de collapsus et la circulation de retour. — 11 heures, Docteur G. MARCHAL : La sédimentation des hématies.

Mardi 5 octobre, 10 heures, Docteur WALSER : Physiopathologie des transudats. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades.

Mercredi 6 octobre, 10 heures, Docteur SOULIÉ : Physiopathologie de l'obstruction coronarienne. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malade. — 15 heures, Docteur DEGLAUDE : Séance pratique d'électrocardiographie au laboratoire ; prise des tracés ; prise des phonocardiogrammes ; projections de films.

Jeudi 7 octobre, 9 h. 1/2, Professeur LAUBRY : Consultation avec présentation de malades.

Vendredi 8 octobre, 9 h. 1/2 : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur LENÈGRE : Les formes cliniques de l'endocardite maligne lente.

Samedi 9 octobre, 10 heures, Professeur LAUBRY : Considérations et acquisitions récentes sur les cardiopathies rhumatismales évolutives. — 11 heures, Docteur ROUTIER : Electrocardiographie : dérivations classiques et nouvelles.

Lundi 11 octobre, 10 heures, Professeur DOUMER : Epilepsie cardiaque. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades.

Mardi 12 octobre, 10 heures, Docteur DEGLAUDE : Considérations pratiques sur l'emploi des ondes courtes en pathologie cardiovasculaire. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades.

Mercredi 13 octobre, 10 heures, Docteur JOLY : Manifestations cardiaques de la diphtérie. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades. — 15 heures, Mlle LANDOWSKY : Séance pratique sur la technique des enregistrements graphiques mécaniques : le sphygmogramme ; le cardiogramme de pointe ; le pouls carotidien.

Jeudi 14 octobre, 9 h. 1/2, Professeur LAUBRY : Consultation.

Vendredi 15 octobre, 9 h. 1/2, Examen radioscopique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur PORGE : La phonocardiographie dans les bruits anormaux du cœur.

Samedi 16 octobre, 10 heures, Docteur H. DE BALSAC : Les données nouvelles dans l'investigation radiologique cardiaque. — 11 heures, Docteur P. LANDOWSKY : Des péricardites de l'enfant.

Lundi 18 octobre, 10 heures, Docteur MALINSKY : Les péricardites constrictives. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades.

Mardi 19 octobre, 10 heures, Docteur ROYER DE VÉRICOURT : Acrocyanose et maladie de Raynaud. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades.

Mercredi 20 octobre, 10 heures, Professeur PEZZI : Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine vu par un médecin. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Leçon clinique avec présentation de malades. — 15 heures, Séance pratique de radiologie cardiaque par le Docteur HEIM DE BALSAC : Projections de films et discussion.

Jeudi 21 octobre, 9 h. 1/2, Professeur LAUBRY . Consultation.

Vendredi 22 octobre, 9 h. 1/2 : Examen radiologique des malades vus à la consultation du jeudi. — 11 heures, Docteur BOUVRAIN . La vitesse circulatoire du sang ; mesure et applications.

Samedi 23 octobre, 10 heures, Docteur DUGAS : Les thromboses cardiaques. — 11 heures, Professeur LAUBRY : Orientation hygiénique et thérapeutique des lésions valvulaires.

Tous les jours à 17 heures, examen dans les salles sous la direction des chefs de clinique et des internes du service : Travaux pratiques (radiologie, électro-cardiographie, mesure du métabolisme basal).

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, et au B. R. M. E. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un certificat.

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré du 11 octobre au 23 octobre 1937. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery avec la collaboration de MM. Terrien, Jeannin, Thalheimer, Mollaret, Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, Froment, Derot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald et Doubrow.

PROGRAMME DU COURS. — I. *Etude biologique du diabète* : Les troubles du métabolisme dans le diabète. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète. Le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude clinique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabère bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme, etc.). Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. Les gangrènes diabétiques. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète.

V. *La thérapeutique du diabète* : Le régime de Bouchardat et

les régimes équilibrés. L'insuline : propriétés et modes d'action. Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques sous la direction du Docteur DOUBROW et de M. DE TRAVERSE, chefs de laboratoire.

Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et dans le traitement du diabète : La recherche et le dosage des sucres urinaires. Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée. Le pH et la réserve alcaline. La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B-oxybutyrique. Le métabolisme basal. Etude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc.

Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur RATHERY.

HORAIRE DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES. — Lundi 11 octobre, 10 heures. Professeur RATHERY : Les troubles du métabolisme dans le diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. — 17 heures. Docteur Maurice DEROT : L'acidose diabétique.

Mardi 12 octobre, 10 heures. Professeur RATHERY : La physiologie pathologique du diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. — 17 heures. Professeur RATHERY : Glandes vasculaires sanguines et diabète.

Mercredi 13 octobre, 10 heures. Professeur RATHERY : Les formes fondamentales du diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. — 17 heures. Docteur Germaine DREYFUS-SÉE : Le diabète infantile.

Jeudi 14 octobre, 10 heures. Docteur SIGWALD : Les formes étiologiques du diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. — 17 heures. Docteur Julien MARIE : Le diabète rénal.

Vendredi 15 octobre, 10 heures. Professeur JEANNIN : Diabète et grossesse. — 15 heures. Exercices pratiques : Le dosage du sucre sanguin. Epreuve de l'hyperglycémie provoquée. — 17 heures. Docteur DOUBROW : Le diabète bronzé.

Samedi 16 octobre, 10 heures. Professeur TERRIEN : Les accidents oculaires du diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Le métabolisme basal. — 17 heures. Docteur MOLLARET : Les petits accidents nerveux du diabète.

Lundi 18 octobre, 10 heures. Docteur DEROT : Le collapsus cardiaque chez les diabétiques. — 15 heures. Exercices pratiques : pH sanguin et réserve alicaline. — 17 heures. Docteur KOURILSKY : Accidents cutanés du diabète.

Mardi 19 octobre, 10 heures. Professeur RATHERY : Le coma diabétique et son traitement. — 15 heures. Exercices pratiques : pH sanguin et réserve alcaline. — 17 heures. Docteur BOLTANSKI : L'artérite et les gangrènes diabétiques.

Mercredi 20 octobre, 10 heures. Docteur Julien MARIE : Tuberculose et diabète. — 15 heures. Exercices pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. — 17 heures. Docteur FROMENT : Le traitement du *diabète simple.*

Jeudi 21 octobre, 10 heures. Docteur FROMENT : Le traitement de fond de diabète consomptif. — 15 heures. Exercices pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. — 17 heures. Professeur RATHERY : L'insuline, ses propriétés et son mode d'action.

Vendredi 22 octobre, 10 heures. Professeur RATHERY : Résultats de la cure insulinienne dans le diabète consomptif. L'insulinorésistance et l'insulinosensibilité. — 15 heures. Exercices pratiques : Révision. — 17 heures. Docteur FROMENT : Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Samedi 23 octobre, 10 heures. Docteur SIGWALD : Les accidents dus à l'insuline et le coma hypoglycémique. — 15 heures. Docteur THALHEIMER : Chirurgie et diabète. — 17 heures. Professeur RATHERY : L'avenir du diabétique.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, — soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures ;

— soit à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

Cours de pratique obstétricale. — Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 18 octobre 1937 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 18 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur JEANNIN. — 17 heures : Présentation de malades (MERGER). — 18 heures : Diagnostic des hémorragies de la grossesse pendant les premiers mois (MERGER).

Mardi 19 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 17 heures : Présentation de malades (RICHARD). — 18 heures : Kystes de l'ovaire et grossesse (RICHARD).

Mercredi 20 octobre, 9 h. 3/4 : Consultations des femmes enceintes. — 17 heures : Présentation de malades (WEILL). — 18 heures : L'accouchement dans la présentation de l'épaule (WEILL).

Jeudi 21 octobre, 9 h. 3/4 : Opérations gynécologiques. Consultation des nourrissons. — 16 heures : Visite du Musée (PAUGAM). — 18 heures : Pyélonéphrites gravidiques (GORSE).

Vendredi 22 octobre, 9 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur JEANNIN. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : La présentation du front (BIDOIRE).

Samedi 23 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : L'albuminurie gravidique (RICHARD).

Lundi 25 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et récemment accouchées. — 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur JEANNIN. — 16 heures : Exercices pratiques. Extraction du siège. — 18 heures : Tuberculose et grossesse (WEILL).

Mardi 26 octobre, 9 h. 1/2 : Consultations de nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques du forceps. — 18 heures : Fibromes et puerpéralité (MERGER).

Mercredi 27 octobre, 9 h. 1/2 : Consultation des femmes enceintes. — 16 heures : Exercices pratiques : la version. — 18 heures : Traitement de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur (RICHARD).

Jeudi 28 octobre, 9 h. 1/2 : Opérations gynécologiques. Consultations des nourrissons. — 16 heures : Exercices pratiques : le forceps. — 18 heures : Les hémorragies inter-utéro-placentaires (SUZOR).

Vendredi 29 octobre, 9 h. 1/2. 10 h. 1/2 : Leçon par M. le Professeur JEANNIN. — 16 heures : Exercices pratiques : les embryotomies. — 18 heures : Anomalies de la contraction utérine (MERGER).

Samedi 30 octobre, 9 h. 1/2 : Examen des femmes en travail et des accouchées. — 10 h. 1/2 : Consultations des femmes enceintes. — 18 heures : Conduite à tenir dans les bassins rétrécis d'origine rachitique (BIDOIRE).

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Les bulletins de versements, relatifs au cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 200 francs.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par MM. E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. F. Bezançon, J.-E. Evrot, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, C. Lejard, V. Hinault, H. Mollard, J.-M. Lemoine et J. Canetti.

Ce cours, d'une durée de quatre semaines, commencera le lundi 18 octobre 1937, à 9 heures, à l'Hôpital Cochin (pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons.

PROGRAMME DES LEÇONS ET DES CONFÉRENCES DISCUTÉES. *Leçons.* — Lundi 18 octobre, à 11 heures. M. AMEUILLE : Problèmes actuels de la tuberculose pulmonaire ; à 16 heures M. RIST : Principes généraux du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 19 octobre, à 15 h. 30. M. EVROT : Organisation de la prophylaxie sociale de la tuberculose. — Mercredi 20 octobre, à 16 heures, M. RIST : Principes de la percussion. — Jeudi 21 octobre, 16 heures, M. RIST : Principes de l'auscultation. — Vendredi 22 octobre, à 16 heures, M. BEZANÇON : Le bacille tuberculeux. — Lundi 25 octobre, à 16 h. 30, M. RIST : Principes de l'exploration radiologique. — Jeudi 28 octobre, à 16 h. 30, M. RIST : Théorie et pratique de la collapsothérapie. — Mercredi 3 novembre, à 16 h. 30, M. RIST : Théorie et pratique de la collapsothérapie (*suite*). — Jeudi 4 novembre, à 16 h. 30, M. RIST : Tuberculose et gravidité.

Conférences discutées par M. AMEUILLE, Mme DUBOIS-VERLIÈRE, MM. KUDELSKY, LEJARD, HINAULT, MOLLARD, LEMOINE et CANETTI. — Lundi 25 octobre, à 15 h. 30 : Marche générale de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 26 octobre, à 15 h. 30 : Les débuts de la tuberculose pulmonaire.— Mercredi 27 octobre, à 15 h. 30 : La fin de la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 28 octobre, à 15 h. 30 : Les méthodes de dépistage de la tuberculose pulmonaire. Vendredi 29 octobre, à 15 h. 30 : L'activité de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 2 novembre, à 15 h. 30 : Le diagnostic de l'étendue des lésions pulmonaires tuberculeuses. — Mercredi 3 novembre, à 15 h. 30 : Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire. — Jeudi 4 novembre, à 15 h. 30 : La cure de repos et ses modalités. — Vendredi 5 novembre, à 15 h. 30 : Pneumothorax artificiel. — Lundi 8 novembre, à 15 h. 30 : Les collapsothérapies chirurgicales. — Mardi 9 novembre, à 15 h. 30 : Les thérapeutiques générales de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 10 novembre, à 15 h. 30 : Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. — Vendredi 12 novembre, à 15 h. 30 : Les pleurésies tuberculeuses.

Les exercices pratiques comprendront : 1° L'examen clinique des malades dans les salles d'hospitalisation et à la consultation du service de M. AMEUILLE, à l'hôpital Cochin ; 2° La recherche des bacilles tuberculeux dans les produits pathologiques ; 3° Des démonstrations radioscopiques et l'interprétation des clichés ; 4° Le fonctionnement du Dispensaire antituberculeux ; 5° La pratique du pneumothorax artificiel ; 6° Des démonstrations pratiques de laryngoscopie, de trachéo-bronchoscopie et de bronchographie lipiodolée ; 7° Des démonstrations pratiques de pleuroscopie ; 8° Des visites à diverses organisations de lutte antituberculeuse.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats au poste de médecins de dispensaires, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses : S'adresser à M. Evrot directeur du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe). Les droits à verser sont de 520 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures (guichet n° 4), et salle Béclard (A. D. R. M.), à la Faculté, tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Puériculture. — *Enseignement préparatoire au diplôme de puériculture.* — L'enseignement commencera le 15 novembre 1937, et aura lieu sous la direction de MM. les Professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt, Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les Professeurs Gougerot, Terrien, Lemaitre et Lévy-Solal :

Puériculture avant et après la naissance. Hygiène individuelle et collective (gestation, première et deuxième enfance) ; hygiène scolaire, médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Organisation administrative et médico-sociale de la protection de la maternité et de l'enfance.

Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, et aux docteurs en médecine français et étrangers. Il comprendra :

1° Des stages dans les services de cliniques obstétricales et pédiatriques ;

2° Des cours théoriques et des démonstrations organisés avec la collaboration de MM. les Docteurs Lacomme, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Devraigne, accoucheur de l'hôpital Lariboisière ; Lepage, accoucheur des hôpitaux ; Turpin, agrégé, médecin des hôpitaux ; Chailley-Bert, agrégé, Marcel Pinard et Benda, médecins des hôpitaux ; Renard, ophtalmologiste des hôpitaux ; Halphen, agrégé, et Aubin, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; Ruppe, chargé de cours ; Paul Boncour, Vitry Hallez, Mme Popp, Mlle Papaïoannou, Baize, Kaplan, Ducas anciens chefs de clinique ; Detrois, chef de laboratoire à la Faculté ; Trèves, ancien interne des hôpitaux ; Cavaillon et Leclainche, chefs de services au ministère de la Santé publique.

Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (XIV).

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 8 octobre 1937, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des *Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

Programme des leçons. — Vendredi 8 octobre 1937. — Les images radiologiques et leur production. Notions générales d'interprétation. Corps étrangers.

Lundi 11 octobre. — Appareil locomoteur : Os et articulations.

Mercredi 13 octobre. — Appareil locomoteur (*suite*).

Vendredi 15 octobre. — Appareil digestif. Œsophage. Estomac.

Lundi 18 octobre. — Appareil digestif. Duodénum. Intestin grêle. Colon.

Mercredi 20 octobre. — Appareil digestif. Colon (*suite*). Foie et voies biliaires.

Vendredi 22 octobre. — Thorax. Appareil circulatoire (Cœur, vaisseaux). Appareil respiratoire.

Lundi 25 octobre. — Thorax. Appareil respiratoire (*suite*).

Mercredi 27 octobre. — Appareil urinaire.

Vendredi 29 octobre. — Appareil urinaire (*suite*). Appareil génital.

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Concours pour le clinicat. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Pais, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Lundi 18 octobre 1937, à 9 heures : Clinicat chirurgical infantile et orthopédie, titulaires avec indemnité 1, sans indemnité 1 ; Clinicat chirurgical et orthopédie de l'adulte, titulaires sans indemnité 1.

Mercredi 20 octobre, à 9 heures : Clinicat obstétrical Tarnier, titulaires avec indemnité 1, sans indemnité 2 ; Clinicat obstétrical Pitié, titulaires avec indemnité 1, sans indemnité 1.

Vendredi 22 octobre, à 9 heures : Clinicat de la tuberculose, titulaires avec indemnité 1, sans indemnité 3 ; Clinicat médical thérapeutique, titulaire sans indemnité 1 ; Clinicat médical propédeutique, titulaires avec indemnité 1, sans indemnité 3 ; Clinicat cardiologique, adjoint 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, à partir du lundi 27 septembre 1937, jusqu'au vendredi 15 octobre 1937 inclus.

Sont admis à concourir : 1° Tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge. 2° Les docteurs de nationalité étrangère titulaire du doctorat d'une Université français, mention médecine sont également admis à concourir à condition toutefois que leurs candidatures soient transmises par leurs Légations respectives à la Faculté par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves du concours sont nommés en surnombre. Ils ne peuvent recevoir d'indemnité. Il ne peut y avoir dans chacun des services de clinique plus d'un chef de clinique étranger en surnombre.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Légion d'honneur. — Education nationale. — Sont promus :

Commandeur : M. Georges Duhamel ; M. Guillaume-Louis, directeur de l'Ecole de Médecine de Tours.

Sont nommés *chevaliers* : M. Perrin, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ; M. Bourdes, professeur à la Faculté de Marseille ; M. Marcland, professeur à l'Ecole de Limoges.

Ministère des Pensions. — *Rétribution des médecins examinateurs et vérificateurs.* — Les médecins chargés de l'étude des dossiers soumis à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits sont rétribués dans les conditions déterminées ci-après :

Par heure de travail effectif, une vacation fixée à 14 francs pour les médecins examinateurs et à 18 francs pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du ministre des Pensions.

En aucun cas, les médecins ne pourront faire plus de quarante-huit heures de travail par semaine.

Sanatoriums. — M. Lefèvre, médecin adjoint de 4e classe au sanatorium départemental de la Savoie, à Hauteville (Ain), est mis, sur sa demande, en disponibilité à partir du 1er juillet 1937.

— M. Thomson, médecin adjoint au sanatorium de Plougouven (Finistère), a été nommé médecin directeur au sanatorium de La Meynardie (Dordogne).

— M. Lecoq a été nommé médecin adjoint des sanatoriums publics et affecté au sanatorium des Tilleroyes, près Besançon (Doubs).

TRAVAUX ORIGINAUX

Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales (1)

Par le Médecin-colonel **BLANCHARD**

« Nous vivons à une époque de neurotropisme ».

Tel est l'aphorisme par lequel Rimbaud, dans une étude récente, caractérise l'exceptionnelle fréquence des maladies infectieuses primitives ou secondaires du système nerveux qu'on observe en France depuis une vingtaine d'années.

Cette constatation métropolitaine peut-elle être transposée sur le plan tropical ?

Telle est la question d'actualité à laquelle je vais tenter de répondre dans un esprit essentiellement pratique.

La question est si vaste qu'il faut d'emblée la limiter. C'est qu'en effet les germes microbiens ont, comme les peuples, une vie de plus en plus internationale ; ils s'interpénètrent dans le monde entier au point qu'il devient difficile de délimiter le groupe des maladies infectieuses purement tropicales. D'années en années, on signale davantage dans la plupart de nos colonies la fréquence de la *poliomyélite*, des *encéphalites*, des *névraxites*. Il ne saurait pourtant être question d'étudier ici le neurotropisme de ces infections qui ne diffère d'ailleurs en rien de celui qu'on observe dans la métropole.

Il en est de même pour les *fièvres typho-exanthématiques* dont le virus s'avère mondial, sans qu'il soit possible de lui reconnaître un neurotropisme tropical particulier, malgré les intéressantes observations faites récemment en Cochinchine, sur des manifestations méningées, médullaires, encéphalitiques au cours de cette infection.

Mêmes restrictions enfin pour les *accès pernicieux comateux, délirants, convulsifs du paludisme* qui ne sauraient être envisagés ici. Ils ne ressortissent pas, en effet, à un neurotropisme particulier de l'hématozoaire, mais à une localisation vasculaire générale de ce parasite, localisation non spécifique pour les vaisseaux des centres nerveux.

Aussi limitera-t-on cette étude aux maladies infectieuses à prédominance ou exclusivité tropicale et à celles qui, tout en étant mondiales, paraissent revêtir un neurotropisme spécial dans les colonies.

La présentation d'une telle question pouvait être faite, soit d'après la nature des divers virus, germes ou virus neurotropes spécifiques identifiés, infections neurotropes spécifiques probables, germes connus ou inconnus devenus neurotropes, soit, d'après la localisation anatomique de ces virus, méninges, parenchymes, vaisseaux ; soit, enfin, d'après la prédominance clinique du neurotropisme sur le système nerveux périphérique ou sur le méningo-myélencéphale.

C'est cette dernière modalité que j'adopterai, car c'est celle qui correspond le mieux aux aspects sous lesquels les praticiens observent aux colonies les manifestations du neurotropisme des maladies infectieuses tropicales.

I. Les polynévrites des infections tropicales

Quand le jeune médecin colonial entre pour la première fois dans les salles d'un grand hôpital, tel celui de Cholon par exemple, à une époque d'affluence des polynévritiques, la polyétiologie de ces polynévrites ne tarde pas à lui paraître évidente, sinon toujours facile à préciser.

(1) Leçon faite à la Faculté de Paris le 7 avril et recueillie par Mlle Ducro.

Il se trouve, en effet, en présence de sujets provenant de plantations dans lesquelles le béribéri est endémique et qui présentent des hématozoaires du paludisme dans leur sang, de nombreux œufs d'ankylostomes dans leurs selles avec parfois un syndrome dysentérique ; le tout sur un fond évident de stigmates de syphilis et d'imprégnation par le « choum-choum », l'alcool de riz indigène.

C'est dire avec quelle fréquence le système nerveux périphérique des indigènes de nos colonies peut être atteint par les infections, les toxi-infections, les intoxications sans qu'il soit besoin d'invoquer une sensibilité spéciale des tissus nerveux de ces sujets.

Et cela d'autant plus que les recherches américaines et françaises les plus récentes font dépendre bien des symptômes poly-névritiques d'une altération première du chimisme gastrique de type hypo ou anachlorhydrique entraînant par pullulation microbienne des hépatites graisseuses avec anémie, du dysmétabolisme alimentaire et enfin des avitaminoses d'où dépendrait finalement la lésion nerveuse.

***

Parmi les INFECTIONS et INTOXICATIONS TROPICALES, la dysenterie bacillaire, le paludisme, l'alcool, l'ankylostomose, peuvent frapper le système nerveux périphérique, mais cela de façon très inégale et généralement peu fréquente, tandis que dans la lèpre, il est toujours et électivement atteint.

Les polynévrites consécutives aux *dysenteries bacillaires* et *plus spécialement à bacille de Shiga*, le seul « officiellement » toxique, sont beaucoup plus rares aux colonies que ne le disent les classiques. Que chaque médecin colonial fouille dans ses souvenirs et c'est par quelques unités qu'il se rappellera avoir observé cette complication en nombre véritablement infime après de celui des dysentériques qui ont eu recours à ses soins.

Avec leurs paralysies très diverses des muscles innervés par le sciatique, le crural, des muscles péronniers, du grand-dentelé, du trapèze, du rhomboïde ; avec leurs troubles plus ou moins intenses de la sensibilité, elles sont souvent difficiles à différencier des arthropathies et du pseudorhumatisme dysentérique parfois concomittants ou même de la maladie du sérum en fin d'une dysenterie énergiquemet traitée par la sérothérapie.

C'est d'ailleurs souvent par la seule action du sérum spécifique qu'une étiologie dysentérique peut être attribuée à un syndrome polynévritique succédant à une localisation intestinale du bacille de Shiga.

On a aussi pensé pouvoir rattacher certaines polynévrites aux toxines microbiennes diverses résorbées au niveau des *ulcérations coliques de la dysenterie amibienne*. Cette étiologie est possible bien qu'encore mal précisée ?

Dans le même ordre d'idée, nous avons observé avec Advier à Dakar, des polynévrites ascendantes toujours mortelles dues aux endotoxines du *bacille pesteux lysé par le bactériophage* employé au traitement de ces malades et c'est ce qui nous conduisit à associer à ce principe lytique, du sérum antipesteux destiné à neutraliser ces endotoxines avant leur fixation sur les nerfs périphériques. Il ne s'agit évidemment pas là d'un neurotropisme de ces infections mais de simples faits connexes.

Un simple mot sur les polynévrites par neuro-anémie de *l'ankylostomose*, car elles s'observent très rarement en zône tropicale où, pourtant, les anémies profondes par les infestations massives de ce ver hématophage sont fréquentes. Leurs signes, parésies des extenseurs des pieds, fourmillements et crampes, abolition des réflexes tendineux sont presque toujours masqués sous de volumineux œdèmes partant des membres inférieurs, se généralisant en « marée montante » et nécessitant un diagnostic différentiel avec le béribéri.

Par contre, les polynévrites *paludéennes et éthyliques* sont d'un plus grand intérêt et, dans l'étude de ce neurotropisme particulier, c'est se conformer aux faits observés aux colonies que d'associer étroitement ces deux étiologies.

Les lésions nerveuses périphériques par action isolée de l'hématozoaire ou de ses toxines, considérées par certains comme « une des complications les plus habituelles de la malaria », ne

revêtent incontestablement pas ce caractère dans le paludisme tropical.

En effet, si les formes cliniques les plus habituelles de ces lésions, névralgies du trijumeau, du sciatique, des intercostaux, intermittentes et à horaires fixes, peuvent être considérées comme des équivalents de l'accès de fièvre, leur sédation par la quinine, antinévralgique général, ne signe pas forcément l'étiologie palustre de ces troubles sensitifs.

Les formes motrices ou sensitivo-motrices ont une variété extrême dans leurs localisations ; les réflexes tendineux sont diminués ou abolis après avoir été parfois exagérés ; les troubles vaso-moteurs et trophiques sont souvent marqués, acrocyanose, asphyxie locale des extrémités, syndrome de Raynaud, œdèmes.

Mais, on sait, depuis que la malariathérapie a permis une étude plus précise du paludisme expérimental, qu'on n'a jamais observé de neurotropisme de l'hématozoaire sur le système nerveux périphérique. Aussi, tout en constatant qu'une étiologie paludéenne pure est indiscutable pour certaines de ces polynévrites, il est évident qu'une polyétiologie, principalement éthylique, est à la base de la production de ces troubles. « Le fusil est chargé par l'alcool, dit Bally, et il faut le choc de l'accès palustre pour déclencher la décharge ».

Dans cette polyétiologie peuvent également rentrer ces innombrables *autointoxications avec insuffisance hépatique* si fréquentes chez l'européen séjournant en pays tropical et les toxi-infections des indigènes chez qui de violents accès fébriles à P. praecox évoluent sur un terrain sensibilisé par une hygiène alimentaire déplorable à base de riz décortiqué souillé et moisi.

Dans la *lèpre*, le bacille de Hansen affecte, au contraire, un neurotropisme essentiel très particulier. Au cours de l'évolution de la maladie on constate, en effet, d'une part des altérations nerveuses à marche centripète, à point de départ périphérique avec envahissement des gaînes de Schwann par ces bacilles ; d'autre part, des infiltrations des gros troncs nerveux, des névromes avec dissociation des fibres nerveuses. Ces altérations seraient, les premières génératrices de polynévrites, les secondes produiraient les troubles spéciaux de dissociation de la sensibilité. On a, enfin, constaté des altérations de la moëlle, des ganglions spinaux, si bien qu'à la polynévrite peut s'ajouter de la polyradiculite.

Au début, les troubles sensitifs sont de type nettement insulaire, hyperesthésies ou anesthésies en plaques, si caractéristiques qu'elles suffisent à faire penser à la maladie de Hansen. Plus tard, ces troubles de la sensibilité revêtent le type segmentaire, avec conservation du tact, abolition de la perception de la chaleur et de la douleur. Ce type de lésion sensitive se distingue de celui de la syringomyélie par une manchette de transition et sa symétrie.

Les troubles moteurs sont dus aux amyotrophies, parfois très précoces et, par suite, importantes à dépister. Elles se traduisent par de petits signes, dont celui de « la toile d'araignée » des praticiens chinois n'est pas sans valeur ; de petites maladresses dans les actes usuels ; une modification du regard par atrophie précoce de l'orbiculaire des paupières. Plus tard, ces amyotrophies occasionnent de grosses déformations des membres que caractérisent la main en griffe, en bateau, en coup de vent, avec aux membres inférieurs le steppage.

Les lésions trophiques apparaissent sous la forme d'onyxis, de sclérodermie, de sclérodactylie, de maux perforants plantaires. Ils aboutissent à des mutilations, à des syndromes de Raynaud ou de Morvan.

***

Après ces infections et intoxications neurotropes, une très importante TOXI-INFECTION TROPICALE, atteint électivement le système nerveux périphérique : le *béribéri*, dont la polynévrite reste le signe capital, qu'il s'agisse des formes humides ou sèches de cette maladie, car, de nombreux béribériques ne sont jamais vus que comme des polynévritiques.

Discuter ici l'étiologie et la pathogénie du béribéri serait hors question. Il semble, pourtant, que si cette dénomination était réservée aux polynévritiques dans l'alimentation desquels le riz figure comme aliment de base et, en fait, c'est cela pour la majorité d'entre eux, on ne tendrait pas à ce paradoxe de voir nier l'action de ce glucide dans l'étiologie du béribéri, comme certains ont tendance à le faire actuellement ?.

Quoiqu'il en soit de sa pathogénie, la polynévrite béribérique a traduit des lésions de toutes les fonctions du nerf. Elle débute de façon soit insidieuse, soit très brutale avec les signes suivants. Comme troubles sensitifs subjectifs, ce sont des fourmillements, de la réfrigération, des brûlures, des crampes dans les muscles des membres inférieurs, des douleurs de type fulgurant ou térébrant. Il existe aussi des myalgies à la moindre pression. Les troubles objectifs sont représentés par des zônes d'hypoesthésie ou d'anesthésie portant sur le tact, la douleur, la chaleur et correspondant aux territoires nerveux atteints : ils sont symétriques, à début distal et peuvent remonter jusqu'à la racine des membres tant supérieurs qu'inférieurs avec, parfois, deux zônes d'anesthésie particulières, l'une autour de l'ombilic, l'autre intéressant lèvres et gencives.

Les troubles moteurs sont constitués par des paralysies avec atrophies consécutives, atteignant d'emblée le quadriceps, les muscles des masses lombaires, empêchant l'accroupissement : le béribérique marche ainsi « suspendu à son bâton », ayant perdu toute la musculature de la station verticale. De même, les muscles de la loge antéro-externe de la jambe sont particulièrement touchés, accentuant le steppage dû aux paralysies des muscles de la cuisse.

La névrite cardiaque, génératrice de mort subite, est également très fréquente, contribuant à signer l'étiologie béribérique véritable de l'atteinte des autres nerfs : elle se traduit par de la tachycardie, de l'instabilité cardiaque, des crises d'angor avec constriction thoracique (corset béribérique).

Comme troubles réflexes, après une courte période d'exagération, les réflexes tendineux s'abolissent, notamment les achilléens et les rotuliens.

II. Les méningo-encéphalomyélites des infections tropicales

Les ATTEINTES MÉNINGÉES des infections tropicales telles que la *pneumococcémie des noirs*, la *spirochétose ictéro-hémorragique*, dans ses foyers coloniaux, ne présentent pas de caractères particuliers à ce milieu.

La méningite pneumococcique en milieu africain est surtout marquée par sa relative fréquence.

Dans la *peste*, on a relaté une dizaine de cas de méningite occasionnée par le bacille de Yersin, dont celui de Rivoalen à Dakar est un des plus typiques, puisque le syndrome méningé prédomina sur tous les autres.

Quelques cas de *méningite à bacille d'Eberth* ont été signalés à Madagascar chez des enfants.

Mais, pour tous ces germes on ne peut dire qu'il s'agisse d'un neurotropisme vrai, car ils ne frappent les enveloppes du névraxe que comme toutes les autres séreuses.

Pour la spirochétose ictéro-hémorragique, l'atteinte méningée constitue, par contre, aux colonies comme en France, un signe essentiel de cette infection. Kernig, raideur de la nuque, myalgies diverses, photophobie, inégalité pupillaire, myosis, diminution de l'acuité visuelle, marchent, le plus souvent, de pair avec les symptômes généraux.

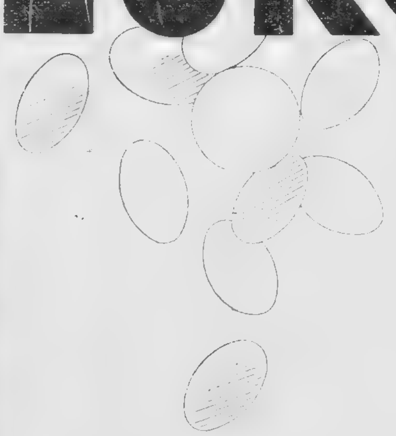
Les recherches de Toullec, Haslé, Massias en Indochine, ont montré les modifications histo-chimiques du liquide céphalorachidien très hypertendu et virulent pour le cobaye pendant les premiers jours de la maladie ; puis, apparition de la réaction cytologique, polynucléose pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines et, même, plusieurs milliers d'éléments ; puis, lymphocytose qui persiste longtemps. L'hyper-albuminose dépasse 0,50, atteignant parfois 1 gramme. La virulence du liquide disparaît vers le deuxième septenaire.

***

Dans le groupe des ENCÉPHALITES, la *fièvre jaune* tient et de beaucoup, la place la plus intéressante.

Le neurotropisme du virus de cette infection est, en effet,





l'objet d'incessantes études tant des cliniciens que des microbiologistes qui nous le font apparaître sous des jours variables.

En effet, jusqu'à ces derniers mois, le virus de la fièvre jaune chez l'homme et chez le singe sensible était considéré comme essentiellement *organotrope* : après une phase septicémique, traduite par l'extrême virulence du sang pendant les trois premiers jours de la maladie, le virus semblait se fixer de façon quasi-élective sur les parenchymes du foie et du rein, donnant un syndrôme hépato-rénal qui constitue encore la symptomatologie classique essentielle de la maladie. D'abord, phase rouge ou rénale, puis phase de transition, enfin phase jaune ou hépatique terminale aboutissant le plus souvent à la mort.

Le virus n'a jamais été rencontré dans le liquide céphalo-rachidien qui peut cependant présenter de l'hyperalbuminose (0,55 ‰) et une augmentation de la teneur en chlorures (7 à 8 ‰).

A ce virus organotrope, s'opposait le virus expérimentalement fixé par Theiler sur la souris blanche, chez qui il évolue comme un virus purement *neurotrope*. En effet, après plusieurs passages successifs de cerveau à cerveau de souris, on crée un virus-fixe tuant régulièrement cet animal au cinquième jour par encéphalite, alors qu'il est impossible de le retrouver dans aucun autre organe, le foie et le rein en particulier.

Cependant, depuis les observations les plus anciennes des praticiens coloniaux, les *symptômes nerveux* de la phase rouge classique de la fièvre jaune ont été minutieusement décrits et font partie du syndrôme si caractéristique de cette phase : céphalalgie frontale sus-orbitaire très vive arrachant des gémissements au patient, une courbature généralisée dans laquelle domine d'ordinaire une rachialgie violente, une sensation de coup de barre sur les reins avec irradiations le long du sciatique et sensation de tension douloureuse dans les os des membres inférieurs. Dès le début de l'affection, s'installe une insomnie caractéristique accompagnée d'angoisse, d'anxiété ou d'une agitation motrice qui entraîne les malades à quitter leur lit à tout instant. Cette excitation s'exagère encore chez quelques-uns au point d'entraîner des soubresauts des tendons, du tremblement, du délire. Chez l'enfant, on peut même voir des signes méningo-encéphalitiques.

Dans les formes cliniques de la fièvre jaune on a également noté, quoique assez rarement, des formes à prédominance nerveuse, médullaire, méningée.

Enfin, on sait qu'il existe une *encéphalite amarile* expérimentale, réalisée d'emblée par l'inoculation intracérébrale au singe, à la souris, au cobaye, au hérisson du virus amaril originel, puisque le sérum d'un individu guéri de fièvre jaune empêche le développement de cette encéphalite. Cette neuroaffinité s'accentue par passage de souris à souris, au point que, d'une part, le virus devient capable de produire l'encéphalite même par injection sous-cutanée à la très jeune souris blanche ou à l'adulte d'une souris sauvage et que, d'autre part, il perd le pouvoir de donner la fièvre jaune authentique au singe sensible et d'infecter le moustique transmetteur. Sa nature amarile n'en reste pas moins certaine, puisque ce virus reste toujours neutralisable par le sérum des sujets guéris de fièvre jaune.

Aussi a-t-on accueilli avec un très grand intérêt les récentes recherches qui font entrevoir la possibilité pour le *virus amaril humain d'être primordialement neurotrope.*

Ce sont, d'abord, les recherches expérimentales de Findlay et Stern qui, posant le problème des rapports entre les virus neurotrope et viscérotrope, sont d'avis que le premier ne dérive pas par mutation du second. Le virus amaril leur paraît être un virus « pantrope » contenant préexistants les deux sortes d'éléments neurotrope et viscérotrope. Suivant le milieu et les tissus particuliers dans lesquels s'arrête le virus, les uns ou les autres de ces éléments peuvent prédominer, au point de *donner d'emblée au virus le caractère* neurotrope ou viscérotrope.

En clinique, c'est la très récente observation de Mathis d'un cas de fièvre jaune, dans lequel *le virus se montra primordialement et exclusivement neurotrope.* Il s'agit d'un Européen, qui, en juin 1936, à Thiès, fit une fièvre jaune très bénigne, avec, comme seuls signes de la fièvre, de la céphalée, de la rachialgie, sans que les urines aient jamais présenté des traces d'albumine et dont le sang se montra pourtant capable de donner d'emblée une encéphalite amarile typique à la souris.

Cette observation confirme en outre, ce qu'on savait déjà sur l'atypie clinique de certains cas de typhus amaril.

Elle apporte enfin une donnée nouvelle dans la question encore si discutée du neurotropisme du vaccinamaril. Mais, sur ce point, des faits et non des hypothèses sont seuls capables d'influencer nos conceptions de la vaccination antiamarile.

***

Le neurotropisme du *trypanosome de la maladie du sommeil*, évident dans sa manifestation essentielle du « sommeil », bien avant que ce parasite n'ait été lui-même découvert, a été particulièrement précisé dans ses modalités, au cours de ces dernières années, par la généralisation dans les secteurs de prophylaxie de l'Afrique Equatoriale et du Cameroun, de la ponction lombaire qui, seule, permet d'apprécier avec exactitude l'évolution de la maladie.

C'est ainsi que les deux périodes lymphatico-sanguine et encéphalo-méningée, jusqu'à présent classiques de cette évolution n'ont pas, en réalité, une délimitation aussi absolue et qu'elles sont souvent intriquées. L'envahistsement des milieux lymphatique, sanguin, cérébrospinal, par les trypanosomes ne paraît soumis à aucune règle chronologique. Bien avant l'apparition des trypanosomes dans l'espace sous-arachnoïdien et souvent avant toute manifestation clinique de lésions nerveuses, les méninges ont perdu leur intégrité, les centres nerveux sont atteints, la méningoencéphalite trypanosomienne évolue en silence ; elle ne se révèlera cliniquement que beaucoup plus tard. En voici un exemple typique : d'après 601 ponctions lombaires faites au Togo, 31 % de sujets apparemment sains ont déjà un liquide céphalo-rachidien altéré, traduisant l'existence de lésions nerveuses. L'apparition d'une hyperalbuminose traduit cette précocité de la lésion méningée bien avant que les trypanosomes eux-mêmes n'apparaissent dans le liquide céphalo-rachidien.

En un mot, la maladie du sommeil est surtout une maladie du système nerveux cérébro-spinal, l'invasion sanguine et lymphatique n'en étant qu'une étape le plus souvent brève et exceptionnellement très longue.

Des lésions nerveuses de répartition et de localisations très diverses se traduisent aussi par une grande diversité des formes cliniques dont les plus habituelles sont les *méningo-myélites* à manifestations pseudo-tabétiques, beaucoup plus rarement polynévritiques ; les *formes cérébrales circonscrites* avec crises de pseudo-épilepsie ou hémiplégie et aphasie ou encore *diffuses* avec syndrome évolutif aigu ; les *formes cérébelleuses*, qui se manifestent par des troubles de l'équilibre, une démarche titubante, de l'incoordination des mouvements, de l'exagération des réflexes ; des *formes médullaires*, des méningomyélites avec paraplégies, amyotrophies, troubles sphinctériens, signe de Babinski, dissociation de la sensibilité ; enfin, de la *confusion mentale*, du *délire* qui doit être différencié de celui qu'on observe, parfois, sans altérations méningées au début de certaines formes hyperthermiques par forte infestation sanguine. .

***

Le *spirochète de Dutton* des fièvres récurrentes à tiques, possède un neurotropisme bien connu. Il a été mis en évidence par de nombreuses études sur sa localisation et sa persistance dans le cerveau des animaux de laboratoire : on a signalé chez eux de véritables encéphalites récurrentielles. Mathis et Durieux, en particulier, obtiennent chez le rat de Dakar des infections cérébrales, non précédées d'infections sanguines, par inoculation du parasite dans le péritoine.

Mais, ce neurotropisme, au moins dans ses manifestations cliniques, se révèle avec plus ou moins de fréquence et d'intensité suivant les régions où sévissent la maladie et ses successives poussées d'endémo-épidémie.

C'est ainsi qu'en Afrique Equatoriale, j'ai pu voir, à côté de fièvres récurrentes à affinité méningée marquée, telles que les ont également observés Rodhain, Van Hoof, de nombreux cas européens chez lesquels l'examen clinique, les signes objectifs, ne permettaient pas de déceler une infestation méningée.

En Afrique Occidentale, au contraire, et plus spécialement à Dakar, le neurotropisme du spirochète de Dutton se révèle avec une grande fréquence, soit chez plus d'un tiers des Européens et dans le dixième des cas indigènes, entraînant des affections de haute gravité, très tenaces avec des évolutions prolongées.

C'est ainsi que la récurrente dakaroise revêt *deux formes cliniques principales*. L'une méningée, avec la symptomatologie des méningites microbiennes dont cependant les signes objectifs, surtout les signes généraux, sont moins marqués qu'ils ne le sont dans ces infections : hyperesthésie moindre, raideur peu accusée, Kernig à peine ébauché, pas de signes sensoriels. Par contre, les signes subjectifs sont généralement intenses, céphalée frontale ou occipitale particulièrement vive et tenace avec des paroxysmes intolérables, constipation, état nauséeux. L'autre forme est caractérisée par des signes indiquant une atteinte plus profonde ou plus étendue du myélencéphale, douleurs en ceinture suivies de crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, rétention des urines, parésie des membres inférieurs avec spasmodicité consécutive, signe de Babinski habituel.

Dans tous ces cas, la ponction lombaire donne issue à un liquide limpide ou très légèrement opalescent avec un nombre élevé de leucocytes, polynucléaires, monocytes mélangés à des lymphocytes ; un taux d'albumine variant de 0,50 à 0,80, une quantité tantôt normale, tantôt élevée de glucose.

Le diagnostic étiologique de ces localisations nerveuses du spirochète de Dutton, ne peut être basé sur les seuls signes cliniques. Dans tous les cas observés à Dakar, les inoculations intra-cérébrales ou intrapéritonéales du liquide céphalo-rachidien au rat blanc, furent indispensables pour mettre en évidence les parasites qui sont généralement impossibles à trouver à l'examen direct de ce liquide.

Ce neurotropisme se produit presque toujours de façon brusque chez des *sujets non traités*, un mois environ après le début des accès fébriles. Il coïncida, dans un cas indigène, avec les oreillons et en imposa d'abord pour une méningite ourlienne. On a pu également le constater dans des cas où l'arsénothérapie fut insuffisante, d'où la notion d'une *thérapeutique énergique et prolongée* de la fièvre récurrente qui, dans certains cas et dans certaines régions, cède pourtant à un traitement peu intense.

*
* *

Le neurotropisme de la *syphilis tropicale* est particulièrement d'actualité, avec l'observation de plus en plus fréquente du tabès, de la paralysie générale, des méningites spécifiques chez les syphilitiques des diverses races de toutes nos colonies, celles d'Indochine en particulier.

Pendant longtemps, en effet, régna le dogme du dermotropisme prédominant ou même intégral du tréponème tropical, tant étaient rares les observations de neurosyphilis. En présence des énormes lésions cutanées des indigènes, de ces « syphilis sales », on pensait que le virus colonial était pourvu d'une affinité presque exclusive pour les muqueuses et la peau.

On expliquait ce fait, soit par l'existence d'un virus différent de celui d'Europe, soit par une hyperallergie cutanée spéciale de l'indigène syphilitique protégeant son système nerveux et lui assurant une immunité relative, soit par une hypercholestérinémie de ses tissus nerveux, le tréponème « suivant la cholestérine dans l'organisme », soit enfin et surtout, du fait des traitements insuffisants d'un blanchiement hâtif par les arsenicaux refoulant le virus de la peau vers le névraxe.

Or, il devient évident dans toutes nos colonies que mieux on le recherche, plus on décèle avec fréquence au cours de la syphilis indigène des atteintes nerveuses aussi variées qu'en Europe et qui sont représentées par :

a) Des *réactions méningées latentes*, précoces ou tardives avec hyperlymphocytose, hyperalbuminose qu'on constate de plus en plus à mesure qu'on les recherche, puisqu'en Indochine ces réactions existent chez un tiers des porteurs de chancres et la moitié des malades en période secondaire ;

b) Des *méningites aiguës ou subaiguës* avec états convulsifs pour le nourrisson et symptomatologie très variée pour l'adulte, xanthochromie et coagulation massive du liquide céphalo-rachidien ;

c) Des *formes cérébrales* par artérite, ramollissement, hémiplégie, l'hémorragie cérébrale étant plus rare.

d) Des *formes médullaires* avec tous les signes des myélites, la forme la plus habituelle en Indochine étant la paralysie spinale d'Erb ou bien des méningoradiculites qui déterminent les algies les plus diverses, des pseudolumbago, des pseudosciatiques, des paralysies faciales ;

e) Plus rarement, des *formes polynévritiques* ou pseudobéribériques qui ne peuvent être différenciées du béribéri que par l'étude des réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien et l'action du traitement spécifique.

f) Le *tabès*, dont le premier cas a été mis en évidence en Indochine et qui, tout en existant de façon indiscutable, n'en reste pas moins assez rare (4 cas en 14 ans de pratique indigène, Montel ; 13 cas sur trente mille syphilitiques, Tung ; 1 cas sur douze mille hospitalisations diverses, Massias).

g) Enfin, la *paralysie générale*, jadis née en milieu indigène gène et depuis vingt ans diagnostiquée assez souvent surtout en Indochine, où Soum en signale 12 cas sur 165 entrants, en un an, dans son asile et Dorolle, 27 cas sur 298 mentaux examinés par lui. Sans doute ne s'agit-il là que d'une minorité des cas existants puisque l'aliéné indigène n'est conduit au médecin et à l'Asile que lorsqu'il trouble l'ordre public ou que, trop misérable, il tombe à la charge de son village.

Actuellement, la plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître, statistiques en main, que les thérapeutiques modernes, même insuffisantes, n'ont rien à voir avec la constatation apparemment de plus en plus fréquente de la neuro-syphilis. Il apparaît que le tabès et la paralysie générale ont toujours existé, mais que pendant longtemps leur diagnostic n'a pas été fait.

*
* *

On peut en dire autant comme conclusion à la plupart des chapitres de cette importante question du neurotropisme des maladies infectieuses tropicales. Les faits sont très anciens, mais longtemps ils ont passé inaperçus parce que jadis les médecins coloniaux ne s'occupaient guère que des troupes, alors que maintenant l'assistance portée à domicile leur permet de pénétrer de plus en plus les masses indigènes, tandis que dans les dispensaires et les hôpitaux, les investigations sont conduites avec plus de précisions, des moyens plus perfectionnés, par des praticiens sélectionnés par les concours.

Il est certes possible que le brassage des races, consécutif à la guerre ait fait souffler jusque dans nos colonies le vent de neurotropisme signalé en pays tempéré. C'est sans doute le cas pour les poliomyélites et les encéphalites, mais pour les autres affections essentiellement tropicales, il semble bien ne s'agir que d'une meilleure connaissance d'une situation très ancienne.

« . . . Même par hypothèse, je ne saurais admettre que les faits puissent jamais être absolument identiques et comparables dans la statistique ; il faut nécessairement qu'ils diffèrent par quelque point, car sans cela la statistique conduirait à un résultat scientifique absolu, tandis qu'elle ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude*. J'avoue que je ne comprends pas pourquoi on appelle *lois* les résultats qu'on peut tirer de la statistique ; car la loi scientifique, suivant moi, ne peut être fondée que sur une certitude et sur un déterminisme absolu et non sur une probabilité. »

Cl. BERNARD

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Le traitement de la Pelade

Décrite pour la première fois par Bateman en 1820, la pelade est caractérisée par l'existence de plaques alopéciques, rondes, nues et propres dont la périphérie est bordée souvent de cheveux amincis vers leur racine, et terminés par un renflement. Ces cheveux massués ont été comparés à des points d'exclamation. Ce sont là les *cheveux peladiques* qui cèdent facilement à la traction sans se casser. Leur existence est éphémère, ils indiquent que l'alopécie est en voie d'extension.

Au *cuir chevelu*, il n'y a parfois qu'une seule plaque. Le plus ordinairement il y en aura plusieurs (pelade en aires multiples) Chez l'enfant principalement apparaît souvent un type morbide dont la description nous a été transmise par Celse qui le dénomma *ophiasis* en raison de sa marche serpentine en bordure du cuir chevelu. Parfois la chute des cheveux est complète : c'est *la pelade décalvante totale*.

Au *visage* : sourcils, cils, moustache et barbe peuvent être atteints partiellement ou en totalité.

Le *corps* et les *membres* surtout dans les pelades graves présentent parfois une dépilation plus ou moins généralisée.

La pelade n'est pas contagieuse. Ses récidives sont fréquentes, sa durée, très variable, oscille de quelques mois à plusieurs années.

L'étiologie et la pathogénie de la pelade sont encore passionnément discutées. Les principaux facteurs étiologiques invoqués sont l'hérédo-syphilis, les infections générales, les traumatismes, les chocs émotifs, les troubles endocriniens (thyroïdiens en particulier), la ménopause, les lésions dentaires et les troubes vago-sympathiques.

Traitement externe

Il est nécessaire et ses résultats ne peuvent être contestés.

Cuir chevelu. — *L'huile de cade* associée à l'irritation locale semble bien être la médication de choix.

1° Le soir faire un massage dur de la plaque peladique et de son pourtour avec une trace de la pommade suivante :

Huile de cade	10
Lanoline	10
Vaseline	10
Soufre précipité	1
Résorcine	1
Turbith minéral	1

(Sabouraud.)

dont on pourra renforcer l'action par l'adjonction de 0,30 centigr. de chrysarobine ou 1 gramme d'acide pyrogallique. L'excès de pommade sera ensuite essuyé à l'aide d'un linge sec et fin.

La pommade précédente pourra être remplacée par le mélange suivant :

Ether officinal	40
Acétone	40
Huile de cade	20

qui sera appliqué avec un petit tampon d'ouate hydrophile. Certains malades ne peuvent supporter l'odeur des goudrons ; on aura alors recours à une pommade du type suivant :

Turbith minéral	1
Baume du Pérou	1,50
Huile de cèdre	5
Lanoline	10
Vaseline	15

2° Le lendemain matin frictionner la même région avec une boulette d'ouate hydrophile imbibée d'un liquide rubéfiant. Il faut éviter de déterminer une trop violente irritation qui provoquerait une exsudation séreuse et des croûtes dont la persistance *in situ* pourrait laisser des cicatrices. Ces topiques rubéfiants sont nombreux. Rappelons pour mémoire les vésicatoires liquides que Sabouraud utilisait jadis à l'Ecole Lailler lorsque les enfants peladiques y étaient encore hospitalisés. La *chrysarobine* jouit d'une faveur particlière en solution :

Chrysarobine	0,30
Choroforme anesthésique	30

(Sabouraud.)

ou sous forme de crayon :

Chrysarobine	3,50
Soufre précipité	0,50
Vaseline	1,50
Beurre de cacao	2,50
Paraffine	2,50

Frictionner 30 secondes environ. (Vigier.)

L'*acide lactique* à 10 p. 50 d'alcool à 90°.
Le *menthol* et le *phénol* à parties égales.
La *teinture d'ail* à 1/100e.
L'*alcoolat de cochlearia* du Codex.

Enfin les préparations au Dioxyauthranol en pommade.

Cignoline	0,25
Vasolanoline	40

ou en solution :

Cignoline	0,10
Chloroforme	40

La teinture d'iode si souvent employée nous a toujours semblé inopérante.

L'huile de cade appliquée sur le cuir chevelu en entier est le meilleur moyen de prévenir la multiplication des plaques ;

3° Ainsi donc on fera le soir une fois la semaine une application de la pommade cadique sur le cuir chevelu en entier : gros comme une cerise à chaque séance, faire 20 races, bien masser et essuyer comme il a été dit précédemment :

4° Le lendemain matin savonner avec un savon fluide à l'essence de cèdre et au thymol, par exemple.

Dans la pelade décalvante totale, l'usage de la pommade cadique s'impose chaque soir avec savonnage le lendemain matin. On aura avantage à en faire précéder l'application d'une friction dure et rapide, 2' de durée avec un tampon d'ouate hydrophile mouillé de la solution suivante :

Sulfure de carbone	100 c. c.
Xylol	50 c. c.
Tétrachlorure de carbone	150 c. c.
Soufre octœdrique	10 gr.
Essence de lavande	3

(inflammable).

à faire près d'une fenêtre ouverte en respirant le moins possible durant l'application.

Après le savonnage du matin on fera une friction générale du cuir chevelu à l'aide d'une brosse à dent, demi dure mouillée d'une lotion tonique :

Liqueur d'Hoffmann q. s. p.	300
Formol à 40 %	1
Acide acétique cristallisable	4
Thymol	0,50
Alcoolat de lavande	20

ou :

Teinture de capsicum	20
Teinture de jaborandi	20
Teinture de sauge	20
Alcoolat de lavande	20
Liqueur d'Hoffmann q. s. p.	300

Nous utilisons non sans succès dans les formes peladiques particulièrement tenaces la cryothérapie en friction à l'aide du crayon nu d'acide carbonique.

Actuellement on expérimente en injections intradermiques sur les aires peladiques différents produits à action vaso-dilatatrice, acétylcholine, méthylacétylcholine, histamine, etc., qui dans certains cas ont donné une repousse partielle rapide. Ce sont là des expériences fort intéressantes sur l'efficacité desquelles il est difficile de se prononcer dès maintenant.

Les applications de rayons ultra-violets paraissent efficaces, mais seulement si elles produisent le *coup de soleil*. Jausion les accompagne d'injections de gonacrine qui facilite la pénétration des rayons ultra-violets.

Visage. — La peau de la face étant plus irritable que celle du cuir chevelu, il faudra agir avec plus de douceur. Sabouraud préconise le soir la pommade soufrée à 1/30e et le matin un mélange de xylol et de liqueur d'Hoffmann à parties égales. La lotion suivante appliquée avec prudence est à conseiller également :

Ether officinal	30
Chloral	5
Acide acétique cristallisé	1

(Besnier.)

Le traitement de la pelade du corps et des membres semble nul. L'usage des pommades et lotions est impraticable. On pourra essayer les effluves de haute fréquence.

Traitement général

Bien que l'étiologie dans nombre de cas de pelade nous soit inconnue ainsi que son mécanisme pathogénique, il en est d'autres où l'on peut invoquer un élément causal et où une médication appropriée semble donner les meilleurs résultats.

Si l'hérédo-syphilis est évidente et la séro-réaction positive,

les injections arsenicales, en particulier le sulfasénol et l'acétylvarsan, sont indiquées. Si au contraire la séro-réaction est négative, on aura recours à des traitements par ingestion plus ou moins dissimulés : Il existe dans le commerce des sirops contenant les éléments du sirop de Gibert et que l'on prescrit comme dépuratifs sans éveiller les soupçons. Ces traitements doivent être continués longtemps. Les résultats sont parfois remarquables.

Il est fréquent de voir la pelade survenir chez des sujets en voie de dénutrition profonde. Ne pas hésiter en ces cas à faire faire la radioscopie pulmonaire et associer la cure d'engraissement et le changement d'air au traitement local. La pelade de la ménopause est bien connue. Sabouraud a insisté sur son peu de gravité et sa durée relativement courte : ne dépassant pas un an. La nécessité de l'opothérapie ovarienne est évidente.

Le métabolisme basal doit être interrogé au cours de l'évolution de la pelade et surtout de la pelade grave. S'il est nettement au-dessus de la normale, prescrire la solution de Lugol :

Iode métalloïdique	1
Iodure de potassium	2
Eau distillée	100

XXX à LX gouttes par jour.

et la radiothérapie thyroïdienne.

Même traitement dans la pelade qui accompagne souvent le goitre exophtalmique.

Les troubles vago-sympathiques : vaso-constriction constante au niveau des aires peladiques attribué par certains auteurs (Lévy-Franckel et Juster) à la sympathicotonie les ont incité à prescrire l'association d'une thérapeutique vaso-dilatatrice et hormonale.

Bien que les lésions dentaires et l'éruption de la dent de sagesse ne paraissent pas avoir l'importance qui leur a été donnée jadis, il est utile de faire mettre en état la dentition de tout peladique.

La blancheur des plaques peladiques, la canitie momentanée ou persistante des cheveux de repousse gênent beaucoup les malades, d'où la prescription des teintures. Nous avons coutume de conseiller simplement l'application de noir de fumée obtenue en passant un bouchon de liège à la flamme d'une bougie.

Maurice PIGNOT.

CLINIQUE INFANTILE

Les bases de l'alimentation dans la première année (1)

Par le Professeur P. LEREBOULLET

Dans une leçon antérieure nous avons parlé de la première enfance en général et nous avons vu combien, dans la première année, la rapidité de la croissance et du développement est remarquable, et à quel point l'enfant a d'autant plus besoin d'une alimentation très réglée : il doit augmenter régulièrement en taille et en poids et il a des pertes considérables contre lesquelles il doit lutter pour entretenir ses forces ; il est donc nécessaire pour cela qu'il ait non seulement une ration d'entretien mais aussi une ration de croissance.

Nous avons dit qu'il y avait lieu de surveiller de très près son alimentation. Le Professeur Marfan a beaucoup et justement insisté sur les bases physiologiques et les règles générales de cette alimentation dans la première année ; il a montré que ces règles étaient basées avant tout sur des notions générales relatives aux besoins alimentaires de l'enfant et sur la manière dont il progresse en poids et en taille.

Les recherches de ces dernières années ont apporté toute une série de précisions intéressantes en partant d'un point de vue biologique. Elles ont montré qu'il fallait tenir compte d'un certain nombre de règles physiologiques dans l'établissement de la ration de l'enfant, néanmoins elles n'ont pas tellement changé ce que la pratique et la clinique avaient établi ; par conséquent, si je fais aujourd'hui une leçon sur les besoins alimentaires de la première année du nourrisson, cette leçon ne fera que confirmer les indications cliniques données de longue date. Mais il est bon que des futurs médecins soient convaincus de l'importance de cette ration alimentaire du nourrisson par un aperçu biologique sur ce qu'est la première année du nourrisson.

Je vous rappelle que, pour que le nouveau-né augmente normalement, non seulement son alimentation doit faire face aux *dépenses d'entretien* de tout être humain, mais elle doit ajouter à ces dépenses, dans une proportion considérable, des *dépenses de croissance*. Pour croître, le nourrisson a un effort considérable à donner. Sa *croissance*, caractérisée par la multiplication de ses cellules, les modifications et le perfectionnement de celles-ci, ne peut se faire que par un *apport alimentaire considérable* grâce auquel, selon le mot de Parrot, *l'assimilation formatrice l'emporte sur la désassimilation destructive*. Il lui faut une nourriture qui permette à son poids d'augmenter, à sa taille de s'élever. Celle-ci, normalement de 40 à 50 centimètres à la naissance doit être à 3 mois de 60 centimètres, à un an de 70 centimètres. Son poids de 3 kgr. 200 environ à la naissance s'élève à 6 kgr. environ à 4 ou 5 mois, à 9 kgr. à un an, à 11 kgr. 500 à 2 ans. On voit par ces chiffres l'effort d'assimilation que l'enfant doit fournir dans la première année et particulièrement dans les 4 à 5 premiers mois. Cet effort est d'autant plus marqué que les *pertes* sont considérables, pertes par les urines, par les selles, par les voies respiratoires, par la peau. Il y a chez lui notamment une *déperdition de chaleur* très marquée ; selon la loi des surfaces de Ch. Richet, elle est proportionnelle à la surface cutanée, d'autant plus grande que l'enfant pèse moins. Plus l'enfant est petit et maigre, plus il importe que son alimentation compense les fortes dépenses qu'entraîne sa régulation thermique : elles sont proportionnellement très supérieures à celles dues à son travail musculaire. Jointes aux dépenses nécessitées par l'effort de croissance, elles montrent combien *l'alimentation des premiers mois de la vie doit être adaptée*, proportionnée à ces nécessités de réparer les pertes, d'entretenir les forces, de développer la croissance et la nutrition du nourrisson. Fort heureusement, *le lait de femme représente l'aliment idéal capable de satisfaire à ses besoins*. Il est au surplus le seul que le tube digestif du tout jeune enfant puisse digérer parfaitement, le lait animal et notamment le lait de vache, leur étant, de par sa constitution même, moins favorable.

Qu'il reçoive le lait de sa mère et soit livré à ses soins, le nourrisson se développe facilement. Mais il suffit de réfléchir à tous les dangers qui le menacent et à ses faibles moyens de défense pour comprendre combien multiples et spéciaux sont les troubles pathologiques qu'il peut présenter dès que son alimentation est troublée et ses soins mal assurés. Or il est malheureusement certain que les conditions actuelles de la vie ont limité l'importance, la fréquence et la durée de l'allaitement maternel et qu'il a fallu obvier aux inconvénients qui résultent de cette situation. L'allaitement artificiel et l'apport d'autres aliments que le lait ont été réalisés dans des conditions meilleures que par le passé. Aussi bien les règles de l'alimentation des nourrissons ont-elles, de ce fait, évolué. Elles ont largement profité des progrès effectués, ces dernières années, dans la science de la nutrition. Si le lait, et surtout le lait de femme, est resté l'aliment essentiel, sinon exclusif, du nourrisson dans les premiers mois, on a peu à peu diminué la longueur de cette *période de lactation* à peu près exclusive et avancé la *période dite du sevrage*, où le lait n'est plus la seule nourriture. On a élargi la liste des aliments autres que le lait susceptibles d'être utilisés par le jeune enfant. L'alimentation de la première année, tout en gardant les même bases générales, s'est donc peu à peu plus ou moins modifiée dans tous les pays.

La réunion qui s'est tenue en décembre dernier à Genève à la Société des Nations a précisé les principes actuels de cette alimentation. Cette leçon, basée sur le rapport que j'ai eu à faire à Genève, a précisément pour but de vous exposer comment actuellement sont compris les besoins alimentaires de la première année de la vie et les moyens de satisfaire à ces besoins.

Les travaux récents du professeur Marfan, de mes collègues Nobécourt, Lesné, J. Renault, Ribadeau-Dumas, Mouriquand, Péhu, Babonneix, ont, en France, contribué à préciser ces importantes questions et il est assez facile d'accorder l'opinion actuelle des pédiâtres français avec les récentes conclusions de la Commission de Genève (1).

L'enfant a une série de besoins : *besoins énergétiques*, c'est-à-dire besoins qui sont fixés en grande partie par le nombre de calories qui lui sont nécessaires ; *besoins plastiques* destinés à édifier ses tissus ; *besoins en eau* ; *besoins en vitamines* ; *besoins en substances minérales définies*. Tous ces besoins ont été fixés physiologiquement.

1° Les *besoins énergétiques*, mesurés en calories sont considérables et très supérieurs proportionnellement à ceux de l'adulte. Ces besoins tiennent essentiellement à la rapidité considérable de la croissance pondérale et staturale, jointe à l'importance des pertes diverses.

Voyons comment préciser de plus près les besoins énergétiques de l'enfant. On a cru — et je me garderai

(1) Leçon faite à l'Hospice des Enfants-Assistés (Clinique Parrot) et recueillie par Mlle Ducro.

(1) P. LEREBOULLET. — Les besoins alimentaires dans la première année de la vie (Conclusions de la réunion tenue à l'organisation d'hygiène de la Société des Nations. Acad. de Médecine 19 janvier 1937.

de critiquer cette croyance — qu'on pouvait, à l'aide des méthodes modernes d'appréciation du métabolisme basal, avoir des précisions sur les besoins en calories de la première année. A la suite des recherches de Benedict et Talbot, en Amérique, on a donc essayé de déterminer le métabolisme basal du nourrisson dans les premiers mois. En France, Fouet, dans le service de M. Ribadeau-Dumas, Janet et Mlle Rochet, dans mon propre service, ont effectué ces recherches et ont fait état d'un certain nombre de résultats. Ils ne peuvent toutefois avoir de valeur absolue, parce qu'il est très difficile — et M. Janet et Mlle Rochet ont insisté sur ce fait — d'obtenir l'immobilité du nourrisson durant l'épreuve nécessaire à la recherche exacte du métabolisme basal ; il suffit d'un mouvement intempestif pour modifier les résultats. Je crois donc que cette recherche chez le tout jeune enfant est sujette, si intéressante qu'elle soit, à beaucoup de causes d'erreurs.

En revanche il est facile de constater que l'enfant tout jeune perd par radiation cutanée une quantité de chaleur au moins double de celle de l'adulte. Il faut admettre la loi de Charles Richet qui veut que plus un organisme est petit, plus sa surface cutanée est grande par rapport au poids du corps, et que les tout jeunes enfants, même placés dans les mêmes conditions de température et de vêtement que l'adulte, perdent deux fois plus que lui au moins, puisque un kilo d'enfant jeune correspond à une surface cutanée d'autant plus grande qu'il est plus petit et maigre. En bloc il correspond chez le nourrisson à 5 ou 6 centimètres de surface corporelle, alors que chez l'adulte il correspond à 2 centimètres carrés ; la surface cutanée serait donc triple de celle de l'adulte par rapport à l'unité de poids.

L'enfant doit, pour maintenir sa température constante, consommer plus d'énergie par rapport à cette unité, parce qu'il perd davantage.

MM. Michel et Perret, se basant sur cette surface cutanée pour calculer les besoins de calories chez l'enfant, ont trouvé que le nourrisson de 5 ou 6 kgr. ayant une surface corporelle de 27 déc. 6, en multipliant cette surface par 15 calories correspondant à l'unité de surface envisagée) on obtient 414 calories, ce qui est déjà un beau chiffre pour un enfant de 5 kgr. ; peut-être d'ailleurs doit-on diminuer un peu ce chiffre — mais très peu — si l'on tient compte des réserves faites par l'étude du métabolisme basal.

Outre ces calories nécessitées par la perte de chaleur et par la régulation thermique, le tout jeune enfant, s'il fait peu de travail musculaire, perd un certain nombre de calories par ses cris et son agitation. De ce fait il a besoin d'un certain nombre de calories supplémentaires. Mais c'est la perte de chaleur par la peau qui représente, d'après M. Nobécourt, les quatre cinquièmes des dépenses d'entretien.

D'autre part, l'enfant a, de plus, besoin de calories de croissance. Et ici, nouvelle discussion : les calories de croissance représenteraient d'après les vieux calculs pour un gain de un gramme, 1 cal. 867, soit pour 25 grammes (gain journalier du nourrisson normal) 46 cal. 075. L'enfant a donc besoin très vite d'un taux de calories voisin de 100 calories par kilo. Ajoutons à cela que l'enfant subit des pertes dues aux excreta ; qu'il subit des pertes par les selles, par les urines et l'on admet que ces pertes peuvent être évaluées à 10 % des calories fournies (Holt et Fales.

Mais on peut discuter dans le détail le chiffre de calories indiqué comme nécessaires à l'enfant pour sa ration d'entretien, de réparation de ses pertes et pour assurer les besoins de sa croissance. Si, en effet, depuis longtemps on admet ce chiffre de 1 cal. 867, de 2 calories même, par gramme de poids, si l'enfant augmente de 25 grammes par jour, on a montré d'une part qu'à côté de ce chiffre d'une calorie 867 par gramme il fallait tenir compte de 1 cal. 5 en plus qui représente le coût du travail d'accroissement ; d'autre part que l'enfant a besoin également de certaines calories pour fixer certaines substances indispensables à son corps. Et l'on a fixé le chiffre de 3 cal. 367, qui a été indiqué par M. Ribadeau-Dumas dans son dernier rapport, ce qui représenterait au total non pas 1 cal. 867 mais plus de 5 calories. Je n'insiste pas sur ces chiffres que l'on peut discuter. Ils montrent que le chiffre de calories nécessaires à atteindre dans l'alimentation du tout jeune enfant est au total relativement élevé. La Commission de Genève a admis qu'il doit être de 110 calories par kilo pour le premier trimestre, de 100 calories par kilo pour le deuxième trimestre, de 90 calories par kilo pour les six derniers mois, tout en reconnaissant que des fluctuations de 10 p. 100 en plus ou moins sont normales. Ces chiffres montrent combien l'alimentation doit être importante pour couvrir les besoins en calories du tout jeune enfant, puisqu'ils atteignent plus de 500 calories chez un enfant de trois à quatre mois pesant 5 kilos et plus.

Par quoi ces calories seront-elles fournies ? Avant tout, par les graisses et l'albumine de l'alimentation que renferme le lait, en particulier le lait de femme. La période de lactation passée, on pourra ajouter à l'alimentation des farineux, des farines de céréales qui satisfont très bien aux besoins thermiques et plus encore aux besoins d'activité de l'enfant qui deviennent plus grands, l'enfant remuant et s'agitant davantage. M. Mouriquand a souligné la nécessité d'augmenter la ration à mesure que l'enfant a une vie musculaire plus active.

Quels que soient les calculs auxquels on se livre en se basant sur ces règles un peu ardues, on arrive à cette conclusion qu'il faut un peu plus de 100 calories au nourrisson dans le premier trimestre et que ce chiffre diminue progressivement mais lentement avec l'âge de l'enfant.

2° *Besoins plastiques.* — Le nouveau-né et le nourrisson ont une croissance rapide. Pour cette croissance ils ont des besoins considérables en raison de l'édification constante de nouveaux tissus. Et dans ce but l'organisme en croissance fait surtout appel aux albumines et aux sels minéraux :

a) *Albumines* : Selon Mouriquand on peut admettre que les besoins de l'adulte en albumine étant un, ceux de l'enfant jusqu'à la fin de la puberté, sont de trois environ. Dans la première année c'est surtout le lait qui doit les fournir ; puis après les six premiers mois ce sont les farines de céréales, puis les farines de légumineuses. Encore faut-il distinguer à cet égard le lait de vache et le lait de femme et, récemment M. Ribadeau-Dumas faisait ressortir que la richesse en protéines du lait de vache et des laits animaux était plus considérable que celle du lait de femme ; *a priori*, le lait de femme serait donc défavorisé. M. Ribadeau-Dumas a démontré qu'en réalité les protides du lait de femme ont une structure très différente de celles du lait de vache et sont notoirement moins riches en caséine et plus riches en lactalbumine, qui représente une très grande quantité d'acides aminés infiniment plus aptes à un développement parfait de l'individu que la caséine. Par conséquent le lait de femme serait supérieur à ce point de vue par sa composition, au lait de vache.

D'autre part, cette richesse en protéine a une autre conséquence : la combustion de ces protéines dans l'organisme libère moins d'eau que celle des lipides et des hydro-carbonés, par conséquent une alimentation trop riche en protéines, dépassant ainsi les besoins du nourrisson serait génératrice de chaleur que l'enfant ne supporterait qu'en exagérant ses besoins d'eau. Si l'eau n'est pas suffisante, une fièvre dite « fièvre alimentaire » peut apparaître. On a en effet signalé (et j'en ai observé des cas très typiques avec Debré, Lelong et Chabrun) la « *fièvre de lait sec* » relativement fréquente chez le nourrisson. Il suffit alors de supprimer le lait sec ou de le diluer pour voir cette fièvre disparaître.

La Commission de Genève a conclu que si on calcule

la quantité de protéines que reçoivent les enfants alimentés par leur mère, on arrive au chiffre de 2 grammes par kilo. Pour l'enfant au biberon, ce chiffre doit être plus élevé et, en moyenne, de 3 grammes avec des fluctuations entre 2 et 3 grammes.

b) *Sels minéraux*. — Les besoins en sels minéraux ne sont pas moins importants. Les échanges minéraux sont chez le jeune enfant beaucoup plus marqués que chez l'adulte. Dorlencourt a montré qu'à la naissance un enfant normal possède de 106 à 120 grammes de substances minérales, ce qui représente un coefficient de minéralisation (c'est-à-dire le rapport de 100 à 100 gr. de surface corporelle), de 3 à 3,40 pour 100 gr. de substance corporelle. Le coefficient de l'adulte est de 4,7 En d'autres termes, le corps du nouveau-né contient 3,37 % de substances minérales, alors que celui de l'adulte en contient 4,7 %. Il faut donc au nouveau-né non seulement une ration d'entretien mais une ration de croissance et il a besoin de ce fait de beaucoup de sels surtout pour développer son squelette. Dorlencourt et Delort ont dit que l'*enfant ne fixe pas moins de 600 grammes de matières minérales la première année*. Phosphore, calcium, magnésium, potasse, soufre, sont nécessaires également, mais moins, parce que l'enfant a des réserves martiales dans son foie. Le chlorure de sodium est indispensable et assure la régularité des échanges osmotiques.

L'aliment donné à l'enfant doit contenir des matières minérales en proportions régulières. Le lait de femme contient une quantité relativement plus faible de substances salines, mais suffisante parce que l'enfant peut l'utiliser complètement.

A la période de sevrage, l'alimentation plus variée permet à l'enfant d'assurer la qualité et la quantité de sels minéraux nécessaires.

3° *Besoins en eau*. — Ce besoin est évident chez le nourrisson et a été maintes fois mis en évidence. L'eau représente un des constituants les plus importants de la matière vivante et, en dehors de son action mécanique et plastique, elle joue un rôle capital dans les échanges nutritifs.

Récemment M. Ribadeau-Dumas a insisté sur l'importance de l'eau sur la vie des cellules et jadis le Professeur Armand Gautier dans son si suggestif petit volume sur la « Chimie de la cellule vivante » a également souligné cette nécessité de l'eau pour la vie même de la cellule dont témoignent également les études récentes du professeur Nicloux. Dans les organismes jeunes, cette nécessité est encore plus grande car l'hydratation des tissus est maxima dans les premiers temps de la vie. Chez le fœtus de six semaines en effet la proportion d'eau dans les tissus est de 97,5 % et elle est de 74,7 à la naissance. Chez l'adulte elle n'est plus que de 59 % ; par conséquent l'enfant a besoin de 15 % d'eau de plus que l'adulte. Aussi bien l'enfant ne supporte-t-il pas la privation, même partielle, d'eau ; sa diminution dans le régime, même avec conservation de la valeur nutritive de la ration, arrête la croissance pondérale. Et c'est la privation d'eau en regard d'une alimentation trop riche en protéines qui paraît responsable des fièvres alimentaires et notamment de la fièvre de lait sec.

Les pertes en eau subies par l'organisme sont d'ailleurs chez le nourrisson plus élevées que chez l'adulte ; elles sont considérables parce que l'enfant perd de l'eau par sa respiration cutanée trois fois plus que par sa respiration pulmonaire. Il perd également beaucoup plus d'eau, jusque vers l'âge de trois mois, que l'enfant plus grand ; ses besoins en eau sont donc relativement très élevés. On a calculé que l'*enfant a besoin de 140 grammes d'eau par kilo et par 24 heures alors que l'adulte n'en a besoin que de 40 grammes*.

4° *Besoins en vitamines*. — L'enfant a encore besoin de vitamines. Ces vitamines, vous les connaissez : vous savez que la première vitamine isolée a été la *vitamine C* antiscorbutique. Le scorbut est dû à des aliments trop cuits qui ne contiennent plus de vitamines : on y remédie chez le jeune enfant par l'adjonction de jus de citron.

La *vitamine B* dont la carence produit le béribéri est également un facteur d'utilisation nutritive de croissance. Elle entre dans une proportion variable dans le lait et il faut y penser en réglant l'alimentation de l'enfant, en se rappelant qu'elle est en particulier abondante dans les céréales et les légumineuses.

La *vitamine A* est un important facteur de croissance, c'est une vitamine antixérophtalmique ; elle joue un rôle important dans le développement de l'enfant et sa carence provoque un arrêt de croissance d'autant plus net que l'enfant est plus jeune. Elle joue un rôle dans la résistance aux infections et si ce rôle est discutable, (il a été discuté récemment par Debré et Busson), son importance n'est cependant pas niable, et elle est une des raisons de l'utilisation de l'huile de foie de morue (particulièrement riche en facteur A), chez le jeune enfant.

La vitamine D, antirachitique est également contenue dans l'huile de foie de morue, elle aide à la calcification et est relativement peu abondante dans le lait.

Ces vitamines existent toutefois dans l'alimentation, et comme le faisait remarquer M. Ribadeau-Dumas, une alimentation bien réglée des nourrices peut augmenter la teneur de leur lait en vitamines, de même que l'alimentation des vaches laitières en fourrages riches en vitamines plutôt qu'en tourteaux peut rendre le lait adapté, à cet égard, au régime du tout jeune enfant, en lui apportant les vitamines indispensables. La vitamine en effet n'est pas fabriquée par la mère ou par la vache laitière ; elle est apportée en elles par l'alimentation ; il faut donc avoir soin de nourrir suffisamment les mères et les nourrices en aliments riches en vitamines, avoir soin de surveiller l'alimentation des bêtes productives de lait destiné à l'alimentation des jeunes enfants.

La commission de Genève a souligné cette importance de l'alimentation chez la femme enceinte et surtout celle qui allaite : alimentation plus abondante, comportant des légumes frais, des fruits, du lait, du fromage, de la viande, du poisson, des œufs.

5° *Besoins en substances minérales définies*. — L'enfant a besoin de substances minérales définies, chimiquement précisées qui agissent en petites quantités.

a) Il a besoin d'*amino acides* : les expériences d'Osborne et Mendel ont montré que l'enfant a besoin de tryptophane pour l'équilibre de ses fonctions, il a besoin de cystine, d'arginine, d'histidine. Or ces substances sont fournies par la lactalbumine et la caséine du lait — du lait de femme surtout particulièrement riche en lactalbumine — c'est donc un des aliments les meilleurs pour la croissance.

b) Il a besoin de *sels minéraux catalyseurs* qui sont nécessaires en petite quantité, dont les principaux sont le calcium, le sodium, le chlore : les sels de potassium, de fer, de magnésie seraient également utiles : des traces d'iode et d'arsenic seraient nécessaires. Il faut souligner surtout le rôle important du fer à la fin de la première année ; sa carence se traduit par l'anémie pseudochlorotique. La nécessité de l'administration du fer à titre préventif est particulièrement importante pour les prématurés et les jumeaux.

Je vous en ai dit assez pour vous montrer combien sont variés et importants les besoins du nourrisson pendant sa première année où il est en période de croissance particulièrement active.

Disons encore que les sucs digestifs du nourrisson, d'activité très faible ne renforcent que très progressivement leur pouvoir, dans les premiers mois de la vie. Il importe donc que les aliments donnés aux tout jeunes enfants soient particulièrement digestifs puisque le tube digestif est loin de tout digérer. En fait, *c'est le lait de femme qui remplit le mieux les conditions nécessaires*. Il contient environ

70 grammes de lactose, 35 grammes de beurre, 13 à 14 grammes de caséine et d'albumine. Il renferme des sels minéraux, des vitamines, bref l'ensemble des éléments indispensables au développement normal de son individu. Un litre de lait de femme fournit en chiffres ronds 650 à 700 calories. *L'allaitement maternel est donc l'allaitement normal du nourrisson* ; s'il n'est pas possible, l'allaitement par le lait de vache convenablement modifié et adapté à chaque enfant peut suffire à ses besoins à condition d'être complété assez vite par d'autres aliments convenablement dosés, et c'est sur ce point, sur l'adjonction d'autres aliments, soit au lait de femme, soit au lait de vache qu'ont porté les discussions de ces dernières années. On a montré, en effet, qu'il fallait assez vite ajouter d'autres aliments à l'alimentation au lait et surtout au lait de vache, et surtout après la période de lactation absolue, c'est-à-dire à partir du sixième mois, à partir du début de la période dite du sevrage, où l'on diminue peu à peu la quantité de lait.

Dans cette seconde période de sevrage ou mieux d'ablactation progressive toutes les données que je vous ai exposées sont intervenues parce qu'on a peu à peu choisi les aliments qui apportaient les éléments indispensables à la croissance de l'enfant, et on a ainsi progressivement élargi son régime.

Avant de vous exposer les notions actuelles sur la manière d'organiser l'alimentation de la première année et notamment pendant la période du sevrage, j'ai voulu vous montrer dans un exposé rapide quels sont les besoins alimentaires du nourrisson d'après les auteurs classiques et vous faire voir combien ils sont considérables. Heureusement le petit enfant a à sa disposition un aliment parfait, le lait de femme, et il serait à souhaiter que de plus en plus ce lait de femme puisse être accordé largement aux enfants ; mais, du fait des conditions actuelles de la vie sociale, il faut trop souvent avoir recours à l'alimentation artificielle. Mieux réglée qu'autrefois, elle permet, au moins partiellement, de remédier à l'absence de l'allaitement au sein. Je vous en parlerai dans une autre leçon.

NOTES CLINIQUES

La rœntgenthérapie des adénoïdites

Ce traitement qui n'est pas nouveau, mais semble plus employé à l'étranger qu'en France, vient d'être étudié par M. E. Clenet (Thèse de Paris, 1937).

D'après lui, la radiothérapie de l'adénoïdite pratiquée dans certaines conditions n'offre aucun danger. Les doses varient avec l'âge, le degré de l'infection et le volume de l'hypertrophie. Dans tous les cas, M. Clenet n'a employé que des doses très faibles, restant très loin de la dose radio-épidermite, qui est aussi la dose dangereuse pour les cellules osseuses en voie de croissance. Dans la majorité des cas, une dose de 300 r par champ, répartie en deux ou trois séances, donne des résultats thérapeutiques suffisants. Ce n'est que dans les cas où l'effet cherché n'est pas atteint, qu'une dose complémentaire sera donnée, le total ne dépassant jamais le 1/5 ou le 1/4 de la dose radio-épidermite.

L'amélioration des troubles fonctionnels et infectieux est constante et obtenue parfois dès la première séance, en général au cours de la première semaine, toujours après un mois.

L'état général bénéficie régulièrement de l'irradiation. M. Clenet a noté quatre récidives sur trente cas. L'un des sujets a été opéré, mais non guéri ; un deuxième ayant subi l'adénoïdectomie cinq ans après le traitement par les rayons X, a été de nouveau irradié deux ans après l'intervention chirurgicale, celle-ci n'ayant pas donné de résultats notables. Deux autres enfants ayant présenté une récidive ont subi une nouvelle irradiation qui les a améliorés, mais depuis trop peu de temps pour que l'on puisse porter un jugement définitif.

La rœntgenthérapie des végétations adénoïdes, hypertrophiées et infectées, ne s'oppose pas à l'ablation chirurgicale ; elle a ses indications propres.

Elle est le traitement de choix : toutes les fois qu'il y a contre-indications à l'intervention chirurgicale ; dans les maladies du sang hémorragipares ; dans les adénoïdites tuberculeuses ou chez des tuberculeux ; dans les infections aiguës et infections perpétuelles ne laissant pas un intervalle de répit suffisant pour l'acte chirurgical. Elle est également un traitement de choix : chez le nourrisson, car l'acte chirurgical y est grave, les végétations toujours infectées ; dans les cas d'amygdalite localisée, surtout péritubaire, où l'acte chirurgical est impossible ; dans les récidives opératoires.

Son indolence complète, son inocuité et son efficacité la recommandent encore aux sujets ou familles pusillanimes, craignant l'intervention chirurgicale.

L'ostéomyélite du nourrisson

Le nourrisson, c'est-à-dire l'enfant jusqu'à deux ans est exposé à l'ostéomyélite, en particulier dans les trois premiers mois de la vie. Il faut faire une exception pour la première semaine, où le nourrisson, paraît conserver une certaine immunité. Mlle G. Hofmann, qui vient d'étudier la question n'a vu aucun cas d'ostéomyélite dans les services hospitaliers ni relevé dans la littérature aucune observation d'ostéomyélite avant l'âge de huit jours (Thèse de Paris, 1937).

Contrairement à l'opinion classique, le début des lésions siège toujours au niveau de la métaphyse ou bulbe de l'os.

Deux formes principales peuvent s'observer :

1° L'ostéomyélite proprement dite, qui est toujours due au staphylocoque doré et qui est comparable en tous points à la forme des adolescents.

2° L'ostéo-arthrite, forme bien spéciale au nourrisson. L'infection est provoquée par les germes les plus divers (streptocoque en particulier). Partie de la métaphyse, elle gagne très rapidement l'articulation. Ces ostéo-arthrites suppurées précoces sont caractérisés par la bénignité de leur évolution.

Le *diagnostic* est en général évident, sauf dans certaines formes subaiguës qui n'aboutissent pas à la formation d'abcès collecté. Dans ces cas, le diagnostic est parfois difficile à faire avec la syphilis ou la tuberculose.

Le *pronostic* vital paraît moins mauvais que ne l'ont admis les auteurs précédents. Ainsi la statistique globale du service de M. Leveuf au cours de quatre ans est de 13 % de mortalité.

Au point de vue des séquelles, on enregistre des guérisons d'une qualité inattendue, tant au point de vue de la forme que de la fonction, en dépit de séquestres volumineux ou d'arthrites suppurées précoces. Les ostéomyélites prolongées sont rares.

Les lésions du cartilage de conjugaison et de l'épiphyse déterminent parfois l'apparition de déformations secondaires du membre. On surveillera donc avec soin l'évolution de la croissance pour corriger à temps des déformations.

Le traitement restera au début purement médical. Les procédés biologiques (vaccination, etc.) n'ont pas encore donné les preuves de leur action. L'état général peut être soutenu par des transfusions de sang maternel.

Dans tous les cas le membre sera immobilisé aussi strictement que possible.

L'incision de l'abcès sera retardée jusqu'au moment où la collection sera nettement constituée. La trépanation n'est pas indiquée : elle n'est d'ailleurs aujourd'hui pratiquée pour ainsi dire par personne dans l'ostéomyélite du nourrisson.

Les interventions ultérieures se borneront à extirper un séquestre complètement libéré.

Dans les ostéo-arthrites, il suffit d'évacuer sans hâte la collection par de multiples ponctions, parfois même inciser l'articulation sans drainage ; l'abcès péri-osseux lorsqu'il en existe un, sera traité comme précédemment.

C'est en partie au retard de l'intervention et à l'absence de trépanation qu'on doit les bons résultats enregistrés chez le nourrisson.

« Je n'oublierai jamais que la plus élégante formule que je lui dois (*Chauffard*) est la suivante :

« Un médecin peut pécher par ignorance, il ne peut pas pécher par négligence ». (Professeur Noël Fiessinger. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie. 1 vol. Masson, édit.).


TRAVERSANT L'ESTOMAC
SANS SE DÉCOMPOSER
l'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE
DÉDOUBLE
sous l'influence
de l'alcalinité
intestinale
en
ALUMINE
GÉLATINEUSE
ASTRINGENT
ABSORBANT
SALICYLATE
ALCALIN
ANTISEPTIQUE
ANALGÉSIQUE
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
COMPRIMÉS à 0.50
TUBE de 20
GRANULÉS à 25%
FLACON de 90grs
Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA
Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon
PARIS-8e

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Epilepsie

L'alcoolisme des parents est souvent une cause d'épilepsie chez leurs descendants. — Parmi les accidents convulsifs qui surviennent sous l'influence des excès éthyliques, il y a lieu de distinguer d'abord ceux qui apparaissent au cours de l'ivresse, du délire alcoolique aigu (delirium tremens) ou subaigu, et chez les alcooliques chroniques après de plus fortes libations. Il s'agit de crises épileptiques accidentelles, qui ne se reproduisent plus si le sujet devient tempérant. L'élément toxique joue le principal rôle, le rôle provocateur. La crise peut revêtir les caractères de l'épilepsie psychique.

A côté de ces accidents convulsifs passagers, il y a lieu de décrire l'épilepsie alcoolique proprement dite, qui se traduit par des accès convulsifs survenant périodiquement, sans cause déterminante immédiate, chez les alcooliques chroniques, même s'ils deviennent abstinents. En réalité, cette variété d'épilepsie est peu fréquente, puisqu'on ne la rencontre que chez 4,3 pour 100 des comitiaux. C'est généralement un accident tardif de l'alcoolisme chronique. Elle est due à des lésions matérielles des centres nerveux causées par l'intoxication ; en particulier, à la méningite chronique et à la sclérose cérébrale. L'auto intoxication due à l'hépatite scléro-graisseuse, si commune chez ces malades, joue également un rôle important. Les altérations cérébrales et hépatiques peuvent être déterminées aussi bien par l'intoxication par le vin que par l'intoxication par les eaux-de vie, les liqueurs et les apéritifs contenant des essences.

(J. Marchand. Rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie. *Paris Médical*, 10 juillet 1937.)

Gynécologie

L'épanchement gélatineux du péritoine donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic. On songe à une ascite, à un kyste de l'ovaire, à un kyste végétant, voire même à une péritonite tuberculeuse, presque jamais à un épanchement gélatineux. Le plus souvent, on le découvre par surprise au cours d'une laparotomie sans qu'aucun signe spécial n'ait attiré l'attention.

Ceci s'explique tout d'abord par la rareté de l'affection, puis par la difficulté de l'examen, le ventre pâteux se prête peu à l'exploration clinique, le toucher vaginal est pénible en raison de l'œdème vaginal et vulvaire. Toutes ces raisons jointes à la banalité des symptômes trompent le clinicien.

Il est assez facile de déceler la tumeur ovarienne, de faire le diagnostic de rupture, mais la nature de l'épanchement péritonéal reste insoupçonnée.

Deux faits qui, sans être pathognomoniques, peuvent faire penser au diagnostic.

C'est tout d'abord l'existence fréquente d'un prolapsus utérin, soit d'un glissement des culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin qui viennent faire hernie à la vulve. Les masses gélatineuses accumulées dans le petit bassin et les culs-de-sac vaginaux semblent avoir une tendance beaucoup plus marquée que les autres épanchements intra-péritonéaux à abaisser et repousser les organes génitaux et leur péritoine.

Il faut aussi faire remarquer le caractère qu'affecte le signe du flot. Il prend une intensité remarquable. Il acquiert une qualité spéciale voisine du tremblotement qui persiste très longtemps après la chiquenaude provocatrice.

Y a-t-il là un signe permettant d'affirmer le diagnostic ? Non, mais suffisant à en éveiller l'idée lorsqu'on est averti.

Les épanchements gélatineux du péritoine, s'ils présentent des caractères communs qui permettent d'en faire un syndrome clinique bien individualisé, reconnaissent deux *étiologies* distinctes. Les uns sont dus à la rupture brutale, ou à la fissuration, quelquefois à des métastases de kystes ovariens ; les autres trouvent leur origine dans une affection particulière de l'appendice vermiculaire ; le mucocèle de cet organe ; le cœco ascendant ou l'estomac se trouvent en cause dans des cas beaucoup plus rares.

Cette double étiologie, maintenant admise de façon générale, fut longtemps méconnue.

Toutes les variétés de kystes de l'ovaire peuvent leur donner naissance. Ce sont cependant les kystes mucoïdes qui sont le plus souvent en cause.

Pratiquement, il existe deux variétés différentes de l'affection, l'une bénigne due à la rupture d'un kyste mucoïde, l'autre maligne, due aux métastases d'une tumeur végétante de l'ovaire.

(P. Decoulx et G. Patoir, de Lille. Les épanchements gélatineux du péritoine d'origienne ovarienne. *Gazette des hôpitaux*, 1er mai 1937.)

Prostate

L'origine endocrine de l'adénome prostatique est possible, peut-être même probable, mais elle n'est pas démontrée.

Le traitement hormonal de l'hypertrophie prostatique est sans danger ; Guy-Laroche et ses collaborateurs l'ont prouvé.

Le traitement hormonal a une action sur les signes fonctionnels (pollakiurie, dysurie) de l'adénome prostatique et sur l'état général des malades.

Le traitement hormonal semble abréger la durée de la crise de rétention aiguë.

Le traitement hormonal a-t-il une action sur la rétention chronique complète ou incomplète ? Quelques belles observations prouvent que cette action est possible, mais elles sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions répondre avec certitude.

Le traitement hormonal a-t-il une action préventive ? Rien ne permet de l'affirmer.

Mais il ne faut pas oublier que cette thérapeutique est très récente. Pour en apprécier définitivement la valeur, de nouveaux faits, des observations complètes (plus que des statistiques globales), l'épreuve du temps, sont nécessaires.

(Raymond Dossot. L'hormonothérapie dans l'adénome prostatique. *La Presse Médicale*, 7 juillet 1937.)

Système nerveux

Un nouveau moyen d'exploration du système nerveux central, l'électro-encéphalographie, vient de faire son apparition. Il est encore dans l'enfance.

Berger le premier, en 1929, montra qu'il existait des changements électriques du cerveau humain que l'on pouvait recueillir et enregistrer. Chez un sujet à l'état de repos complet et les yeux fermés, on obtient l'enregistrement d'ondes qui ont une fréquence de 10 environ par seconde et une amplitude d'environ 0,05 millivolt. Ces ondes peuvent provenir de n'importe quelle région de l'écorce cérébrale, mais c'est de l'écorce occipitale surtout qu'elles émanent.

Les diverses excitations sensorielles et avant tout les excitations visuelles modifient immédiatement le rythme de ces ondes. Il en est de même de l'activité mentale.

Chez les épileptiques, Lennox et ses collaborateurs ont vu qu'il existait une modification considérable du potentiel électrique en corrélation avec les accès. Bien plus, ces signes d'activité électrique anormale peuvent se montrer chez des épileptiques en dehors de toute manifestation comitiale. Ils constituent un phénomène qui paraît constant au moins chez les épileptiques à manifestations fréquentes de petit mal et qui ne s'observe ni chez les sujets normaux, ni chez les malades ayant d'autres troubles nerveux.

Il y a peut-être là une promesse pour l'avenir d'un moyen rapide, aussi simple que l'électrocardiographie, qui permettra de diagnostiquer l'épilepsie et probablement aussi les tumeurs cérébrales.

(André Plichet. Les procédés modernes d'exploration du système nerveux. *Le Bulletin Médical*, 31 juillet 1937.)

Echos et Glanures

D'Arsonval, préparateur de Claude Bernard. — *Extr. du livre de L. Chauvois : D'Arsonval, soixante-cinq ans à travers la science, qui vient de paraître chez Oliven.*

Un jour donc de décembre 1873, le 6, le nouvel externe s'en va, en curieux, écouter un cours de Claude Bernard au Collège de France. Il ne l'avait ni revu ni entendu depuis le salon de Lachaud. Aussi est-il tout yeux, tout oreilles. C'est un cours sur la chaleur animale. Or, l'expérience probatrice rate du fait d'un galvanomètre qui ne marche pas. Le jeune d'Arsonval est au premier rang. Après la leçon, il inspecte l'instrument, s'aperçoit du défaut de montage et, le cœur un peu palpitant, se permet de le signaler au maître en même temps qu'il s'offre à le réparer.

Avec cette admirable intuition qui lui faisait deviner les « valeurs », Claude Bernard a reconnu dans le jeune homme une exceptionnelle intelligence. Il le fait parler et finalement lui offre de venir en « bénévole » suivre les expériences de son laboratoire : le fameux « Laboratoire de médecine du Collège de France ». Mais laissons à M. d'Arsonval raconter cette scène dans laquelle tout son avenir se trouvera « déterminé » :

« La vérité, la voici ! A onze heures et demie, après cette inoubliable leçon, Claude Bernard m'emmena chez lui, 40, rue des Ecoles.

« Là, en tête à tête, d'abord dans son bureau puis à sa table solitaire, il m'interrogea avec une douceur prenante sur ma formation antérieure, mes rêves, mes espoirs, ma famille, etc... Mis en confiance par tant d'affectueuse simplicité, je me livrai tout entier, sans même m'en rendre compte.

« Je dis que j'étais fils et petit-fils de médecins de campagne, en passe de le devenir moi-même. «Je comprends qu'à pareille école, me répliqua le maître, vous ayez acquis le don d'observation dont vous venez de faire preuve à ma leçon. »

« Cette appréciation tombant de si haut me fit rougir de plaisir et, cédant à un mouvement d'orgueil inconscient, j'ajoutai : « Mon grand-père était l'ami du baron Boyer et le camarade de Dupuytren, nos voisins. Quand à mon père, il a été le préparateur bénévole de Laennec dans votre chaire du Collège de France ».

« La figure de Claude Bernard s'éclaira alors d'un sourire paternel et je sentis que j'avais encore gagné dans son estime et son cœur.

« Revenant sur le médecin de campagne, il voulut savoir en détail comment il pratiquait en Limousin. Je lui dis que dans nos montagnes, les hameaux étant clairsemés et sans routes, les visites se faisaient à cheval, que, pour les mêmes raisons les pharmacies étant très rares, le praticien devait emporter, pendue à l'arçon de sa selle, une sacoche contenant quelques rares médicaments ayant fait leurs preuves : opium, quinine, émétique, calomel, éther, digitale, belladone, etc...

« Le médecin de campagne emportait donc et préparait lui-même souvent ses remèdes. Quand il envoyait par hasard chez l'introuvable pharmacien, il savait formuler, art précieux qui tend à disparaître, et où la thérapeutique individuelle trouvait pourtant son compte...

« Les ordonnances de mon père étaient formulées parfois sur d'étranges supports.

« En voici une qui fit ce jour-là la joie de Claude Bernard et qu'il citait volontiers.

« Appelé dans une maison perdue dans la montagne, mon père constata que sa sacoche ne contenait pas la drogue idoine, il fallait envoyer chez le pharmacien.

« Au moment de formuler, ni lui, ni moi n'avions de quoi écrire le client encore moins ne sachant pas lire.

« Le médecin de campagne devait être fertile en expédients. Mon père avise une porte blanchie à neuf, taille un fumeron pris au foyer, et écrit son ordonnance sur la porte.

— « Attelle tes vaches, dit-il au paysan, et conduis cette porte au pharmacien, il te donnera ce qu'il faut pour ta femme. »

« Nous passâmes ainsi presque toute l'après-midi, Claude Bernard à me poser des questions, moi à lui répondre et me hasardant même à lui demander des renseignements, tant l'excellent homme m'avais mis à l'aise.

« En me congédiant, il me dit : « Puisque les expériences vous intéressent, venez y assister quand vous voudrez, cela ne vous empêchera pas de préparer vos examens de médecine. »

« Ainsi se termina cette journée pour moi inoubliable, du 6 décembre 1873.

« Cette première entrevue vous prouve combien Claude Bernard, alors à l'apogée de sa gloire, était resté simple et bon et en quelle estime il tenait les bons observateurs que sont les plus modestes praticiens.

« Que de fois l'ai-je entendu dire d'eux : « Ils ne voient que les faits et ne sont point hypnotisés par les théories et les systèmes.

« Nul doute pour moi que, s'il était encore de ce monde, Claude Bernard se fût fait une joie de présider une de vos assises.

« L'hommage que vous lui rendez aujourd'hui est donc pleinement justifié.

« Quelques mois après mon entrée au laboratoire, Claude Bernard me prit comme préparateur et nos relations devinrent de plus en plus intimes, surtout après sa lettre de 1876 où il demandait à mon père de me laisser définitivement auprès de lui. »

La découverte de Leeuwenhoeck. — *Extrait du livre que M. Marcel Roland vient de publier* : LA FÉERIE DU MICROSCOPE (MERCURE DE FRANCE, édit.).

Sa renommée atteignit à son comble quand il annonça la découverte des micro-organismes de la fécondation. En fait, il avait seulement mis au point et contrôlé une observation capitale d'un jeune étudiant allemand de l'Université de Leyde, Louis de Hammen, plus tard médecin à Dantzig ; ce qu'il reconnaît d'ailleurs de bonne grâce dans sa communication du mois de novembre 1677 à la Société Royale de Londres.

La nouvelle jeta le monde savant dans un incroyable émoi. Tous les microscopes se braquèrent sur la liqueur séminale, pour vérifier l'existence de ces prodigieux petits Tétards au corps filiforme, dont on ignorait la nature et la raison d'être, et dont certains contestaient même la réalité.

Les controverses et les disputes devaient durer plus d'un siècle.

« Illusion d'optique ! Nous ne distinguons rien ! » disaient les uns.

« Il y a bien quelque chose, mais ce sont des fermentations tout à fait indépendantes des fonctions reproductrices ! » déclarait Buffon.

« Agents d'excitation locale, destinés à faciliter le rapprochement des sexes ! » assurait le naturaliste anglais Martin Lister.

« Embryons, proclamaient les mieux informés, embryons véritables dont le plus robuste arrive à éliminer tous les autres, à se maintenir dans la place et à évoluer en un « fœtus parfait », non sans subir quelques métamorphoses comparables à celles des insectes. »

Le public s'en mêla, et ce fut une mine inépuisable de plaisanteries. La mystification signée Dalempatius est restée célèbre. Ce savant annonça avec un énorme sérieux avoir constaté au microscope, en chaque spermatozoïde, un petit homme très bien constitué, avec sa tête, son corps, ses membres. Cet homuncule mettait le point final à toutes les controverses ; c'était lui qui se transformait en fœtus.

Ce farceur, de son vrai nom François de Plantade, abusa jusqu'à Buffon lui-même.

Mais Leeuwenhoeck ne laissait guère à ses contemporains le loisir de respirer. Il publiait bientôt une description de la faune lilliputienne des eaux sales, de ces bestioles « dix mille fois plus petites, écrivait-il, que les plus petites crevettes ». Certes, il exagérait, mais que ne pardonnerait-on à l'enthousiasme que cause la vue des océans de Lilliput, quand on les contemple pour la première fois ?

On se précipita sur ce nouveau spectacle. Les recettes pour fabriquer les bêtes d'infusions étaient aussi simples que nombreuses. Il suffisait de mettre à macérer du poivre, du foin, des fèves... On se contentait, pour l'heure, d'admirer leurs évolutions, sans chercher à les classifier autrement que par de naïves définitions, comme l'animal-fève, l'animal-poivre... Le nom d'infusoires ne devait être lancé qu'en 1764, par Wrisberg.

La sensation provoquée par le monde des animalcules, des « microbes », dirions-nous aujourd'hui, se répercutait de proche en proche. Tout esprit cultivé aspirait à plonger dans ce nouvel univers, mis à la portée des yeux humains, par les verres magi-

ques de Leeuwenhoeck. De partout on lui écrivait pour lui demander des microscopes. Le tsar Pierre, en voyage sur les fleuves et canaux du nord de l'Europe, passant à proximité de Delft, le fit prier de se rendre à bord de sa gabare, en s'excusant de ne pouvoir aller jusqu'à lui. Antoine déféra à ce désir, et vint montrer au souverain ses instruments et la façon de s'en servir. Il lui fit voir entre autres merveilles la circulation du sang dans la queue d'une Anguille. Le Tsar, ébloui, le combla de cadeaux en échange d'un microscope.

Leeuwenhoeck apportait à son époque des images nouvelles, là gît le secret de sa gloire rapide. Celui qui montre aux hommes des images emploie pour leur parler le langage le plus direct, le plus immédiat. Il faut toujours des images à ce vieil enfant qu'est l'Homme. Notre cinéma, machine à capter les images et à les rendre à l'écran, machine à analyser la chose inanimée comme la chose en mouvement, à en scruter visuellement les profondeurs, à les jeter sur l'écran toutes nues, dépouillées du mensonge des mots, des songes, à l'état d'images pures, de virginité lumineuse, notre cinéma est lui aussi un microscope.

Le microscope de Leeuwenhoeck fut à sa manière une caméra braquée sur le Tout-Petit, comme la lunette de Galilée et le télescope de Képler le furent sur le très grand. Leeuwenhoeck est comme eux un des pères du cinéma moderne.

Le conformisme. — *Extrait d'un article de M. le docteur E. Techoueyrès, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, paru dans* PARIS MÉDICAL (31 juillet 1937), *et intitulé* : LES PHÉNOMÈNES FLUXIONNAIRES.

Comm le disait Renouvier - l'humanité est soumise au vertige du conformisme.

Les esprits qui s'aventurent à penser en dehors des règles et qui osent se soustraire à l'entraînement universel sont souvent décriés et toujours considérée comme des frondeurs, des originaux, des subversifs, dont il faut réprimer les singularités, parce qu'elles troublent les habitudes du troupeau.

Et, cependant, ces derniers font œuvre utile en exprimant à contre-courant des opinions risquées dont l'allure paradoxale révèle une vérité naissante.

Lorsque Pasteur découvrit le rôle des infiniment petits, la médecine officielle eut un sursaut d'indignation. Les dogmes anciens étaient menacés, le savoir acquis s'effondrait ; car l'on se proposait de substituer aux principes établis des notions nouvelles exigeant la reconstruction d'un nouveau temple sur les ruines de l'ancien. On jugea ces présentations inacceptables et dangereuses. Et on le fit savoir, en termes verts, au novateur.

Mais les années passèrent ; les expériences multipliées imposèrent la vérité. Alors une vague de dévotion et d'engouement succéda à la colère et au désarroi premiers. Les faits s'accumulèrent pour prouver la réalité de l'infection, de ses modes de propagation, des lésions qu'elle entraîne et des moyens que promeut la nature pour atténuer ses méfaits. Et l'on s'appliqua à penser suivant le mode de l'infection microbienne avec le même entrain et la même ardeur déployés jadis pour penser sans lui et contre lui.

Or tout excès est dommageable. Les doctrines sont souvent trahies par ceux-là mêmes qui les embrassent, et l'on a dit, avec raison, que l'hérésie commence avec le premier disciple.

Pasteur avait montré que l'on devait introduire en biologie et en médecine un mode de pensée appropriée aux faits nouveaux dont il révélait l'existence. Mais il n'avait jamais songé à supprimer et à détruire ce qui ne pouvait être atteint par ses découvertes. Ce fut l'œuvre des disciples de la onzième heure, de ceux que fascine et éblouit leur propre besogne et qui, demeurant prisonniers de la pensée qui les meut, ne savent pas conserver la liberté de jugement nécessaire aux appréciations supérieures. Ces croyants ne regardent jamais leur œuvre avec le sourire qui la détacherait des choses. Ils procèdent par adoration et anathème.

Et puis, le temps passe. Les pensées vieillissent. Les dogmes insuffisamment fondés s'effritent. Et, du milieu de leurs poussières, surgissent, blocs indestructibles, les fragments des constructions anciennes. Moïse et les tables de la Loi reparaissent au travers du Nouveau Testament ; les fables de l'antique mythologie se retrouvent sous des déguisements variés. *Multa renascentur quœ jam cecidere.*

« Le bon tabac ». — *De M. le duc de la Force dans* L'ECHO DE PARIS, *à propos des variations des médecins quant à la nocivité du tabac* :

Voyant la Reine mère Catherine de Médicis favorable au tabac, les médecins avaient proclamé que la plante nouvelle, miraculeux remède, méritait les noms d'herbe sainte, d'herbe sacrée. Au contraire Fagon, médecin de Louis XIV, Fagon « tyran de la médecine et maître absolu des médecins » tenait le tabac pour un poison. Le premier médecin du Grand Dauphin, son disciple Boudin, « boudin de figure comme de nom », pensait de même. Ce qui ne l'empêchait point de « se crever de tabac, dont il eut toujours, raconte Saint-Simon, les doigts pleins, sa tabatière à la main et le visage barbouillé ». Nul doute que Boudin n'approuvât — tout en prisant — la thèse soutenue le 27 mars 1699, devant la Faculté de médecine par le « sieur Berger, bachelier en médecine, fils d'un docteur de la Faculté ». Cette thèse, soutenue en latin selon les uns et coutumes, avait pour titre . *An ex tabaci usu frequenti vitæ summa brevior* ?

. . . .

Le fréquent usage du tabac abrège-t-il la vie ? La belle-sœur du Grand Roi, la princesse Palatine, duchesse d'Orléans, qui avait « le parler et le rustre d'un Suisse), ne se préoccupait nullement d'une telle question. Elle se contentait de dire que le tabac était « une chose affreuse », sans toutefois lui dénier certains avantages imprévus. C'est ainsi qu'elle écrivit le 26 avril 1726, à propos de la spirituelle Mlle de Choin, la « Maintenon » du fils de Louis XIV. « Je crois que le Dauphin s'était habitué au tabac pour ne pas sentir l'horrible odeur des dents pourries de la Choin. »

Voilà un mérite appréciable, auquel n'avait pas songé le valet de don Juan .

O tabac ! O tabac ! O mes chères amours !

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Le livre de la Mort douce, par Georges BARBARIN. Prix : Un volume in-16 jésus, 240 pages, 15 francs. Les Editions Adyar, 4, square Rapp, Paris (VIIe).

L'auteur appuie sa thèse de « La mort douce » d'une quantité de références autorisées, pour presque tous les genres de morts : maladies, accidentelles, etc.

Grammaire pratique de la langue française à l'usage des honnêtes gens, par Ch. BRUNEAU et M. HEULLUY. Un volume (14 × 19), broché, 18 francs. Delagrave, 16, rue Soufflot, Paris.

Ce livre, que les auteurs ont voulu simple et court, s'adresse à tous ceux qui parlent français, avec la prétention de leur apprendre à mieux parler et à mieux écrire « le français ».

Les grands écrivains de France illustrés. *Morceaux choisis et Analyses*, par E. ABRY, P. CROUZET, J. BERNÈS, J. LEGER. Fascicule V : *Dix-neuvième siècle* (1800-1850). Un volume in-8 carré de 484 pages, 352 illustrations, relié 32 francs. Henri Didier, éditeur, 4 et 6, rue de la Sorbonne, Paris (V^e).

« Il y a bien là une méthode nouvelle ; elle a le mérite capital de correspondre à l'esprit de notre temps, aux aspirations d'une époque qui veut lutter contre l'éparpillement stérile des efforts par une meilleure organisation du travail intellectuel.

« Evidemment, ce n'est qu'un ouvrage à l'usage des classes, cependant que les plus cultivés de nos lettrés ne perdront pas leur temps en le feuilletant. Lorsqu'on mesure les progrès accomplis par les livres scolaires depuis le temps (pas tellement lointain) de notre jeunesse, on est positivement émerveillé.

Les chirurgiens du Haut-Maine sous l'ancien régime, par le Docteur Paul DELAUNAY. 1 vol. 120 + 56 p. 8°. Imp. Ch. Monnoyer, Le Mans, 1937.

Ce nouveau livre vient s'ajouter à la centaine — le chiffre est au-dessous du réel — de volumes, mémoires qu'a déjà publiés le Docteur Delaunay.

On y retrouve toutes les qualités qui font de Paul Delaunay un grand historien de la médecine.

La lutte contre la Mort, par S. METALNIKOV. Un volume in-16, 18 francs. L'Avenir de la science. Collection dirigée par Jean Rostand. Editions de la Nouvelle revue française, 43, rue de Beaune, Paris (VIIe).

La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort, disait Bichat. Ce volume montre comment cette résistance peut s'organiser et peut aboutir.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 38 — 18 SEPTEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois
France et Colonies.......... 40 fr.
Etudiants.......... 30 fr.
Belgique... 45 fr.
Etranger { 1re zone . . . . 70 fr.
Etranger { 2e zone . . . . . . 90 fr.
Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595
Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste hon. des Hôpitaux
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU, Chirurgien hon. des Hôpitaux
A. CLERC, Professeur de Clinique médicale à la Pitié, Membre de l'Acad. de Médecine
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de Médecine
Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale à Cochin, Membre de l'Acad. de Médecine
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin honoraire des Hôpitaux
A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

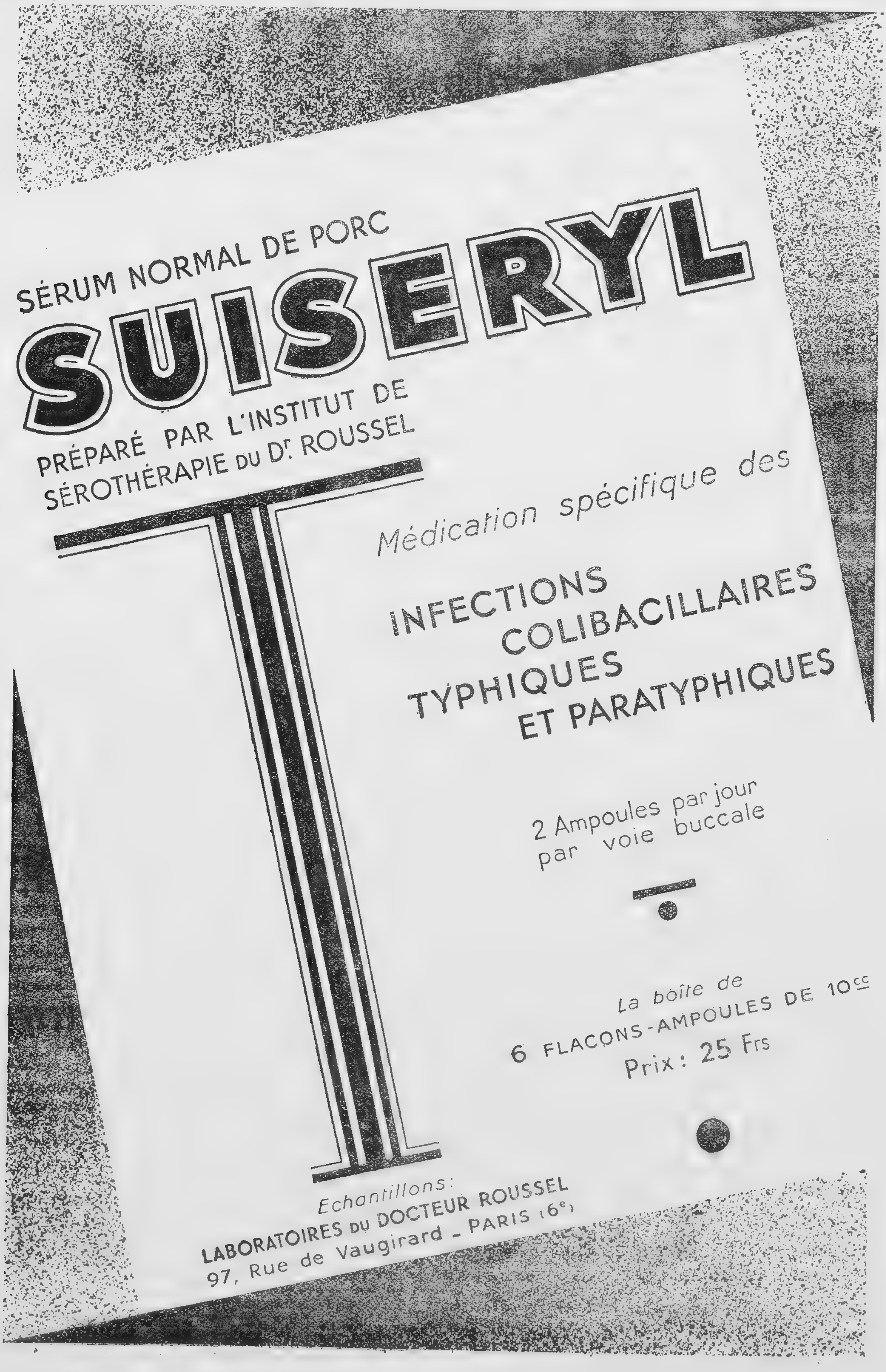
RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE


SÉRUM NORMAL DE PORC
SUISERYL
PRÉPARÉ PAR L'INSTITUT DE
SÉROTHÉRAPIE DU Dr. ROUSSEL
Médication spécifique des
INFECTIONS
COLIBACILLAIRES
TYPHIQUES
ET PARATYPHIQUES
2 Ampoules par jour
par voie buccale
La boîte de
6 FLACONS-AMPOULES DE 10cc
Prix : 25 Frs
Echantillons:
LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard - PARIS (6e)

NOUVELLES

Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique du 29 novembre au 21 décembre 1937, sous la direction de M. le Professeur Gougerot. — Le cours aura lieu du lundi 29 novembre au mardi 21 décembre 1937, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au Laboratoire. Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie ; radiumthérapie ; photothérapie ; électrolyse ; haute fréquence ; neige carbonique ; scarifications ; frotte ; etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (55 leçons). — M. Gougerot : Conduite générale du traitement de la syphilis. — M. Barthélémy : Technique des injections intramusculaires intraveineuses et intrarachidiennes. — M. Gougerot : Traitement d'attaque de la syphilis. — M. Gougerot : Traitement de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire. — M. Sézary : L'arsenic pantavalent dans le traitement de la syphilis. — M. Gougerot : Traitement de l'hérédosyphilis. — M. Sézary : Traitement de la syphilis viscérale. — M. Gougerot : Traitement de la syphilis nerveuse. — M. Levaditi : Chimiothérapie de la syphilis. — M. Touraine : Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis. — M. Levaditi : Le bismuth dans le traitement de la syphilis. — M. Milian : L'arsenic trivalent dans le traitement de la syphilis. — M. Ch. Richet fils : Contrôle toxique expérimental des arsénobenzènes. — M. Milian : Accidents des arsénobenzols. — M. Pinard : Traitement du chancre mou. — M. Heitz-Boyer : Traitement de la blennorragie. — M. Jausion : Chimiothérapie de la blennorragie. — M. Wolfromm : Petite chirurgie urinaire endoscopie. — M. Gougerot : Lutte contre les causes de la syphilis : prostitution, etc. — M. Tzanck : Désensibilisation en dermatologie (auto-hémothérapie). — M. Gougerot : Traitement de la tuberculose cutanée, des mycoses. — M. Coste : Malariathérapie. — M. Sabouraud : Traitement des teignes, de la séborrhée de la pelade, des eczémas du cuir chevelu. — M. Peyre : Vaccinothérapie. — M. Meyer : Traitements externes en dermatologie — M. Marcel Vignat : Cryothérapie. — M. Degos : Traitement des affections prurigineuses et bulleuses. — M. Gougerot : Traitement de l'eczéma. — M. Gougerot : Traitement des affections érythémato-squameuses : psoriasis, etc. — M. Milian ; Traitement de la gale et de la phtiriase. — MM. Lemaitre, Dufourmentel : Chirurgie restauratrice de la face. — M. Belot : Radiothérapie des dermatoses. — M. Meyer : Finsenthérapie. Traitement moderne des varices et ulcères variqueux. — M. Giraudeau : Radiumthérapie. Courants de hautes fréquences, électrocoagulation. Electrolyse et ionisation. — M. Gougerot : Pharmacologie dermatologique. — M. Flurin : Traitement hydrominéral. — M. Sabouraud : Cosmétique, les teintures, etc. — M. Jausion : Applications thérapeutiques de la photo-sensibilisation. — M. Saidman : Actinothérapie par l'arc polymétallique.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 4 au 30 octobre 1937 et d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui a lieu du 2 au 27 novembre 1937.

Le droit à verser est de 500 francs. Seront admis les médecins français et étrangers sur la présentatin de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Carteaud (Hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté). Renseignements généraux pour MM. les Médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi).

Cours supérieur de gynécologie. — M. le Professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R.-C. Monod, M. R. Palmer, M. R. Moricard, M. Guillot, M. P. Lejeune M. Pulsford, Mlles Wolff et Gothié, fera ce cours du mercredi 5 novembre au 2 samedi 27 novembre 1937, avec la collaboration de MM. Cl. Béclère et L. Bonnet, Mallet, Longuet, et Varangot.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux chirurgiens désirant être mis au courant de l'état actuel de la gynécologie médico-chirurgicale.

Début le mercredi 3 novembre 1937 à 9 h. 15.

a) Les matins, de 9 h. 15 à 12 h. 30.

Les lundis, mercredis et vendredis, 9 h. 30 : Exposés cliniques, par le Professeur Mocquot, sur les cas qu'il va opérer. — 9 h. 45 : Exposés techniques, par MM. Palmer et Guillot, autant que possible en rapport avec une opération du jour, et passant en revue les principales techniques utilisées à Broca. — 10 heures : Opérations par M. Mocquot. Consultations de gynécologie le lundi par M. Palmer, le mercredi par Mlle Wolff, le vendredi par M. Lejeune. — 11 heures : Hystéro-salpingographies manométriques, le mercredi par M. Palmer ; Insufflations utéro-tubaires kymographiques, le vendredi par M. Palmer.

Les mardi et jeudis, 9 h. 15 : Conférences cliniques, par MM. R.-C. Monod (le j. 18 sur les kystes de l'ovaire, le j. 25 sur les cancers du sein). — Cl. Béclère (le m. 16 sur stérilité et hystéro-salpingographie). — J. Longuet (le m. 9 sur la tuberculose génitale). — J. Varangot (le m. 23 sur les tumeurs de la granulosa). — Le jeudi 4 novembre : Exposé et projections sur le cycle ovarien et utérin, par M. Moricard. — 10 heures : Consultations spéciales, le mardi par le Professeur Mocquot, le jeudi par M. Moricard (endocrinologie gynécologique). Opérations par les assistants. — 11 heures : Electro-coagulations, par M. Lejeune ; Hystéroscopies, par M. Palmer, le mardi. — 11 h. 30 : Exposés et démonstrations. Les mardis par M. Moricard, biopsies utérines le 9, diagnostic biologique de la grossesse sur une lapine le 23) et Mlle Gothié. Les jeudis par M. Mallet (principes de curiethérapie, radiothérapie du cancer du col, des cancers vulvo-vaginaux et des cancers inopérables du sein).

Les samedis, 9 h. 15 : Exposés et démonstrations de physiothérapie, gynécologique, par M. Pulsford (les ondes courtes, la radiothérapie des fibromes, l'ionisation des métrites, etc.). — 10 heures : Examen de malades, par M. Mocquot. — 11 heures : Leçon clinique, par M. Mocquot, sur un sujet d'actualité.

b) Les après-midis, de 17 heures à 18 h. 30, cours.

Mercredi 3, M. Palmer : Interrogatoire et examen gynécologiques. — Jeudi 4, M. Palmer : Hystéro-salpingographie ; insufflation utéro-tubaire ; exploration fonctionnelle de la

musculature utéro-tubaire. — Vendredi 5, M. MORICARD : Hormones de l'ovaire et de l'antéhypophyse. — Samedi 6, M. GUILLOT : Déchirures périnéales ; prolapsus génital . — Lundi 8, M. LEJEUNE : Métrites, diathermie ; électrocoagulation. — Mardi 9, M. PALMER : Gonococcie, leucorrhées. — Mercredi 10, M. LEJEUNE : Stérilités. — Vendredi 12, M. PALMER : Fibromyomes. — Samedi 13, M. LEJEUNE : Avortement et complications. — Lundi 15, M. GUILLOT : Annexites aiguës ; suppurations pelviennes. — Mardi 16, M. PALMER : Annexites chroniques. — Mercredi 17, M. GUILLOT : Cancer du col utérin. — Jeudi 18, M. PALMER : Déviations utérines. — Vendredi 19, M. GUILLOT : Cancer du corps utérin ; tumeurs utérines d'origine placentaire. — Samedi 20, M. MORICARD : Hormonothérapie ovarienne. — Lundi 22, M. PALMER : Complications urinaires. — Mardi 23, M. LEJEUNE : Grossesses ectopiques ; hémopéritoines non gravidiques. — Mercredi 24, M. MORICARD : Hormonothérapie hypophysaire. — Jeudi 25, M. PALMER : Métrorragies. — Vendredi 26 : M. PALMER : Phénomènes douloureux.

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A. D. R. M.).

Cours de biologie expérimentale appliqué à la gynécologie. M. R. Moricard, chef de laboratoire, fera ce cours du 29 novembre au 11 décembre. Il comportera des exercices de diagnostic histo-pathologique et des titrages hormonaux.

Cours de biologie expérimentale appliquée à la gynécologie. — M. R. Moricard, chef du Laboratoire de la clinique gynécologique et Mlle Gothié, préparatrice, commenceront le lundi 29 novembre 1937, une série de dix leçons sur la biologie sexuelle (le matin) ainsi qu'une série de dix séances de travaux pratiques (l'après-midi, de 14 heures à 17 heures)

Les élèves exécuteront eux-mêmes des coupes histologiques, des extractions hormonales, des opérations de micro-chirurgie, des titrages hormonaux, des micro-manipulations d'ovule, et ils auront à lire des coupes d'exploration cyto-hormonale. Seuls pourront prendre part au cours et plus spécialement aux travaux pratiques, les élèves qui se seront inscrits à cet effet au secrétariat de la Faculté et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances.

PROGRAMME DES COURS THÉORIQUES (matin). — *Histo-pathologie et bactériologie* : 1° Etude histologique et cytologique de l'appareil génital de la femme ; 2° Inflammations ; 3° Tumeurs bénignes et dystrophies génitales ; 4° Tumeurs malignes ; 5° Histopathologie de la grossesse. — *Hormonologie* : 6° Effets de la castration et de l'hypophysectomie sur la souris et le rat ; 7° Hormones génitales (titrage de la folliculine, de la lutéine et de la testostérone) ; 8° Hormones hypophysaires (titrage des mitosines) ; 9° Un nouveau test biologique : la formation du premier globule polaire dans des ovules de souris cultivés *in vitro* ; 10° La mesure de la sécrétion hormonale de l'ovaire de femme par l'étude cytologique de la muqueuse utérine.

PROGRAMME DES TRAVAUX PRATIQUES (après-midi). — Dans les travaux pratiques de l'après-midi il sera étudié les procédés techniques relatifs aux cours théoriques du matin : 1° Technique de collage des coupes ; Examen de tissus normaux : 2° Technique de coloration des coupes ; Examen d'inflammations ; Biologie du gonocoque ; 3° Fixations cytologiques ; Examen de tumeurs bénignes et de dystrophies génitales ; 4° Coupes à congélation ; Application aux biopsies extemporanées ; Examens de tumeurs malignes ; 5° Colorations cytologiques : Réactions histochimique des graisses ; Etude du placenta ; 6° Démonstration d'hypophysectomie sur le rat, castration de la souris et technique du frottis vaginal ; 7° Technique biochimique d'extraction de la folliculine à partir des urines ; Titrage de folliculine ; Examen d'animaux préalablement injectés de folliculine, de progestérone, ou de testostérone ; 8° Technique biochimique d'extraction des mitosines, à partir des urines ; Diagnostic de la grossesse ; Titrages ; Examens d'animaux préalablement injectés de mitosines ; 9° Technique de culture *in vitro* des ovules de souris et micro-manipulation des ovules ; 10° Lecture de coupes d'exploration cyto-hormonale.

Droit d'inscription : 300 francs, le nombre des inscriptions est limité. Un certificat sera délivré aux élèves qui auront régulièrement suivi les travaux pratiques.

S'inscrire à la Faculté de médecine au secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4 de 14 à 16 heures).

Hôpital Saint Louis. — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le Docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 12 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 heures.

PROGRAMME DU COURS. — Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. Réaction de Meinicke. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacilles tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Sporotrichoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures. — Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques. Prix du cours : 500 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ou salle Béclard (A. D. R. M.) tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Pour tous les renseignements, s'adresser à Mlle le Docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis de 10 à 11 heures.

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré du 11 octobre au 23 octobre 1937. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration de MM. Terrien, Jeannin, Thalheimer, Mollaret, Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, Froment, Derot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald, Doubrow.

PROGRAMME DU COURS. — I. Etude biologique du diabète. Les troubles du métabolisme dans le diabète. L'acidose diabétique. La physio-pathologie du diabète. Le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète. — II. Les méthodes d'examen d'un diabétique. — III. Etude clinique du diabète : Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis traumatisme, etc.). Diabète et grossesse. — IV. Les complications du diabète : Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. Les gangrènes diabétiques. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète. — V. La thérapeutique du diabète : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline : propriétés et mode d'action. Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques sous la direction du Docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et dans le traitement du diabète : La recherche et le dosage des sucres urinaires ; Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée ; Le pH et la réserve alcaline ; La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B-oxybutyrique ; Le métabolisme basal ; Etude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc. — Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le Professeur Rathery.

Horaire des cours et exercices pratiques. — Lundi 11 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : La glycémie des diabétiques. — 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. — 17 heures, Docteur Maurice Derot : L'acidose diabétique.

Mardi 12 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : La physiologie pathologique du diabète. — 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre dans les urines. — 17 heures, Professeur Rathery : Glandes vasculaires sanguines et diabète.

Mercredi 13 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : Les formes fondamentales du diabète. — 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. — 17 heures, Docteur Germaine Dreyfus-Sée : Le diabète infantile.

Jeudi 14 octobre, 10 heures, Docteur Sigwald : Les formes étiologiques du diabète. — 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage des corps cétoniques dans les urines. — 17 heures, Docteur Julien Marie : Le diabète rénal.

Vendredi 15 octobre, 10 heures, Professeur Jeannin : Diabète et grossesse. — 15 heures : Exercices pratiques : Le dosage du sucre sanguin. Epreuve de l'hyperglycémie provoquée. — 17 heures, Docteur Doubrow : Le diabète bronzé.

Samedi 16 octobre, 10 heures, Professeur Terrien : Les accidents oculaires du diabète. — 15 heures : Exercices pratiques : Le métabolisme basal. — 17 heures, Docteur Mollaret : Les petits accidents nerveux du diabète.

Lundi 18 octobre, 10 heures, Docteur Derot : Le collapsus cardiaque chez les diabétiques. — 15 heures : Exercices pratiques : pH sanguin et réserve alcaline. — 17 heures, Docteur Kourilsky : Accidents cutanés du diabète.

Mardi 19 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : Le coma diabétique et son traitement. —15 heures : Exercices pratiques : pH sanguin et réserve alcaline. — 17 heures, Docteur Boltanski : L'artérite et les gangrènes diabétiques.

Mercredi 20 octobre, 10 heures, Docteur Julien Marie : Tuberculose et diabète. — 15 heures : Exercices pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. — 17 heures, Docteur Froment : Le traitement du diabète simple.

Jeudi 21 octobre, 10 heures, Docteur Froment : Le traitement de fond du diabète consomptif. — 15 heures : Exercices pratiques : Les lésions anatomo-pathologiques du diabète. — 17 heures, Professeur Rathery : L'insuline ses propriétés et son mode d'action.

Vendredi 22 octobre, 10 heures, Professeur Rathery : Résultats de la cure insulinienne dans le diabète consomptif. L'insulino-résistance et l'insulinosensibilité. — 15 heures : Exercices pratiques : Révision. — 17 heures : Docteur Froment : Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline.

Samedi 23 octobre, 10 heures, Docteur Sigwald : Les accidents dus à l'insuline et le coma hypoglycémique. — 16 heures : Docteur Thalheimer : Chirurgie et diabète. — 17 h. 30 : Professeur Rathery : L'avenir du diabétique.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours. Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures, soit à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi). Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

Service de santé colonial. — *Ecole du Service de santé des troupes coloniales.* — Liste de classement de sortie par ordre de mérite :

MM. Oberlé, Richard, Guillon, Cardaire, Ouary, Moevus, Chauvin, Rolland, Veyre, Chauderon, Bachmann, Pruvost, Jouannin, Pellegrino, Naud, Rouby, Planques, Grimaud, Beon, Vincent, Binson, Bernos, Roux, Guenon, Crozafon, Linhard, de Lostalot de Bachoue, Gentile, Richard, Laurent, Peyron, Ljunggren, Capdeville Charrancon, Bos, Le Guillou, Chavenon, Duchesne, Dilasser, Bordenave, Gras, Brétillot, Bonniol, Ollivier, Arvor, Fesquet, Roger, Depoutre, Cabsus, Lasvalades,

Chauliac, Breteau, de Bérail, Audhuy, Jaubertie, Bareille, Finance, Marinkovitch, Blin, Capponi, Payet, Faure, Kerignard, Bellon, Kerneiss, Bonifacino, Miniconi, Bouche, Aggery.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 15 novembre 1937, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions).

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du samedi 16 au mardi 26 octobre 1937 inclusivement (dimanches et fêtes exceptés).

XLVI[e] Congrès français de chirurgie. — Le XLVI[e] Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 4 au samedi 9 octobre 1937, sous la présidence du Professeur Grégoire.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

Les accidents immédiats et tardifs des embolies artérielles des membres (physiologie pathologique et traitement). — Rapporteurs : MM. Fiolle (Marseille) et Funck-Brentano (Paris).

Physiologie pathologique et traitement des brûlures cutanées récentes. — Rapporteurs : MM. Pierre Duval (Paris) et Mourgue-Molines (Montpellier).

Les indications relatives à l'intervention sanglante et au traitement orthopédique des fractures fermées des deux os de la jambe et résultats. — Rapporteurs : MM. Danis (Bruxelles), Merle d'Aubigné (Paris) et Creyssel (Lyon).

Films. — Le jeudi après-midi aura lieu une séance de démonstration par films dans le grand amphithéâtre de la Faculté. (Les appareils à la disposition de MM. les congressistes sont du diamètre de 35 et de 16 mm. Ces films doivent être inédits et inscrits au programme dans les mêmes conditions que les communications.)

Séances opératoires. — Les membres du Congrès qui désireront assister aux séances opératoires dans les hôpitaux voudront bien désigner le nom du ou des chefs de service chez qui ils voudraient se rendre.

Les titres des communications doivent être envoyés à M. A. Vuilliod, secrétaire administratif de l'Association française de chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e]).

Congrès français de stomatologie de 1938. — On annonce que le prochain Congrès français de stomatologie aura lieu en octobre 1938.

Le bureau est ainsi constitué : président : Docteur Lacronique ; vice-présidents : Docteur L'Hirondel et Docteur Beltrami, de Marseille ; secrétaire général : Docteur Mme Papillon-Léage (184, rue de l'Université, à Paris); trésorier : Docteur Genestet. Le premier rapport : sur les adénites géniennes, sera traité par le Professeur Dubecq, de Bordeaux ; le deuxième rapport : sur les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis, par le Docteur Lebourg. Le Docteur Hénault a été chargé de la question en discussion, elle portera sur la vaccinothérapie en stomatologie.

Journée internationale du rhumatisme. — Elle aura lieu à Paris, le 9 octobre prochain.

Programme. — 10 heures : séance clinique à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Professeur Loeper, avec présentation de malades et discussion des cas présentés ; 15 heures : séance scientifique à la Faculté de médecine, sous le patronage de M. le Ministre de la Santé publique et sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, président de la Ligue. Présentation et discussion des rapports.

Premier rapport : Médications radio-actives. Prof. agr. F. Coste (Paris).

Deuxième rapport : Cures hydro-minérales radio-actives et rhumatismales. Prof. Piéry et H. Milhaud (Lyon).

Troisième rapport : L'émanothérapie dans le rhumatisme chronique. Prof. Cluzet et H. Thiers (Lyon).

Quatrième rapport : Actions radio-actives exercées par les eaux minérales et leurs dérivés. Prof. Euzière et R. Castagne (Montpellier).

Les rapports seront publiés dans le prochain numéro de la *Revue du Rhumatisme* et envoyés à tous les adhérents, avant la réunion.

Le compte rendu sera publié dans le numéro suivant qui sera adressé aux adhérents après la journée.

A 20 h. 30, un dîner réunira les congressistes au Pavillon Dauphine, au Bois de Boulogne.

La « Journée Internationale du Rhumatisme » comporte l'inscription des membres adhérents médecins et de membres associés choisis dans la famille des congressistes.

Cotisations. — Membres adhérents, 75 francs, membres associés, 55 francs. (La cotisation donne droit au dîner auquel les dames sont cordialement invitées à prendre part.)

Inscriptions. — S'inscrire d'urgence au siège social de la Ligue contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VII[e]), en envoyant le montant des cotisations par chèque bancaire ou chèque postal (C. C. Paris 1414-50). Téléphone : Littré 14-61.

Excursions. — De nombreuses excursions facultatives ont été prévues.

Pour tous renseignements concernant le voyage, le logement et les excursions, s'adresser aux Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (I[er]).

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les méthodes chirurgicales du traitement de l'angine de poitrine, *Evolution et résultats,* par Marcel Bérard. 1 vol. 60 francs. Masson éd., Paris.

La possibilité de traiter chirurgicalement l'angine de poitrine par des interventions sympathiques est à l'heure actuelle une chose certaine : le nombre des succès obtenus, leur durée montrent que si ce problème n'est pas résolu dans tous ses détails il a largement franchi le stade expérimental. Le but de ce livre est de mesurer le chemin parcouru et de montrer ce qui est acquis.

Divers

L'Inde secrète, par Paul Brunton. Préface de sir Francis Younghusband. Traduit de l'anglais par Adrien F.-Vochelle. Un vol. in-8 de la Collection d'*Etudes, de documents et de témoignages pour servir à l'histoire de notre temps* : 25 fr. Payot, 106, Bd St-Germain, Paris.

Loin des lieux fréquentés, au plus profond de la jungle ou des Himalayas, auxquels les saints de l'Inde retourneront toujours, M. Brunton a rencontré l'incarnation même de ce que l'Inde tient par-dessus tout pour sacré. Si le Maharichi ou le Grand Sage est l'homme qui l'attira le plus, il n'est pas le seul de la sorte. De la montagne à la plaine, on en rencontre encore quelques-uns, mais très peu. Seuls ces hommes sont représentatifs du véritable génie de l'Inde, c'est à travers eux que se manifeste à un degré singulier le tout-puissant génie de l'univers. Ils sont donc un objet digne d'étude par excellence, et c'est le résultat d'une telle étude que nous apporte ce livre.

TRAVAUX ORIGINAUX

La leishmaniose viscérale méditerranéenne

Par Ch. JOYEUX

La leishmaniose viscérale, curiosité pathologique dans notre pays jusqu'à une époque récente, a pris, depuis quelques années, une extension assez considérable pour être considérée comme faisant partie des maladies couramment observées, et le praticien peut s'attendre à la rencontrer, même en dehors de la région sud-est, qui représente la zone de prédilection.

Rappelons brièvement son **histoire**. Elle a été vue, dès 1835, aux îles d'Hydra et de Spetzia (Grèce) par Rœser, à Naples par Cardarelli (1880) et les premières études cliniques méditerranéennes s'espacent sur cette période. D'autre part, dans les Indes, à la suite des travaux de Mc. Naught, en Assam (1882), les auteurs anglais identifiaient une maladie à laquelle on donnait le nom de local de kala-azar (fièvre noire, en sanscrit) ou de Dum-Dum, du nom de la ville où elle était fréquemment observée. L'agent pathogène : *Leishmania*, fut découvert d'abord pour la maladie hindoue, presque simultanément (1903), par Leishman, à Londres, chez un soldat rapatrié de l'Inde et par Donovan, dans le pays même. On désigne souvent le parasite sous le nom de « corps de Leishman-Donovan ». L'année suivante, Laveran retrouve ces parasites dans les frottis de rate d'un enfant mort à la Goulette (Tunisie), envoyés par Cathoire.

Depuis cette époque un très grand nombre de travaux ont été publiés sur ces affections. Il ne saurait être question de les résumer ici, même rapidement. Notre but est simplement d'en rappeler les principales caractéristiques, notamment celles qui se dégagent des faits récemment découverts.

La première question qui se pose est de savoir si le kala-azar de l'Extrême-Orient (on sait aujourd'hui qu'il englobe principalement le Bengale, l'Assam, la Chine orientale) est identique à celui du bassin méditerranéen.

L'agent pathogène est le même ; en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de distinguer *Leishmania donovani* Laveran et Mesnil, qui occasionne la maladie d'Extrême-Orient, de *Leishmania infantum* Nicolle, agent de l'affection méditerranéenne. Dans les deux cas, il s'agit d'un protozoaire, présentant des affinités pour le système réticulo-endothélial, s'observant surtout dans la rate et la moelle osseuse, donc décelable par ponction splénique ou trépanation de l'os (tibia ou plutôt sternum). Le minuscule fragment de pulpe obtenu par ces procédés est étalé sur lame, coloré suivant les méthodes panoptiques On trouve les *Leishmania* dans les mononucléaires, parfois libres. Ce sont des corps arrondis ou ovalaires, de 2 à 4 μ de diamètre, possédant un noyau principal arrondi, un autre, secondaire ou blépharoplaste, en forme de bâtonnet. Ajoutons que de bonnes colorations permettent de voir un rhizoplaste, filament qui part du blépharoplaste et va jusqu'à l'un des pôles. Le parasite est contenu dans une enveloppe ou périplaste. On peut observer des formes de division simple. Si nous cultivons le microorganisme en milieu approprié (sang gélosé ou une de ses modifications), nous constatons que ces *Leishmania* prennent des formes allongées, fusiformes. A l'un de leurs pôles apparaît un flagelle qui s'agite dans le liquide. On observe d'actives multiplications. Cet aspect obtenu en culture nous permet de ranger notre *Leishmania* dans le groupe des protozoaires flagellées, l'organe caractéristique, flagelle disparu en vie parasitaire, se retrouve en milieu artificiel. C'est également sous la forme flagellée que se présentent les *Leishmania* dans le tube digestif des insectes transmettant la leishmaniose.

Nous exposerons plus loin la symptomatologie ; disons dès maintenant qu'elle est à peu près la même dans les deux foyers de la maladie, à part de légères différences.

L'épidémiologie, au contraire, nous montre de profondes dissemblances ; c'est en se basant sur elle que l'on peut être autorisé à penser que les maladies d'Extrême-Orient et du bassin méditerranéen ne sont pas identiques.

Le virus d'Extrême-Orient procède par poussées épidémiques. Un grand nombre de sujets contractent la maladie en même temps ; souvent les membres d'une même famille, les habitants d'une même maison sont pris ensemble. L'affection semble avoir de l'affinité pour les plaines de Chine et de l'Inde, les régions élevées restant indemnes. On l'observe plutôt à la campagne que dans les agglomérations urbaines, généralement pendant la saison pluvieuse. Les classes pauvres, les sujets mal logés payent un tribut élevé au kala-azar. L'épidémie dure fréquemment plusieurs années : quatre à cinq ans en Chine, dix ans dans l'Inde. Puis survient une période de calme de quinze à vingt ans. Au début, on observe surtout des formes foudroyantes très contagieuses, tandis que dans la suite, ce sont les cas chroniques qui dominent. Cette allure épidémique est d'ailleurs variable suivant les régions : en Assam elle est plus marquée qu'au Bengale.

Une remarque très importante est l'absence de réservoir de virus animal dans le virus d'Extrême-Orient. L'homme semble bien le seul être atteint par la maladie. On a signalé un seul cas chez le chien, malgré de très nombreux examens faits chez cet animal. Il existe bien certains rongeurs, du groupe des hamsters qui sont facilement inoculés avec les *Leishmania* ; mais, dans la nature, ils ne paraissent pas héberger le parasite. La contagion se fait donc exclusivement d'homme à homme, par l'intermédiaire des insectes que nous étudierons plus loin ou peut-être directement. Les parasites persistent dans les tissus, longtemps après guérison, même chez les sujets traités.

La leishmaniose du bassin méditerranéen a une toute autre allure. Il s'agit, non plus d'épidémies, mais de cas sporadiques, isolés. Les conditions sociales, l'habitation, l'altitude, n'interviennent en aucune façon. On observe la maladie dans toutes les classes, riches ou pauvres. Les cas ne sont pas répartis d'une façon homogène, mais se rencontrent çà et là.

Contrairement à ce que nous avons dit du virus oriental, nous trouvons ici un réservoir de virus animal important, représenté par le chien. Dans bien des cas, l'enquête épidémiologique permet d'établir que le malade a vécu en promiscuité avec un animal malade. Nicolle (1908) a observé le premier des *Leishmania* chez le chien à Tunis. Depuis cette époque on en a retrouvé un grand nombre de fois et la leishmaniose canine est maintenant une maladie bien connue des vétérinaires, au moins de ceux qui habitent la région méditerranéenne. Le médecin doit aussi avoir l'attention attirée sur cette affection, ne serait-ce que pour la suspecter le cas échéant, quitte à faire confirmer le diagnostic par un vétérinaire spécialiste.

Chez le chien, la leishmaniose affecte une forme à la fois cutanée et viscérale (1). On observe des accidents ulcératifs, que certains auteurs considèrent comme la porte d'entrée du virus. Il est plutôt à penser qu'ils ne jouent pas de rôle dans l'étiologie. L'incubation peut

(1) Rappelons que chez l'homme il existe des leishmanioses exclusivement cutanées : bouton d'Orient, et cutanéo-muqueuses : leishmaniose d'Amérique tropicale, dont nous ne parlons pas ici.

être longue, l'animal héberge des parasites sans en être aucunement incommodé. La maladie se contracte ordinairement pendant la belle saison, au moment ou pullulent les insectes vecteurs. Dans les cas à incubation courte, les premiers symptômes se manifestent à l'automne. On connaît ces formes aiguës qui font périr le chien rapidement, elles s'observent surtout chez les jeunes animaux, consistant essentiellement en phénomènes paralytiques, raideur des membres postérieurs, hyperesthésie généralisée, coma et mort. On peut observer plusieurs accès successifs, dont le dernier mortel. Plus souvent, il s'agit de formes chroniques, durant de quelques mois à quelques années. Les phénomènes cutanés sont représentés par une dermite furfuracée qui se manifeste notamment sur la tête et le cou, envahissant le lobe de l'oreille. Elle peut aussi gagner l'encolure, le thorax. La peau malade est recouverte de nombreuses pellicules, les poils tombent, il n'existe pas de prurit. Souvent on note des ulcérations dont l'aspect est assez peu typique, mais dans lesquelles on retrouvera le parasite par léger curettage, en examinant le produit récolté au microscope. Elles siègent aux gencives, à l'orifice d'entrée des fosses nasales, aux oreilles, au niveau des olécranes. On remarque aussi une croissance exagérée des ongles qui peuvent se recourber.

Outre ces symptômes cutanés, l'animal présente de l'amaigrissement, de l'hébétude, de la tristesse ; sa démarche est vacillante. Les lésions oculaires consistent en conjonctivite, kératite interstitielle. Les ganglions préscapulaires, précruraux, sont hypertrophiés. Leur ponction permet de trouver des *Leishmania*, qui se voient aussi dans la rate et la moelle osseuse.

Il est intéressant, au point de vue épidémiologique, de noter que les parasites sont également rencontrés au niveau de la peau ; ainsi s'explique qu'ils y soient puisés par l'insecte absorbant du sang pour se nourrir.

De ces données épidémiologiques semble ressortir une notion fondamentale : la leishmaniose d'Extrême-Orient ou kala-azar, est une maladie humaine ; au contraire, la leishmaniose du bassin méditerranéen est une maladie du chien se transmettant occasionnellement à l'homme.

La **transmission** des leishmanioses est très difficile à réaliser expérimentalement. Cette transmission peut être directe, au moins au laboratoire. Elle a été réalisée par ingestion de cadavres d'animaux infectés, chez les rongeurs. On a aussi retrouvé des *Leishmania* dans divers excreta : urines, selles, sang d'hémorragies, mucus nasopharyngé. Leur passage par voie placentaire est connu.

Cependant il semble que le mode normal de propagation se fasse par l'intermédiaire d'insectes : nous envisageons ici le mot insecte au sens linnéen, c'est-à-dire en y comprenant les tiques (acariens), pour ne pas compliquer ces notions médicales de considérations zoologiques.

C'est surtout en Extrême-Orient que le problème a été abordé. Après avoir expérimenté avec de nombreux insectes, on s'est arrêté aux phlébotomes. Ce sont de petits moucherons, de taille inférieure à celle des moustiques, de couleur jaune clair. La femelle seule pique. On en connaît de nombreuses espèces dans le monde entier. Ils apparaissent pendant les mois chauds, les faibles dimensions de leur corps permettent facilement le passage à travers les mailles des moustiquaires. A l'automne, ces insectes ailés meurent, après que la femelle fécondée a pondu ses œufs, qui éclosent et donnent des larves. Celles-ci sont vermiformes, très difficiles à trouver. Elles se voient dans les débris organiques, les crevasses des vieilles murailles, etc., et passent ainsi l'hiver. Au commencement de la saison chaude suivante, ces larves donnent des nymphes, d'où sort l'adulte.

En Extrême-Orient, plusieurs espèces de phlébotomes : *P. argentipes*, *P. chinensis*, notamment, ont pu être infectés. En les faisant piquer des rongeurs préalablement inoculés de leishmaniose et montrant des parasites dans leur tissu sous-cutané, on a pu suivre le développement des parasites dans la partie antérieure du tube digestif de ces insectes. On observe les formes flagellées, analogues à celles obtenues en culture, dont nous avons parlé plus haut. Le pharynx et la trompe sont envahis par ces parasites. Il semblerait donc qu'en faisant piquer des animaux neufs par des phlébotomes ainsi infectés, on obtienne facilement la transmission. Malheureusement l'expérimentation s'est heurtée à des obstacles imprévus : après de multiples échecs, on est enfin arrivé, en Extrême-Orient, à obtenir l'infestation d'animaux neufs. Mais l'expérience réussit seulement lorsque l'humidité est extrême. De plus, la période d'incubation est excessivement longue ; elle a dépassé une année, dans certaines observations. Aussi semble-t-il que nous n'ayons pas encore découvert le mécanisme exact de la transmission, telle qu'elle se passe dans la nature.

Dans le bassin méditerranéen, outre les phlébotomes, on a incriminé la tique du chien : *Rhipicephalus sanguineus*, extrêmement commune sur cet animal pendant la saison chaude. Ce parasite évolue ainsi : les femelles fécondées pondent des œufs qui éclosent. Il en sort des larves hexapodes (à trois paires de pattes) qui grimpent sur un animal, se gorgent de sang, puis muent et deviennent nymphes octopodes (à quatre paires de pattes), et enfin adultes. La tique demeure une partie de son existence sur l'hôte, se gorgeant lentement de sang. On sait que l'extrait de tiques broyées, inoculé à l'animal, lui confère la leishmaniose, que le virus passe d'un stade à l'autre (Blanc et Carminopetros), mais on ignore le mécanisme de la transmission. Certaines observations épidémiologiques tendent à faire admettre que *R. sanguineus* joue un rôle important dans la propagation de la leishmaniose méditerranéenne.

La **répartition géographique** de la leishmaniose méditerranéenne est irrégulière, comme nous l'avons déjà dit. On la signale principalement dans l'Italie méridionale, la Sicile, le nord de la Tunisie, la Grèce, la partie méditerranéenne et quelques provinces de l'intérieur en Espagne. Elle s'étend en Egypte dans le Soudan anglo-égyptien et se perd en Afrique tropicale. Pour la France, la première observation a été faite sur le chien (Pringault, 1914), à Marseille. Peu après les observations humaines se sont succédées. Citons celles de Labbé, Targhetta et Ameuille (1918) sur des enfants serbes, mais résidant depuis longtemps en France ; celles de D'Œlsnitz, Palestre et Daumas (1922) ; de Monier-Vinard et Gendron (1922) ; de Terrien et Bizard (1923) ; de d'Astros, Giraud et Raybaud (1923). Depuis cette époque, de nombreux autres cas ont été signalés. A partir de 1930, on a assisté à une recrudescence de la maladie, aussi bien humaine que canine ; elle fait maintenant partie de la pathologie courante et l'on ne publie plus les cas rencontrés, tant ils sont fréquents. C'est toujours le sud-est de la France qui forme le principal foyer. La Corse est également atteinte ; le premier cas a été signalé par Piéri et Lena (1933) ; nous-même avons observé la maladie canine dans cette île. Cependant en dehors de ces zones, on connaît des exemples de personnes ayant contracté la leishmaniose, elle est beaucoup plus rare. On s'informera donc des séjours que le malade aurait pu faire en région méditerranéenne, notamment pendant l'été.

Les invertébrés supposés vecteurs : phlébotomes et tiques du chien, sont abondants dans le territoire endémique. Ils existent aussi dans le reste du pays, mais seulement d'une façon occasionnelle. Il est probable qu'un petit nombre d'entre eux hébergent le virus, ce qui explique la proportion relativement faible des malades, hommes et animaux, malgré leur énorme pullulation.

La **symptomatologie** de la leishmaniose viscérale peut être résumée ainsi. La maladie affecte indifféremment les deux sexes. L'âge a une grande importance. C'est, en principe, une maladie de l'enfance et de l'adolescence, mais elle est aussi connue chez l'adulte. Chez ce dernier les formes ont plus de tendance à la chronicité, tandis

que les jeunes sujets font plutôt des manifestations aiguës.

La durée de l'incubation est difficile à établir ; elle semble être de quelques mois, mais nous n'avons aucune donnée précise à ce sujet. On observe d'abord des phénomènes généraux, se traduisant par de l'apathie, de la nonchalance, puis s'installe la fièvre accompagnée d'amaigrissement et d'anémie. Dans d'autres cas, le début est plus brusque et la poussée thermique initiale particulièrement marquée, généralement sans frissons, avec troubles digestifs : nausées et vomissements.

Cette fièvre ne cède pas à la quinine (contrairement au paludisme), son allure est très irrégulière, les accès sont rarement précédés de frissons. On peut en observer plusieurs par jour, de type rémittent. Parfois la courbe thermique affecte le type continu, avec maxima matin et soir. La période fébrile dure ainsi plusieurs semaines, puis survient une phase apyrétique totale ou entrecoupée de poussées thermiques. Enfin la fièvre s'installe à nouveau, cette fois d'une façon permanente, ayant une allure hectique. Cette marche de la température montre d'ailleurs de nombreuses variations, elle peut notamment affecter un type ondulant, son caractère essentiel étant l'irrégularité.

Le second symptôme est représenté par l'anémie, plus accentuée chez les jeunes sujets. Le visage a une teinte blanc cireux, accompagnée de pâleur des téguments et des muqueuses. Dans le virus d'Extrême-Orient, la peau prend souvent une coloration grisâtre qui a donné le nom à la maladie (kala-azar). Cette anémie s'accompagne d'œdèmes, siégeant particulièrement à la face (bouffissure des paupières), aux pieds et aux mains. Ces phénomènes sont accompagnés de douleurs pseudo-rhumatismales dans les membres.

Enfin l'hypertrophie de la rate est le troisième signe important de la maladie. L'organe est tout entier augmenté de volume, cette augmentation étant plus marquée au cours des poussées fébriles. Il peut remplir tout l'hypocondre gauche et l'abdomen apparaît énorme, tandis que les membres sont décharnés et squelettiques. L'hypertrophie du foie existe aussi ; exceptionnellement elle est très accentuée, mais dans la généralité des cas demeure moindre que celle de la rate. Elle peut suivre ou plus rarement précéder cette dernière. On note parfois de l'insuffisance hépatique, de rares troubles intestinaux, consistant surtout en diarrhée dans les périodes avancées de l'affection. Notons également la tachycardie, l'abaissement de la pression sanguine, une diminution de la coagulabilité du sang, la présence d'albumine dans les urines et divers troubles de la menstruation.

Les accidents cutanés existent, d'une façon tardive, dans la maladie d'Extrême-Orient. Les auteurs anglais et hindous les décrivent comme une dépigmentation de la face, du cou, des avant-bras, pouvant s'étendre à tout le corps. Dans les cas plus graves, il existe des nodules au niveau des taches pigmentaires, parfois même des accidents simulant le xanthome. On trouve des *Leishmania* par biopsie de ces lésions et nous avons d'ailleurs dit que les parasites persistent longtemps dans le tissu sous-cutané après guérison, d'où formation d'un réservoir de parasites où puisent les insectes transmetteurs. Dans le virus méditerranéen on observe parfois, au cours de la maladie, une couleur chamois des téguments, à la face, aux seins, à la zone périgénitale ; il y a même apparition de petites taches blanches cutanées, représentant des zones dépigmentées, dans certains cas de stibio-résistance (d'Œlsnitz). On a aussi observé des ulcérations, notamment au niveau de la muqueuse buccale.

D'une façon générale, les téguments sont secs, squameux ; on note des tendance aux hémorragies.

Il existe une adénopathie, généralisée ou localisée.

Tels sont les principaux symptômes de la leishmaniose viscérale méditerranéenne. Il sera bon de confirmer le diagnostic par des examens de laboratoire. Les réactions sérologiques donnent des indications de probabilité ; rappelons-en le principe. Le « globulin-test » des auteurs hindous a pour effet de précipiter les globulines en excès dans le sérum du malade, par de l'eau distillée. Elle est actuellement assez peu employée. La formol-gélification de Gaté et Papacostas consiste à ajouter une ou deux gouttes de formol à un centimètre cube de sérum du malade. Ce sérum se gélifie, devient blanchâtre en quelques minutes. Ultérieurement il se durcit et prend l'aspect du blanc d'œuf cuit. La réaction de Chopra et Gupta utilise la propriété que possède le sérum des malades leishmaniés de précipiter au contact des sels d'antimoine. On fait couler V à X gouttes d'uréa-stibamine dans le sérum pur, additionné au 1/5e, additionné au 1/10e d'eau physiologique. La comparaison des trois tubes donne des indications sur le pouvoir précipitant du sérum. D'autres réactions analogues ont été préconisées. Aucune n'a de valeur absolument spécifique, car on les observe également dans d'autres affections ; néanmoins il est bon de les utiliser, en les considérant comme susceptibles de fournir des signes de probabilité.

La constatation des *Leishmania* dans les organes représente le criterium du diagnostic ; mais elle exige une petite intervention : ponction de la rate ou de la moelle osseuse. La ponction de la rate est maintenant pratiquée couramment dans les pays où sévit la leishmaniose viscérale. La plupart du temps, elle est sans danger ; cependant elle a provoqué des accidents mortels, même entre des mains très expérimentées.

La ponction osseuse semble moins dangereuse. Elle a été faite d'abord à l'épiphyse supérieure du tibia. On préfère actuellement les os plats, notamment le sternum, au niveau du manubrium, en dehors de la ligne médiane, ou à hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux. Après asepsie et anesthésie locales, on enfonce une aiguille de 25 millimètres de long, munie de son mandrin, sur 10 à 12 millimètres de profondeur, dans le tissu spongieux. On retire le mandrin, on adapte le corps de la seringue à l'aiguille enfoncée et on aspire. Un mince fragment de pulpe monte dans la cavité de l'aiguille. On le chasse ensuite sur une lame où il est écrasé, puis envoyé au laboratoire. La ponction ganglionnaire a donné aussi des résultats intéressants, mais moins constants.

Le **pronostic** de la leishmaniose viscérale est à prendre en sérieuse considération. Les symptômes précédemment cités s'aggravent, l'enfant anémié se cachectise et assez souvent finit par mourir : soit de sa leishmaniose, soit d'une maladie intercurrente. Il existe des formes foudroyantes, enlevant le malade en quelques semaines, surtout chez les jeunes enfants. La durée la plus habituellement observée est de quelques mois à un an. Les formes chroniques, fréquentes chez les adultes, durent plusieurs années. On connaît aussi des formes frustes sans gravité.

Ce pronostic s'est beaucoup amélioré depuis l'emploi des thérapeutiques spécifiques. Rappelons qu'elles sont à base de composés d'antimoine dont l'émétique est le type. De nombreux autres produits ont été préconisés : stibényl, uréa stibamine, stibosan, anthiomaline, etc... Leur emploi est généralement suivi de bons résultats au début de la maladie. Des produits dérivés de la berbérine sont actuellement étudiés. La splénectomie a été pratiquée. Enfin la médication reconstituante devra aussi utilisée : arsenicaux, extraits d'organes, transfusion sanguine, comme adjuvant de la cure spécifique.

« Chez l'enfant, le coude est la seule articulation dont on observe souvent la luxation, d'ailleurs facile à réduire, mais ensuite il faut bien se garder du massage qui favorise la formation d'ostéomes para-articulaires générateurs de raideur. »

(L. OMBRÉDANNE. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie infantile. Masson, édit.)

L'insuffisance hépatique [1]

Par le Professeur LOEPER

Quel beau sujet, d'ailleurs, et si captivant, si actuel, que celui de l'insuffisance hépatique.

Le nom est suggestif et presque prometteur. La chose est attirante comme les grands espaces à vrai dire sans limite.

Peut-être a-t-on abusé quelque peu du nom et de la chose. Mais ce n'est pas une raison pour effacer l'un ou méconnaître l'autre.

Qu'est-ce qu'une insuffisance ? C'est un travail qui ne peut satisfaire ni les besoins de l'organe lui-même ni ceux de l'organisme qui la porte.

Et c'est bien cela en effet que réalise le foie insuffisant. A l'état normal il accumule, il élimine, il secrète, il protège, il élabore et il nourrit. A l'état pathologique sa sécrétion est incomplète, sa réserve précaire, son élaboration imparfaite, sa défense déficitaire, sa nutrition carencée.

Le terme d'insuffisance me paraît préférable à celui d'hypohépatie parce que plus élégant d'abord et parce que plus juste surtout. Il contient en effet l'insuffisance et la viciation fonctionnelle, c'est-à-dire l'élaboration incomplète et l'élaboration viciée, la production de produits dangereux comme celle de produits inutilisables.

Je ne vois pas non plus de raison pour lui substituer le terme d'hépatisme. Frantz Glénard dont la grande ombre s'étend toujours sur cette station et dont le nom reste vénéré comme celui d'un précurseur par tous ceux qu'intéresse la pathologie du foie, avait lancé ce mot, qui fit fortune et qui la méritait.

Je le trouve en effet très expressif mais il est trop compréhensif, il vise tous les troubles du foie aussi bien l'hyperhépatie que l'antepatie. Il dit tout et il dit trop. On ne m'en voudra pas de lui préférer « insuffisance » qui est au surplus le titre de ce Congrès.

* * *

En un temps qui nous paraît bien lointain, Bichat s'étonnait qu'un organe aussi volumineux que le foie ne fît que la bile. L'étonnement était justifié, mais il s'est renversé aujourd'hui et transformé devant des constatations toujours plus surprenantes et des espoirs toujours plus vastes. La glycogénie de Claude Bernard a ouvert, dans une expérience de génie, la porte aux sécrétions internes et Dieu sait sur quels larges horizons cette porte s'ouvre aujourd'hui.

Pour le foie lui-même les fonctions se sont multipliées depuis la production de l'urée jusqu'à l'oxydation du soufre, depuis la fonction martiale, jusqu'au principe antianémique, depuis la détoxication jusqu'à la conjugaison.

Eponge vasculaire, le foie est un grand champ d'épandage ; né dans le tissu réticulo-endothélial, il garde le souvenir de ses origine. Revêtu de cellules innombrables, d'une composition chimique particulière et très personnelle, d'une richesse ou plutôt d'une activité fermentaire considérable, il constitue la plus complexe plus encore que la plus volumineuse de l'économie.

Il règle la circulation abdominale, la résorption des liquides et des gaz ; il prend au sang du pigment et il en fait la bile. Il neutralise les poisons, fait des oxydations et des réductions, des acétylations, des dislocations et des conjugaisons ; il détruit les polypeptides et il s'oppose à la formation de bases aminées toxiques.

Il accumule les graisses, les glucides, les protides. Il associe la genèse à la lyse et livre ses produits à la consommation au fur et à mesure des besoins ; il tient en réserve plusieurs vitines qui aident à la fixation des éléments nutritifs ; il prépare, par une série de raffinements successifs des corps qui constitueront pour d'autres organes et d'autres zônes le noyau de leurs hormones ou de leurs sécrétions.

La défaillance circulatoire est une insuffisance comme l'est la défaillance biliaire et la défaillance antitoxique, comme l'est aussi la défaillance sécrétoire. Mais la vacuité du réservoir, la précarité des réserves, l'élaboration incomplète est plus qu'une insuffisance, c'est une *carence nutritive* au sents strict du mot. Et de cette carence souffriront les muscles comme les cartilages, les glandes endocrines comme le cœur et le système nerveux.

Ainsi s'associent à l'insuffisance hépatique toute une série d'insuffisances de tissus ou d'organes qui la transforment ou la complètent.

(1) Extrait du discours prononcé à la séance inaugurale du Congrès de l'Insuffisance hépatique, le 16 septembre 1937.

C'est sous le triple vocable de circulatoires, de nutritifs et de toxiques que se peuvent classer les symptômes de l'insuffisance hépatique.

Nul doute que le météorisme n'appartienne à la première catégorie ; l'amaigrissement et tous les syndromes glandulaires, tous les dépôts presque uniquement à la seconde ; les réactions vasculaires et nerveuses, l'œdème et le myosis, l'hypotension et les étoiles vasculaires, l'agitation nerveuse ou la somnolence en grande partie à la dernière.

Que l'insuffisance hépatique évolue à l'état aigu ou chronique, qu'elle soit intense ou discrète, patente ou dissimulée, ce sont toujours les mêmes symptômes qu'on y trouve ou qu'on y doit chercher.

En soi, aucun n'y apparaît comme pathognomonique car il est plus spécifique d'un toxique ou d'une carence qu'il ne l'est de la nature ou de l'étendue de la lésion elle-même.

La spécificité chimique qu'on me pardonne de le proclamer encore, commande la symptomatologie mais elle ne suffit point à affirmer une origine organique.

Dans toute maladie, du foie comme du rein, des synergies escomptées en accentuent souvent les traits comme des antagonismes inattendus les atténuent ou les déforment. L'acidité du sang et des tissus ne peut-elle faire naître des amines toxiques, là où ne devaient exister que des acides nutritifs et inoffensifs et ne voit-on pas là l'indication des cures alcalines ?

* * *

Sous ces divers aspects l'insuffisance hépatique est fréquente et elle ne peut ne point l'être puisque son origine et sa cause résident dans le trouble fonctionnel ou la lésion du plus grand transformateur de l'économie, du grenier le plus riche, du filtre le plus fin et de la citadelle la mieux défendue.

Et toute la nutrition en dépend. A la conception de Glénard, qui substituait l'hépatisme à l'arthritisme de Bazin et à la diathèse congestive de Sénac, on peut faire certes quelques retouches. La ptose en est peut-être plus la cause que la conséquence et le zona en est nettement distinct.

Mais on ne reniera ni la migraine ni l'asthme, ni la goutte, ni les troubles nerveux, ni les lithiases, ni les éruptions cutanées.

A côté de l'uricémie, de la cholémie, de la cholalémie, de l'oxalémie on connaît aujourd'hui des polypeptidémies, des aminémies que relient peut-être entre elles, d'un même chaînon chimique, des manifestations en apparence dissemblables.

A côté des carences proprement nutritives, on connaît des syndromes glandulaires, des réactions nerveuses et vasculaires qui régissent et groupent certaines manifestations nerveuses, sanguines ou trophiques.

Je ne suis pas de l'avis de certains auteurs qui voudraient réduire le domaine de l'insuffisance hépatique. Je le vois immense, et j'aurais au contraire tendance à l'étendre encore.

Ne nous a-t-on point fait entrevoir les relations du foie avec les glandes endocrines : thyroïde, surrénales, hypophyse, ovaire et aussi celles qu'il affecte avec le système végétatif, la moelle, le bulbe ou le mésocéphale ?

Ne sait-on pas que l'insuffisance hépatique peut dépendre non d'une lésion ou d'un trouble propre du foie, mais de la sécrétion excessive ou insuffisante d'une glande endocrine, de l'excitation même ou de l'inhibition de telle ou telle partie du système nerveux ? Et nous sommes bien forcés d'entrevoir toute une série de troubles où le foie obéit au lieu de commander, mais où il joue, certes, encore son rôle et où il le joue mal.

La tâche des cliniciens est bien ardue qui doit reconnaître dans un ensemble symptomatique où tant d'organes s'associent et de fonctions s'agitent quels sont les plus responsables ou les premiers.

La dyspepsie hépatique, forme mineure de l'insuffisance, est plus mobile, plus variée, plus insaisissable dans ses réactions estompées et fugaces que la grande insuffisance d'une hépatite ne l'est malgré ses lésions franches et irrémédiables. Peut-on s'en étonner ?

Il en est ainsi de toutes les dyspepsies et c'est pour c'est pour cela qu'elles sont au premier chef intéressantes.

* * *

On voudrait des tests solides pour reconnaître l'insuffisance hépatique.

Ceux que l'on a jusqu'ici étudiés et dont successivement chacun nous fut donné comme le meilleur ou le plus pécifique, ne possèdent malheureusement qu'une valeur limitée. Ils ne peuvent donner que ce qu'ils ont. Ils mettent à l'épreuve une fonction mais non toutes les fonctions du foie ; ils isolent un facteur

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Faut-il opérer les suppurations chroniques de l'oreille

L'otorrhée chronique est une affection indolore, traduite par un écoulement très variable en quantité, provoquant une surdité plus ou moins accentuée, et si elle reste unilatérale, troublant assez peu l'existence du patient. Aussi est-elle souvent négligée, peu ou pas soignée, et quand l'otologiste parle d'opération radicale, sa proposition soulève toujours des protestations dues à l'incompréhension de la situation.

Il est en effet difficile de faire admettre qu'une affection est d'autant plus dangereuse qu'elle est moins douloureuse. Telle est cependant la réalité : l'otorrhée vraie provient de l'ostéite : ostéite des osselets qui menace seulement l'audition, ostéite des parois de la caisse qui menace la vie. Les rapports anatomiques de la caisse expliquent la possibilité de complications graves : paralysie faciale, thrombo-phlébite du sinus avec septico-pyohémie, labyrinthite, abcès extra-dural, abcès du cerveau ou du cervelet, méningite dont la mort est l'aboutissant fréquent. L'otorrhée, seul symptôme avec la surdité de l'ostéite de la caisse, indique donc qu'il y a menaceplus ou moins proche pour la vie.

Le traitement efficace et définitif de cette ostéite est l'évidement pétro-mastoïdien, la mise à nu et à plat de la caisse et de l'antre et l'exérèse de toutes les lésions, la création d'une cavité cicatricielle facile à surveiller.

Est-ce à dire que toute otite suppurée chronique appelle nécessairement l'évidement ? en théorie : oui ; en pratique il faut savoir faire une discrimination judicieuse, tenir compte d'une part des lésions, d'autre part des conditions de vie du patient. La question a un côté médical, mais aussi un côté social.

L'opération s'impose sans discussion *en présence d'une complication* : elle est le premier temps indispensable du traitement.

Elle s'impose également quand l'otorrhée se réchauffe, c'est-à-dire se modifie en quantité par augmentation ou rétention brusque, avec apparition de douleur et de fièvre. C'est le stade préparatoire à la complication, aussi ne faut-il pas hésiter à opérer d'urgence malgré les inconvénients de l'opération à chaud, car l'expectative risque de laisser l'infection atteindre l'endocrane et déclencher une méningite ou abcès du cerveau mortel.

A la période d'otorrhée calme et apyrétique, il semble *a priori* qu'il y ait disproportion entre une affection relativement peu gênante et une opération importante comportant des suites longues et des pansements pénibles. C'est alors qu'il faut peser tous les facteurs pour ou contre l'opération.

Contre l'opération : un vieillard fatigué, habitué à son écoulement d'oreille subira du fait de l'intervention un shock non négligeable ; dont il se remettra peut-être difficilement.

Chez l'enfant la cicatrisation de la cavité opératoire : son épidermisation est très mauvaise à cause de la pullulation incessante des bourgeons et la persistance de la suppuration. Aussi vaut-il mieux n'opérer que s'il y a réellement menace de complication, sinon attendre 14,15 ans chez les filles, 16,17 chez les garçons.

Un état général médiocre, une affection chronique comme diabète ou albuminurie sont des contre indications, mais ne doivent cependant pas interdir l'opération si l'urgence s'impose.

La bilatéralité de l'otite chronique est fréquente et l'indication opératoire devra se trouver dans la valeur auditive de chaque oreille. La surdité, de type de transmission peut varier d'un sujet à l'autre, d'une hypoacousie légère, à la cophose presque complète. L'évidement donne généralement une surdité moyenne forte dans laquelle la voix chuchotée n'est plus perçue, l'audition peut donc être abaissée ou améliorée selon le degré de surdité antérieure. Si une oreille est déjà très sourde il ne faut pas opérer l'autre qui entend convenablement ; au contraire on peut opérer sans inconvénient une oreille, ou les deux oreilles en cas de surdité accentuée bilatérale.

L'aspect otoscopique donne des indications précises : une large perforation avec destruction étendue des osselets, permettant un bon drainage, une surveillance régulière et des soins appropriés doit faire espérer un assèchement de la caisse plus ou moins prolongé car on ne peut jamais considérer comme définitif la cicatrisation de l'otite chronique suppurée.

Le traitement médical demande des soins personnels quotidiens, des pansements par l'otologiste, lavages, cautérisations, ablations de polypes, qui peuvent demander des années. Il faut donc pour le patient beaucoup de temps, de persévérance et quelques ressources. Il ne peut donc s'appliquer qu'à des personnes soucieuses de leur santé, acceptant l'assujettissement de longs soins, et surtout averties que l'apparition de céphalées, vertiges, vomissement indiquent la complication imminente et appelle l'intervention d'urgence.

C'est donc surtout aux femmes et à une classe relativement aisée que pourra s'appliquer le traitement conservateur.

En faveur de l'opération se trouve donc un certain genre de vie, une mentalité insouciante, un âge encore jeune. L'ouvrier qui n'a ni le temps, de se soigner, ni le souci de sa santé, le jeune homme qui va commencer sa carrière, doivent être mis une fois pour toutes à l'abri des complications mortelles et débarrassés des soins fastidieux par l'évidement, qui, une fois la cicatrisation obtenue, ne demandera plus que des soins d'hygiène banale.

A côté du point de vue social, le pointde vue médical, indique l'opération quand on trouve dans l'écoulement ou par lavage les paillettes blanches nacrées de *cholestéatome,* masse épidermique de structure bénigne, mais d'évolution envahissante et rongeante qui use les parois de la caisse, met à nu, facial, sinus latéral, dure-mère et amène tôt ou tard à la complication endocranienne. Siégeant surtout dans la partie haute de la caisse, peu visible, le cholestéatome est d'autant plus dangereux qu'il est plus sournois.

Le *polype* de la caisse indique un point d'ostéite en évolution et son point d'implantation doit bien être reconnu car s'il siège sur la paroi interne labyrinthique, il fait présager une infection de l'oreille interne, pouvant se terminer par la méningite. La récidive tenace de polype est une indication nette à l'évidement et un danger permanent de rétention.

Même en l'absence de polype ou de cholestéatome, l'alternance assez rapprochée de période de suppuration et de période de sécheresse de la caisse est encore en faveur de l'intervention radicale, car elle est la preuve du travail invisible de l'ostéite.

On voit donc que les indications opératoires de l'otorrhée chronique comportent des éléments multiples dépendant les uns de l'otologie et les autres de l'état médical général et de la situation sociale du patient. La décision d'abstention est pour l'otologiste plus grave que la décision opératoire, c'est un devoir strict pour le médecin de combattre l'opinion trop répandu dans le public qu'un écoulement chronique d'oreille est sans importance puisqu'il ne fait pas souffrir.

Dr Louis Leroux
Oto-rhino-laryngologiste
des hopitaux de Paris

« Comme le marin novice fait son tour du monde avant d'entrer dans la carrière, je voudrais que tous nos internes en chirurgie, fissent, à la fin de leur internat, le tour des services de chirurgie. Cette croisière chirurgicale au moment où se concentre une expérience déjà suffisante, serait très féconde et riche d'enseignements. »

J. Okinczyc. — Les petites règles de la chirurgie parfaite. Un vol. Masson, édit.)

de l'insuffisance sans doute, mais rien ne dit que tout est calqué sur lui.

Je sais bien que, modifiés, raffinés, les coefficients azotés et soufrés donnent des aperçus valables sur la fonction protidique ; que le dosage des polypeptides nous fournit des notions pronostiques capitales et que celui des bases aminées nous fait pénétrer dans le domaine de la pathogénie.

Je sais que l'épreuve des sucres s'est aiguisée dans la lévulosurie et la galactosurie.

Je sais que l'on peut séparer la cellule noble de sa trame et qu'on peut demander au Rose Bengale de tenter cette dissociation.

A vrai dire la discordance existe souvent entre les épreuves, non parce qu'elles s'adressent à des tissus différents mais à des processus anatomiques et chimiques des plus variables. La discordance des épreuves tient plus à l'isolement des cellules qu'à leur altération et la défaillance des fonctions n'est que rarement proportionnelle à l'altération escomptée du parenchyme, elle ne l'est même pas toujours à la gravité pourtant patente du tableau morbide.

Au surplus, pour le foie comme pour beaucoup de glandes internes, ainsi que l'a dès longtemps remarqué Gley les fonctions s'ébattent dans un ordre établi, la plus fragile d'abord, la plus résistante la dernière, et toutes les hépatites ne parcourent pas le cycle de la désintégration aussi rapidement et dans le même temps puisque la genèse des produits s'arrête à des étapes différentes.

Bien plus, les microbes, les poisons, les virus ont pour les divers composants de la cellule une attraction particulière et élective : ils peuvent, avec le même produit, réaliser des substances différentes, de sorte que l'insuffisance ne peut atteindre, dans des lésions pourtant assez voisines ou semblables, ni le même degré ni les mêmes fonctions.

Qu'est-ce à dire, sinon que la mesure de l'insuffisance hépatique est bien difficile, qu'elle ne peut apprécier l'insuffisance globale mais les états dissociés de cette insuffisance ; qu'en un mot *il n'y a pas* UNE *mais* DES *insuffisances hépatiques.*

Remarques sur le Délire aigu et le Delirium tremens

Par Henri DAMAYE
Médecin des asiles

Les psychoencéphalites fébriles peuvent présenter tous les degrés de gravité. Celles qui atteignent, cliniquement, une température un peu élevée accompagnée de symptômes toxi-infectieux sont communément désignées par les expressions consacrées de délire aigu ou, s'il y a intoxication alcoolique, de delirium tremens. Pendant la guerre et aux années suivantes, nous avons montré, en cette même Revue, l'heureuse action des hautes doses d'électrargol en des cas désespérés, de de ces graves affections. Les diverses formules d'hexaméthylène tétramine nous ont paru également d'une efficacité certaine en ces mêmes psychoses toxi-infectieuses. Depuis, les essais thérapeutiques se sont multipliés. Abcès de fixation, sérums anti-infectieux, vaccins polyvalents, septicémine, salicylate de soude, iodéopirine, iogol, carbone intraveineux, lysats vaccins neurotropes... Bref, la thérapeutique des psychoses fébriles est maintenant, dans les établissements psychiatriques, un objet d'essais et d'efforts.

Malheureusement la bactériologie des psychoencéphalites n'a pas encore dit son mot. Nous soupçonnons les ultravirus des formes microbiennes connues ou, peut-être, celles d'espèces encore inconnues. Mais, jusqu'au jour où les bactériologistes nous auront fixés sur ces points si importants, nos efforts cliniques et thérapeutiques restent empiriques, puisque nous ignorons l'élément essentiel de l'étiologie.

On peut résumer l'orientation thérapeutique actuelle des psychoses fébriles en disant que ce qui leur convient est la médication anti-infectieuse, sous ses diverses formes et avec les différents moyens dont nous dota la pathologie générale. Tous les médicaments anti-infectieux généraux peuvent donner de beaux succès en psychiatrie fébrile ; mais tous aussi ont leurs échecs. De sorte qu'à l'heure actuelle, il est impossible de proclamer souverain ou d'efficacité certaine en un cas donné tel ou tel des agents chimiques ou biologiques dont nous disposons. L'un de ces agents peut réussir chez un malade et échouer chez un autre, alors que chez cet autre l'essai d'un agent différent procurera le succès. Le traitement des psychoses aiguës fébriles en est là, pour l'instant. On ne peut préconiser d'une façon exclusive un agent ou une méthode. Tous les médicaments fournis par la pathologie générale ont, en psychiatrie, leur succès, leurs demi succès et leurs échecs. Tel est l'état présent de la thérapeutique des psychoses toxi-infectieuses aiguës. On doit tâtonner en de nombreux cas : la médication souveraine, héroïque n'existe pas encore.

Remarquons bien que toute cette thérapeutique des affections mentales fébriles n'est nullement de la psychiatrie : elle est de la pure médecine générale. Elle est, purement et simplement, une application aux syndromes mentaux, aigus, infectieux, des méthodes bien connues et éprouvées en médecine générale. Le psychiatre disparaît, pour ainsi dire, au chevet des psychoses fébriles, pour faire place au médecin général, au clinicien expérimenté des maladies infectieuses. Là même est la condition du succès, dans les cas susceptibles de guérison. La psychiatrie fébrile aiguë est de la pure médecine générale.

Aiguës, subaiguës ou chroniques, les psychoses toxi-infectieuses exigent, pour se développer, un état de prédisposition congénital ou acquis, du cerveau et des méninges. Il est des cas de délire aigu et de delirium tremens où l'infection de la peau ou de quelque organe paraît bien, cliniquement, avoir pu servir de porte d'entrée aux germes pathogènes ou à des germes pathogènes peut-être favorisants. Mais on observe aussi des exemples inverses. Chez un éthylique de 47 ans, notamment, nous avons vu la résistance au delirium tremens, en dépit d'infections graves, répétées et de brûlures infectées. Chez cet homme, blessé du crâne à la guerre, pas de psychoneurasthénie consécutive : mais, dipsomanie, stigmates névropathiques et éthylisme invétéré. Chez lui, il y eut plusieurs accès de délire alcoolique ; mais ces accès demeurèrent obstinément apyrétiques. La condition primordiale des psychoencéphalites est, par conséquent, une prédisposition du cerveau et des méninges, dont la nature nous est encore absolument inconnue.

La guérison d'une psychose fébrile aiguë épisodique chez un psychosé chronique (schizophrène, mélancolique, etc.) ne nous a jamais paru avoir amélioré la psychose chronique. Le traitement de la psychose aiguë et l'évolution de celle-ci restent sans effet vis-à-vis de la psychose chronique, dont le cours n'est pas interrompu. Les agents infectieux du délire aigu semblent tout à fait autres que ceux des psychoses chroniques et indépendants de ces derniers.

Les autolysats neurotropes de staphylocoque et de prodigiosus, les lysats vaccins de staphylocoques et de streptocoques sont, aujourd'hui, des médicaments de choix en psychiatrie aiguë fébrile. Ils ont leur aléa, comme toutes les autres médications anti-infectieuses de l'époque actuelle, mais moins que bien d'autres, et de grands succès à leur actif. L'incorporation, progressive, de la pathologie mentale aiguë à la médecine générale développera les recherches dans cette voie.

Deux conditions favorisent le traitement des psychoses fébriles graves : la jeunesse du malade et l'absence de dégénérations avancées des viscères. Un cœur à lésions valvulaires mais à intégrité du myocarde résistera bien souvent. Une inanition prolongée avec agitation et insomnie favorise les hémorragies capillaires mortelles de la pie-mère. (1)

D'après nos observations, les hommes supportent, en général, mieux que les femmes, le choc de l'électrargol. Les névropathes, fréquents parmi les alcooliques, réagissent parfois

(1) La caractéristique du délire aigu et du delirium tremens est essentiellement l'ecchymose pie-mérienne avec tendance à l'hémorragie capillaire.

très vivement et par de fortes élévations de température même à des doses moyennes (15 c. c.) d'électrargol.

L'azotémie, observée par A. Courtois dans certains cas de délires aigus, est-elle en rapport avec des lésions ou intoxications encéphalitiques ou bien avec des lésions rénales ? Cette azotémie ne semble pas un fait propre à l'affection mentale. En effet, les délirants aigus ont, très fréquemment, en leurs antécédents personnels, des maladies infectieuses, nombreuses ou empreintes de gravité, ayant laissé des dégénérations ou des inflammations chroniques importantes des viscères et notamment du rein. Il ne semble pas que l'azotémie constitue un symptôme cardinal du délire aigu, au point de figurer dans son appellation. L'azotémie, très inconstante, ne relève-elle pas, dans les cas de délire aigu où elle existe notablement, des lésions rénales et de l'hyperthermie ? Les lésions rénales, celles du foie, du cœur, de la rate, sont extrêmement fréquentes, sinon habituelles, dans le délire aigu et le delirium tremens. L'azotémie, dans les psychoses aiguës en question, nous paraît un symptôme de fonctionnement rénal défectueux, infiniment plus qu'un symptôme cérébral. Les psychoses aiguës ne comportent pas que des lésions du cerveau : tout l'organisme y est atteint. : Méningo-encéphalite azotémique ne peut pas plus caractériser le délire aigu que méningo-encéphalite diffuse n'a caractérisé la paralysie générale. Toutes nos méningo-encéphalites psychiatriques sont diffuses. Bien des affections graves hyperthermiques peuvent être azotémiques, lorsque les reins sont touchés ou en mauvais état préalable. Maintenons-donc les appellations consacrées, si vagues soient-elles, jusqu'à caractéristique organique ou bactériologique vraiment différentielle. Une affection mentale aiguë ne peut être caractérisée que par des examens somatiques complets. Toutes les nécropsies de délirants aigus ou de delirium tremens révèlent des dégénérations ou des scléroses rénales, parfois très avancées. En toutes il existe des dégénérations, parfois très avancées, du foie et du myocarde.

Nous savons, en outre, par les travaux de J. Castaigne, qu'il existe des azotémies extra-rénales, dont la cause est la baisse de la diurèse (cardiaque ou hépatique), ou une quantité insuffisante de boisson.

Un délirant aigu ou un delirium tremens peut faire de l'azotémie comme il peut mourir par œdème aigu du poumon, pneumonie, cirrhose, urémie, ou toute autre affection grave simultanée. Le psychopathe aigu est, avant tout, un malade de médecine générale, dont le trouble mental n'est qu'un des points de la maladie.

Enfin, les stigmates de névropathie (zones hystérogènes ovariennes, mammaires, etc...) exagération des réflexes, troubles vago-sympathiques...) sont à rechercher chez tous les psychopathes aigus. L'état névropathique semble jouer un certain rôle dans la gravité des chocs. Sa connaissance est souvent instructive pour ce qui concerne les réactions des différents sujets aux médicaments.

« Une mentalité règne chez certains de nos confrères où les bonnes volontés dont ils témoignent s'inscrivent contre les résultats qu'ils espèrent. Ils prétendent maintenir la dignité professionnelle à un niveau de hauteur qui inspire le respect de tous et cette pensée est digne d'éloges. Seulement à l'égard de leurs collègues, ils usent de procédés dénués d'aménité et parfaitement incorrects. En même temps qu'ils désirent le relèvement de la médecine, ils s'en prennent à ceux qui la pratiquent le plus honnêtement du monde, simplement parce qu'ils sont agacés. Il suffit qu'il leur soit parlé d'un médecin qui réussit ou dont le nom a figuré au bas de quelque communication ou d'un article technique pour que l'impatience les saisisse et inspire à leur jugement des commentaires qui se plaisent au dénigrement ou à se montrer désagréables. Ils diront peut-être : « C'est un praticien qui a vu quelques malades. Mais il ne connaît pas le premier mot ce dont il parle ». Affirmation qu'ils prononcent sur un ton doctrinaire et qui n'admet pas de réplique.

« Eux, ils savent très bien et tout......

« Ces hommes disent : « C'est moi », comme les religions proclament : « En dehors de l'Eglise, il n'y a pas de salut ».

(Les doctrinaires en médecine. — *Journal des Praticiens* 3 juillet 1937.)

CLINIQUE UROLOGIQUE

Traitement de la tuberculose rénale bilatérale

Par M. le Professeur **MARION**

Il faut bien reconnaître que beaucoup d'urologues après avoir abouti, chez un malade atteint de tuberculose rénale, à cette conclusion que les deux reins sont atteints, se désintéressent un peu trop du traitement. Il semble que seule la néphrectomie soit intéressante et que le traitement non opératoire perde toute valeur. Or ce traitement a cependant le plus grand intérêt, car parfois il aboutira à la guérison, toujours il prolongera et soulagera le malade et en outre sera de la plus grande utilité au point de vue moral.

Le traitement de la tuberculose rénale bilatérale mérite donc d'être étudié de façon très spéciale. Après vous avoir exposé les méthodes thérapeutiques auxquelles nous pouvons recourir, je vous dirai les indications de chacune de ces méthodes.

Le traitement médical est évidemment la base de la thérapeutique de cette affection très grave qu'est la tuberculose bilatérale des reins. Ce traitement est du reste celui que nous devons appliquer à toute tuberculose rénale, même si elle est unilatérale, car il ne suffit pas d'enlever un rein tuberculeux, il faut ensuite guérir les lésions tuberculeuses qui ont pu se produire dans les voies urinaires inférieures et d'autre part empêcher les malades de diffuser leur infection.

Il comporte tout d'abord un traitement général. Il est évident que ces malades bénéficieront grandement d'un séjour au grand air, dans un climat d'altitude moyenne, au soleil ; en général le climat marin est contre-indiqué car il aggrave le plus souvent les troubles vésicaux qu'a provoqués la tuberculose rénale. Ces malades doivent être alimentés fortement et le régime carné est formellement indiqué. Seuls les aliments ou boissons qui pourraient provoquer une congestion ou une irritation de leurs reins et de leur vessie doivent être supprimées. Ce n'est qu'à la période où du fait de la destruction des reins les malades présentent des symptômes d'urémie que le régime hypoazoté leur sera imposé. D'autre part tous les reconstituants arsenicaux, phosphorés, devront être conseillés à ces malades.

Le traitement local a une très grande importance. Ce traitement local comprendra un médicament qui, s'éliminant par l'urine pourra agir sur les lésions vésicales pour calmer les phénomènes douloureux qu'elles provoquent. Ce médicament est le bleu de méthylène à la dose de 10 centigrammes par jour en deux pilules de 0 gr. 05. Je vous rappelle que dans les cas de tuberculose urinaire l'urotropine et ses dérivés sont formellement contre-indiqués car par la congestion qu'ils provoquent ils aggravent les lésions et déterminent souvent des hématuries.

Sont également à utiliser, les calmants par voie rectale : lavements de 60 grammes avec 1 gramme d'antipyrine et XX gouttes de laudanum ou les suppositoires avec 1 centigr. de belladone et 1 centigr. d'héroïne. Il arrivera un moment où les injections sous-cutanées de morphine, de sédol, d'eubine, d'eucodal, etc., peuvent être indispensables car les douleurs vésicales arrivent à être vraiment intolérables, et il faut soulager ces malades qui se trouvent vraiment dans une situation des plus pénibles.

On pourra également essayer de calmer les douleurs vésicales en même temps qu'à modifier les lésions de la vessie en

utilisant les injections de substances variées. On aura recours aux instillations d'huile goménolée à 5 %, d'huile phéniquée à 5 ou 6 %, de bleu de méthylène à 1 % dissous dans du sérum physiologique, auquel on ajoutera 6 grammes de novocaïne l'injection étant un peu pénible au moment où elle se fait. On injectera dix centimètres cubes de ces solutions. Suivant les résultats que donnera chacune de ces substances on emploiera l'une ou l'autre plus volontiers chez le malade.

Les injections de ferments lactiques ont donné parfois de très bons résultats ; ils seront utilisés en préparation spéciale : lactosmose.

Enfin le traitement spécifique qui tend à agir directement sur l'élément tuberculeux ne devra pas être négligé. Après essais de tous les sérums, antigène, etc., il semble que le meilleur de ces substances soit le sérum de Vaudremer. Ce sérum sera injecté à doses progressivement croissantes, les réactions qu'il peut provoquer étant surveillées. Suivant l'intensité de ces réactions on espacera les injections ou on modifiera les doses employées. Mais il est certain que par les injections de ce sérum on arrive, je ne dis pas à guérir nettement des lésions tuberculeuses, mais en tous cas à retarder leur évolution très souvent et surtout à améliorer considérablement en général les troubles vésicaux produits par les localisations tuberculeuses sur la vessie.

Mais il ne faut pas croire que le traitement médical soit le seul traitement à appliquer aux tuberculoses rénales bilatérales. Dans certaines de ces tuberculoses il sera indiqué parfois de pratiquer des néphrectomies tout comme dans la tuberculose unilatérale ; dans d'autres cas nous aurons à faire des néphrotomies ; et enfin parfois la cystostomie pourra rendre de très grands services pour soulager les phénomènes douloureux que présentent les malades.

L'urétérostomie n'a pas dans ces cas de tuberculose bilatérale des indications aussi nettes que dans les cas où après une néphrectomie pour tuberculose unilatérale on se décide à exclure la vessie restée terriblement douloureuse et intolérante. Il faudrait alors pratiquer une urétérostomie double, et d'autre part les uretères atteints de tuberculose ne peuvent pas toujours être amenés à la peau.

Nous allons maintenant étudier les indications de ces différents modes de traitement dans les différents cas de tuberculose rénale bilatérale en présence desquels nous pouvons nous trouver ?

Il y a tout d'abord des tuberculoses rénales bilatérales dans lesquelles *les deux reins sont atteints de façon à peu près égale* ; ce sont deux reins légèrement touchés ou deux reins extrêmement atteints. Dans les deux cas une seule thérapeutique est à conseiller, c'est le traitement médical. Il n'y a pas de raison d'enlever un rein plutôt que l'autre, étant donné que les deux reins sont également atteints. et parfois nous pouvons constater quelques années plus tard, en faisant de nouvelles explorations, que c'est le rein qui était le plus touché à un moment donné qui s'est le mieux conservé, qui parfois même a pu guérir par exclusion, alors que le rein qui à ce moment paraissait atteint des lésions les plus légères s'est détruit de façon à peu près complète. A ce moment donc où l'on constate des lésions bilatérales équivalentes il faut se garder d'enlever un rein, même s'il paraît un peu plus malade que l'autre, parce que c'est ce rein qui ultérieurement pourra assurer la vie du malade. Je pourrais vous citer de ce cas plusieurs exemples, nous en avions un récemment dans nos salles, le rein le plus atteint il y a deux ans étant aujourd'hui exclu en partie, et encore très suffisant, permettant de supprimer l'autre rein qui est à peu près complètement détruit.

Parfois dans ces cas de tuberculose bilatérale ayant provoqué des lésions égales des deux côtés, l'un des reins se met en rétention ; il détermine des douleurs, de la fièvre, d'autant plus qu'il a pu s'infecter de façon banale. Il faut alors soulager le malade, le sauver provisoirement. C'est à une néphrostomie que l'on aura recours. Elle débloquera le rein, fera souvent cesser les phénomènes d'infection et prolongera l'existence de cet organe voué à la destruction immédiate par la rétention purulente dont il était le siège.

La cystostomie pourra avoir ses indications lorsqu'un malade meurt par sa vessie. Les reins sont évidemment touchés, mais ils ne mettent pas en danger immédiat la vie du malade, ils peuvent encore assurer l'existence pendant plusieurs années, mais les troubles vésicaux ont atteint une intensité telle que le malade réduit à uriner toutes les dix minutes, cinq minutes, et même à perdre ses urines, se voit de par ses lésions vésicales dans un état des plus misérables, les douleurs que provoquent ces lésions aggravant singulièrement l'état général du sujet. Dans ces cas une cystostomie est à envisager, elle soulagera dans une certaine mesure les malades. Evidemment cette cystostomie ne vaut pas l'urétérostomie que nous pratiquons chez les malades qui n'ont plus qu'un rein et chez lesquels les lésions ont continué à évoluer malgré la néphrectomie, mais dans les cas où la lés on tuberculeuse des reins ne peut être supprimée en raison de la bilatéralité, il faut se résoudre, non pas à une urétérostomie double, mais plutôt à une cystostomie qui améliorera tout au moins la situation du sujet.

Lorsqu'au contraire nous avons affaire à des tuberculoses bilatérales, *les reins étant atteints de lésions très différentes comme intensité*, le problème se pose alors de façon tout à fait différente.

Tout d'abord nous pouvons avoir affaire à un rein peu touché, suffisant pour assurer l'existence du malade comme le démontre l'exploration qu'on a pu faire, ou bien donnant à l'urographie une image à peu près nette, l'autre rein au contraire étant démontré beaucoup plus atteint, ses éliminations étant tout à fait insuffisantes ou à peu près nulles et où les images urographiques indiquent des lésions considérables de ce rein. Dans ce cas la néphrectomie du rein le plus malade s'impose, car s'il existe bien réellement des lésions dans l'autre rein, celui-ci est suffisant cependant, et les lésions légères qu'ils présentent ne peuvent être que favorablement influencées par la suppression qu'un organe qui agit en somme très défavorablement sur l'organisme par les produits qu'il est susceptible d'envoyer dans le sang et qui d'autre part n'a en réalité qu'une utilité nulle ou très diminuée. Dans ce cas par conséquent, il n'y a pas d'hésitation, il faut enlever le rein le plus malade.

Plus évidente encore est la conduite à tenir lorsque l'un des reins étant nettement atteint de tuberculose et même de tuberculose assez avancée, est suffisant cependant et que l'autre rein met en danger immédiat la vie du malade par la rétention purulente qui se produit dans son intérieur. Il s'agit là d'un cas d'urgence. Evidemment le malade ne guérira pas et ses jours sont probablement comptés, mais enfin on le prolongera parfois de façon extrêmement notable par l'ablation du rein qui met en danger immédiat la vie du malade. Quelquefois on ne pratiquera pas une néphrectomie, mais on pratiquera simplement une néphrotomie si l'état du rein le moins malade laisse véritablement des doutes sur la possibilité d'assurer l'existence, étant donné ses lésions déjà très prononcées.

Il faut bien savoir que l'on a parfois des surprises extrêmement heureuses dans ces cas de tuberculose rénale bilatérale lorsqu'on supprime un rein très atteint : ce sont des malades qui se remontent vraiment de façon imprévue lorsqu'un des reins très malade a été supprimé, l'autre rein lui aussi atteint de tuberculose étant susceptible d'assurer la vie. Non seulement l'état général du malade se modifie, mais l'état également des lésions vésicales et les troubles vésicaux sont susceptibles de rétrocéder, même l'autre rein étant atteint.

Il faut également tenir compte de l'état moral du malade. J'ai vu l'un de mes malades qui se considérait comme perdu parce qu'il avait compris d'après les explorations faites que ses deux reins étaient atteints, avait cessé toute activité, renaître à la vie le jour où je lui affirmai qu'on pouvait enlever un de ses reins qui véritablement était beaucoup plus malade que l'autre. Il put reprendre son activité, cessa de porter l'appareil qu'il avait adopté pour parer à l'incontinence résultant de l'incapacité de sa vessie et vécut encore six ans d'une vie très différente de ce qu'elle était auparavant.

Je vous rappelle enfin que ces tuberculeux rénaux bilatéraux doivent être examinés de temps en temps à distance. On leur

fera de nouvelles divisions et parfois on aura la surprise de voir guérie la lésion tuberculeuse de l'un des reins, celui-ci ne fournissant plus ni pus ni bacilles. Dans une leçon précédente je vous ai dit que ces guérisons se faisaient par exclusion du foyer tuberculeux. Il n'en est pas moins certain que cette exclusion permet la suppression du rein dont les lésions ont persisté et que la néphrectomie fait disparaître les troubles vésicaux et améliore l'état général les malades pouvant ensuite rester guéris indéfiniment.

Nous pouvons conclure de ces considérations, tout d'abord qu'il ne faut pas abandonner à eux-mêmes les tuberculeux rénaux bilatéraux, nous pouvons vraiment faire beaucoup pour les soulager. Nous parviendrons souvent à les prolonger soit par le traitement médical soit par des opérations appropriées à leur situation. Et parfois nous aurons l'heureuse surprise de constater que l'un des reins est guéri, la lésion rénale s'étant exclue, et que nous pouvons agir alors sur l'autre comme nous le faisons pour une tuberculose unilatérale.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Les septicémies à pneumocoques chez les enfants

Les sepicémies à pneumocoques ne paraissent pas rares chez l'enfant ; la connaissance de leurs formes curables permet aujourd'hui de mieux apprécier leur fréquence comparable à celle des autres septicémies à pyogènes.

Les septicémies à pneumocoques, dit Mlle Huguet (Thèse de Paris, 1937), peuvent revêtir à tout âge des formes cliniques extrêmement variées ; quelques-unes sont plus spécialement des formes infantiles ; ce sont :

De la naissance à 18 mois : Les formes suraiguës et purpuriques ; les polyarthrites et les polysérites.

De 18 mois à 10 ans : La forme palustre primitive ; la forme palustre prépneumonique.

Ces dernières formes comportent le meilleur pronostic parmi toutes les septicémies pneumococciques.

Réaction thermique palustre, réaction pulmonaire pneumonique, pronostic favorable caractérisant par leurs combinaisons de nombreuses pneumococcémies de l'enfance.

L'étude des facteurs biologiques de la septicémie pneumococcique révèle le rôle accessoire du germe, le rôle prépondérant du terrain. Le plus récent des procédés d'investigation biologique (réaction cutanée aux antigènes et aux polysaccharides pneumococciques) semble aussi le plus fidèle.

Pratiquement, ces réactions représentent un élément pronostique de valeur.

Expérimentalement, ces réactions confirment la sensibilisation générale des animaux rendus allergiques, comme la pneumonie confirme leur sensibilisation pulmonaire.

Les épreuves cutanées constituent donc le test de l'allergie pneumococcique et celle-ci conditionne, au cours des septicémies, un mode de réaction capital, qui peut devenir un mode de guérison.

Diabète et hérédité

Dans son travail inaugural (Thèse de Paris, 1937) M. Kouindjy envisage l'hérédité similaire du diabète sucré, hérédité directe et familiale laissant de côté les diabètes latents à rechercher par l'hyperglycémie provoquée.

Les statistiques établies depuis 1927 retrouvent l'hérédité diabétique dans une proportion variant entre 25 % et 45 % ; elles sont en nette augmentation sur les précédentes.

Les familles des diabétiques de ville étant plus faciles à étudier, les statistiques portant sur la clientèle de la ville sont plus fidèles que celles portant sur la clientèle hospitalière.

Dans sa clientèle de la clinique de la Pitié le Professeur Rathery trouve l'hérédité dans 18,7 % des cas, alors qu'il la retrouve chez 128 malades sur 261 dans sa clientèle de ville, soit dans 49,1 des cas.

Il ne semble pas que le facteur héréditaire soit un élément de gravité dans le pronostic du diabète sucré. Les parts respectives, dans le diabète héréditaire, du diabète simple et du diabète consomptif sont à peu près équivalentes, cependant les proportions paraissent plutôt en faveur de sa plus grande fréquence dans le diabète simple.

Sur 111 cas, l'hérédité de la mère et du côté maternel est retrouvée 63 fois, celle du père et du côté paternel 48 fois.

Le diabète héréditaire est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense.

Il se manifeste à tous les âges ; il est fréquent dans l'enfance où il se manifeste surtout au moment de la puberté.

Parfois les enfants sont atteints avant même que leurs parents aient développé leur tendance morbide.

L'hérédité diabéique semble être une hérédité réelle et non la simple transmission héréditaire de fautes alimentaires. La suralimentation ne semble jouer qu'un rôle déclenchant.

La transmission héréditaire semble se conformer en général aux lois de Mendel.

La nature du trouble héréditaire est encore peu précisée. Peut-être s'agit-il d'une insuffisance langerhansienne, qualitative ou quantitative.

La connaissance du diabète héréditaire conduit à l'étude prophylactique de cette affection. S'il semble abusif de vouloir, comme l'ont préconisé les auteurs allemands, stériliser les diabétiques ou leur interdire le mariage et la procréation, la véritable prophylaxie, dit M. Kouindjy, consiste à appliquer aux enfants des diabétiques un traitement hygiéno-diététique précoce et rationnel. Si cette mesure peut parfois éviter ou retarder l'apparition du diabète héréditaire, il ne faut pas cependant en attendre des résultats constants.

La rœntgenthérapie dans les furoncles de la face

Soumis à l'action de faibles doses de rayons X les furoncles de la face évoluent de façon favorable.

En aucun cas la radiothérapie n'agit de façon dangereuse : elle ne provoque jamais d'aggravation ; elle n'est contre-indiquée ni par un diabète concomitant, ni par l'âge du sujet.

Les doses à employer sont minimes : 2 à 2 h. 1/2 cad. 400 à 500 R filtrés par 4 ou 5 millimètres d'aluminium, en une séance avec localisateur englobant et dépassant un peu la zone douloureuse. Une ou deux séances sont généralement suffisantes, parfois trois : elles seront pratiquées tous les trois jours environ. Il est donc inutile d'utiliser une ampoule radiogène fonctionnant à un très haut voltage. Cette thérapeutique est par conséquent à la portée de tous les radiologistes.

M. Darbois qui étudie cette question dans sa thèse (Paris, 1937) dit que l'action thérapeutique obtenue est avant tout locale et circonscrite à la région traitée : elle ne détermine aucune immunité d'ordre général : on observe un certain degré d'immunité locale, les récidives étant exceptionnelles au niveau de la zone traitée.

Après la première séance de radiothérapie, on observe le plus souvent une certaine exacerbation momentanée suivie rapidement d'une sédation très remarquable des phénomènes douloureux.

Dans un foyer pris au début, il y a résorption sans suppuration.

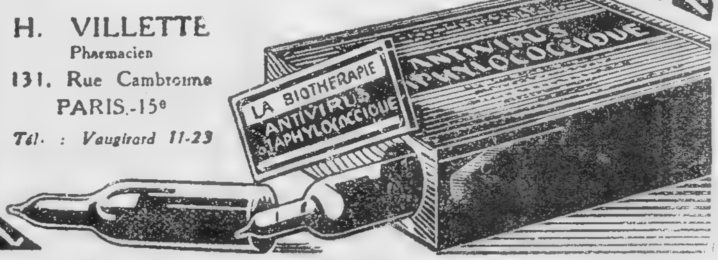
Quand le furoncle est traité à une période plus avancée, on obtient une limitation de l'inflammation et une évolution très écourtée : la collection se forme rapidement, suivie le plus souvent de l'ouverture spontanée.

Dans une troisième catégorie de cas où le malade n'est vu que tardivement avec de gros phénomènes inflammatoires n'ayant pas de tendance à la localisation, l'irradiation d'une partie localisée du territoire œdémateux provoque une sédation locale avec affaissement de l'œdème et foyer de suppuration. Les séances consécutives pratiquées en d'autres points sont susceptibles de déterminer le même processus : ainsi peut être obtenu le drainage de larges espaces œdématiés.

Le traitement radiothérapique local n'agit que localement : il n'a pas paru à M. Darbois avoir une action vaccinale ni préventive des affections staphylococciques à distance (pleurésie purulente).

Par sa simplicité, sa facilité d'application, son innocuité, la thérapeutique des furoncles de la face par la radiothérapie mérite de prendre rang parmi les moyens d'action médicale habituels et précoces.

Même appliquée tardivement sur des foyers mal collectés, elle est susceptible de transformer ces cas graves et de les faire évoluer favorablement ; elle suscite une localisation et un drainage de la suppuration sans disséminer l'infection.


LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS
STAPHYLOCOCCIQUE

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La respiration périodique de Cheyne-Stokes est physiologique chez beaucoup de prématurés et fréquente chez les nourrissons, à la régulation respiratoire encore instable ; elle survient parfois chez les enfants dans le sommeil et chez les adultes à l'altitude, à partir de 4.000 mètres.

Elle est pathologique dans les insuffisances cardiaques, cardio-rénales ou circulaioires, dans certaines affections cérébrales, dans quelques infections et intoxications. Elle n'est pas un signe terminal, mais peut disparaître avec la guérison de la maladie infectieuse ou la cessation des troubles de décompensation cardiaque.

Dans ce syndrome le type respiratoire n'est pas tout. Il s'accompagne de certains phénomènes mineurs moins connus, moins frappants, inconstants et irréguliers. Accompagnant l'apnée, on observe souvent une tranquillité, une somnolence, parfois une torpeur profonde ; la tension artérielle est plutôt basse et la pression intracrânienne élevée. Dans la phase d'hyperpnée le calme fait place à une agitation psycho-motrice progressive, accompagnée de logorrhée, de délire et de dilatation des pupilles ; le pouls s'accélère, la tension artérielle s'élève et la pression du liquide céphalo-rachidien augmente.

(P.-E. Perret. La respiration périodique de Cheyne-Stokes. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mai 1937.)

La lèpre se rencontre dans quelques régions roumaines. 20 malades ont été observés dans le département d'Arges et 1 à l'hôpital local. Il y a 13 femmes et 8 hommes.

Les formes cliniques ont été mixtes, caractérisées par des lésions tuberculo-ulcéreuses (face et membres), maculeuses (tronc, cuisses), des griffes, des déformations, des troubles de la sensibilité. On a noté un seul cas de forme strictement maculo-anesthésique et une forme pure nerveuse.

Il y a deux foyers actifs, mais parallèlement on trouve des cas isolés sans contamination de l'entourage.

(Nistor Dumitresco. Contribution à l'épidémiologie de la lèpre. *Bulletin de l'Académie de médecine de Roumanie*, n° 3, 1937.)

166 trépanations mastoïdiennes ont été exécutées à la clinique d'oto-rhino-laryngologie de Cluj du 15 novembre 1934 au 15 mars 1937.

Cette statistique comprend 111 cas aigus et 55 cas chroniques. 160 opérés sont sortis guéris, 3 ont succombé à des complications méningées ou encéphaliques et 3 ont quitté la clinique dans un état désespéré.

(G. Buzoianu. 166 trepanari mastoidiene pentru mastoidita acuta sau cronica. *Clujul médical*, 1er avril 1937.)

L'étude des traumatismes cranio-encéphaliques et de leurs séquelles a pris, ces dernières années, un développement considérable. La question de l'accoutumance est devenue d'une importance pratique considérable.

L'accoutumance se fait par des mécanismes bien différents :

1° La fonction perdue est remplacée par une fonction de même nature : suppléance d'un hemisphère par l'autre.

2° La fonction perdue est remplacée par une fonction complémentaire : perte de la mémoire remplacée par la vue.

3° Le trouble fonctionnel est atténué par des procédés spéciaux : habitude de tenir la tête immobile pour atténuer un vertige ou un étourdissement.

Il ne faut pas confondre les deux termes : accoutumance et guérison.

(C. Julliard. L'accoutumance aux séquelles des traumatismes encéphaliques. *Revue médicale de la Suisse romande*, 10 juin 1937.)

La sanocrysine a été employée dans 4 cas de chorée avec des résultats satisfaisants.

On a utilisé la voie veineuse (solution à 1 %) ; on a pratiqué 2 injections par semaine ; les doses ont varié de 5 à 20 milligrammes suivant les sujets.

Les troubles moteurs ont subi une atténuation immédiate et la guérison a été rapide.

(Italo Cornia. I sali d'oro nella terapia della corea. *Minerva medica*, 10 juin 1937.)

L'iode, administré à hautes doses et pendant une longue durée, ne donne pas de phénomènes d'hyperthyroïdisme chez les sujets présentant une thyroïde normale.

L'iode, administré dans le Basedow, diminue les phénomènes d'hyperthyroïdisme ; ce n'est que, lorsque les doses sont très élevées et employée sans contrôle, que l'iode peut exagérer les phénomènes.

L'iode, administré à de très fortes doses dans le goitre, ne produit pas de phénomènes d'hyperthyroïdisme.

La statistique comprend 1.123 goitreux (dont 39 hypo et 29 hyperthyroïdiens), qui, en 5 mois, ont absorbé de 16 à 668 milligrammes d'iode, sous forme de solution de Lugol.

(D. Danielopolu, I. Rece, D. Nicolae, I. Emanuel et B. Nestoresco. Tolérance des thyroïdiens à l'iode. *Bulletin de l'Académie de médecine de Roumanie*, n° 3, 1937.)

Varia

L'avenir d'un malade, atteint d'une affection du tube digestif, dépend du premier médecin qu'il consulte (A. Catalina Prieto, de Madrid.)

Tous les anesthésiques sont bons, à condition de savoir les utiliser (Jean Feuz, de Lausanne.)

On a dit beaucoup de mal de l'arthritisme, on lui a surtout donné d'autres noms. On l'a expliqué par les théories les plus diverses, mais on n'a jamais pu s'en passer (Guilleaume, de Spa).

J. LAFONT

Echos et Glanures

La Publicité : ses pompes et ses œuvres — *Tel est le titre d'un article que M. Pierre Mauriac vient de publier dans le* JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (n° 34-35, 21-28 août 1937), *et que nous reproduisons in-extenso. « Cet article, dit M. Pierre Mauriac, le troisième d'une série (Examen de conscience d'un professeur), a été refusé par le Comité de rédaction du journal parisien qui publia les deux premiers : Mes aveux ont paru « trop sincères ».*

> Le Monde n'a jamais manqué de charlatans :
> Cette science de tout temps
> Fut en professeurs très fertile.
>
> (LA FONTAINE, IV, 19.)

Si j'avais à commenter ce texte au baccalauréat, je me trouverais assez embarrassé ; deux interprétations s'offrent également logiques. La première est de constatation banale : les histrions passés maîtres à tromper les sots ou les anxieux sont légion ; la quatrième page des journaux est leur tribune ; radiesthésistes, ostéopathes, réflexothérapeutes, dispensateurs de régimes et de tisanes, fakirs ou somnambules, tous s'y donnent rendez-vous, arborant le titre de professeur.

Mais sans trop les solliciter on peut trouver aux vers du fabuliste un autre sens : les professeurs dont il parle n'auraient-ils pas été recrutés dans nos Facultés ? J'en demande pardon aux protestataires indignés ; mais j'ai dit que je faisais mon examen de conscience, et, si grosse que soit la faute, si mortel le péché, mon devoir est de le considérer. Il y a bien des prêtres apostats ou démoniaques ; pourquoi n'y aurait-il pas des professeurs vendant pour quelques deniers l'autorité et la tradition dont ils sont les dépositaires ?

Ils ne sont pas nombreux ; mais, reconnaissons-le, ils ne se cachent pas. Ce ne sont pas de pauvres savants besogneux, pressés par le besoin ou nantis d'un enseignement accessoire ; ils ne mènent pas une existence honteuse ; ils n'ont renoncé ni au monde, ni aux Académies ; ils brillent au premier rang et étalent sans vergogne un front qui ne sait pas rougir. Ayant fait commerce de leur titre, leur science est devenue la bonne à tout faire des marchands. Sur l'estrade où la Publicité bat la caisse, ils font le boniment et offrent à la foule la drogue anticancéreuse, antianémique, antimigraineuse.

« Le poisson pourrit par la tête. » Quelques exécutions « capitales » s'imposent.

***

Baissons le ton. Il est commode de s'indigner contre certaines félonies qui ne nous ont jamais tenté. Mais, pour ne pas avoir consommé l'œuvre d'argent, n'avons-nous jamais flirté avec la publicité ? Sans doute dans sa nudité elle nous choque, et nous n'avons pas grand mérite à résister au racolage. Mais elle sait prendre le masque, varier sa manière et se faire dame du monde. Je la rencontre souvent et, pourquoi ne pas l'avouer ? elle n'est pas toujours désagréable. Pourtant, je ne suis pas dupe de ses avances et n'y réponds qu'avec condescendance. Oh ! certes, je ne jette pas à la poubelle les feuilles d'ordonnance, papier à lettres, coupe-papier, boîte à cigares, portefeuille, que dépose chez moi le facteur ; ce serait vraiment trop bête. Les renvoyer ? j'ai mieux à faire de mon temps et de mon argent. Alors ? Alors, le coupe-papier est sur ma table, la boîte à cigares dans mon salon, et le portefeuille dans ma poche. Et, puisque je me suis promis d'être sincère, certains de ces menus cadeaux me donnent de la joie. La tentatrice est si futée et si intelligente ! Comme si elle devinait mes secrets désirs, je reçois de semaine en semaine des livraisons gentiment illustrées qui, au bout de l'année, font de luxueuses éditions ; ou bien ce sont des gravures, des dessins. On a beau dire, pour être un peu effrontée, la dame n'en a pas moins bon goût. Et avec cela d'une psychologie subtile qui glisse un billet de chemin de fer pour Paris ou une invitation à une chasse en battue au médecin amoureux de voyages ou de campagne. A tout coup, elle met dans le mille et je ne crois pas qu'elle essuie de nombreux affronts.

Sont-ce là privautés bien coupables ? La vie est faite d'accommodements ; il est des présents qui n'engagent guère : j'accepte un apéritif au hasard d'une rencontre, même sans bien connaître celui qui en fait les frais ; je me récuserais s'il s'agissait d'un dîner ; parce qu'elle reçoit un bouquet de fleurs, une jolie femme n'est pas forcément compromise.

Je suis quand même un peu gêné. Ce n'est pas pour mes beaux yeux que la publicité se fait si généreuse ; son ardeur à disputer mes faveurs n'est pas désintéressée, ses largesses attendent leur récompense, et c'est bien ce marché qui me déplaît. Je préfère regarder les présents que je trouve sur ma table comme l'offrande sur l'autel, pour apaiser le dieu irrité par l'avalanche indiscrète et encombrante des spécialités pharmaceutiques.

Bref, à ce point de l'examen, ma conscience n'est pas torturée.

***

Le danger se fait plus pressant et le glissement plus redoutable quand, à travers les propos, les œillades, les offres de service, dame Publicité secoue négligemment sa bourse et fait tinter à nos oreilles un bruit de monnaie.

Je reçus un jour d'un bandagiste un chèque reconnaissant pour avoir prescrit je ne sais quelle ceinture abdominale ; j'en éprouvai plus de tristesse que d'indignation à la pensée que ce marchand n'eût pas usé de tels appâts s'ils ne s'étaient montrés efficaces.

Le plus souvent, la Publicité est perspicace ; avec ceux qu'elle sait méfiants, elle use de détours : quand j'accepte d'assister à un congrès thermal sans débourser un maravédis pour le chemin de fer, l'hôtel et le théâtre, n'est-ce pas vivre aux crochets de la Publicité ? La face, il est vrai, est sauvegardée, car c'est au service de la science que le sacrifice est consenti, si tant est que dans les congrès la science trouve toujours son compte. Au surplus, si je devais payer de mes deniers tous les frais que m'imposent ceux qui désirent ma présence, ma bourse n'y suffirait pas. Tout compte fait, j'en suis toujours de ma poche. Passons.

On m'assure que beaucoup de nos Maîtres apportent le poids de leur autorité à la surveillance plus ou moins effective de certaines spécialités et reçoivent de gros appointements. Ignorant les conditions des contrats, je me garderai d'en médire. Je considère pourtant que, pour un professeur, le détachement des affaires médicales ou paramédicales est un gage d'indépendance qui vaut tous les ponts d'or. La médecine, *profession libérale*, doit être enseignée par des *professeurs libres* et amoureux de cette liberté, au point de tout repousser qui la menace : esprit libre, mains libres, parole libre envers le simple étudiant comme envers le confrère, le collègue et le ministre.

***

Méfiance n'est pas hostilité. Si la Publicité est une relation dangereuse, il ne tient qu'à nous d'être assez grands garçons pour nous garder ; et dans ses débordements, si nous savons les contenir, nous verrons surtout de la générosité. Je songe à nos journaux médicaux qui ne vivent que de la Publicité. Je songe à tous les savants qui trouvent dans notre industrie pharmaceutique non seulement leur gagne-pain, mais l'outil scientifique que cherchait leur génie ; je songe aux découvertes qui n'eussent pas vu le jour sans les laboratoires fastueux qui ont abrité leur naissance ; je songe même à l'appui apporté aux laboratoires officiels par la grande industrie qui les aide à vivre ou à ne pas mourir ; dame de charité, elle secourt notre misère, et si le professeur ne reçoit rien personnellement, s'il n'est pas lié dans sa recherche, s'il garde la liberté de publier tous les résultats favorables ou défavorables, je ne trouve rien à dire..., ou plutôt je salue bien bas ce mode de Publicité.

***

Ai-je droit à l'absolution ? Pas encore. Tel qui repousse avec mépris les tentations publicitaires quand elles viennent du dehors s'entend comme pas un à faire lui-même *sa* publicité pour la déchaîner sur le monde. Celle qu'il toise de haut devant le monde devient dans le secret une associée qui sait prendre tous les masques utiles.

Professeur, n'ai-je rien dit, rien publié, qui sacrifie à ma Publicité ?

Ici, il faut distinguer la Publicité par la presse d'information et la Publicité par la presse scientifique.

Si la grande presse a quelquefois parlé de moi, je n'y suis

pour rien ; ce fut pour des questions officielles ou extramédicales ; ma conscience est tranquille. Tous mes collègues peuvent sans doute en dire autant. Il reste que, pour certains, la fréquence, la précision des notes les concernant prouve l'intérêt que les agences leur portent ; s'ils ne fournissent pas eux-mêmes tous les détails de leurs discours, de leurs déplacements, de leur distinctions, ils ont au moins de bons amis, et en bonne place. Admettons qu'ils subissent la Publicité ; mais tout se passe comme s'ils ne faisaient rien pour la faire taire.

Il y a aussi la foule des journaux médicaux qui quêtent notre collaboration. Avons-nous le droit d'écrire dans n'importe quelle feuille qui se pique de science ou seulement de vulgarisation ? Quelques collègues à la conscience élastique, du moment qu'ils n'écrivent rien qui soit un éloge personnel, acceptent l'hospitalité trébuchante des pires feuilles publicitaires ; ils supportent de voir leur prose encadrée par celle de deux charlatans notoires, cette promiscuité ne les gêne pas, et quand les syndicats s'étonnent de ce faux pas, ils le prennent de haut. Tant pis pour eux.

Alors, n'écrire que dans les journaux libérés de toute Publicité ? Non, ils n'existent pas ; mais écrire dans les journaux faisant la part nette entre la Publicité qui les fait vivre et les articles scientifiques qui sont leur raison d'être. J'ai entendu des confrères pointilleux condamner la collaboration aux feuilles éditées spécialement par une entreprise industrielles Pourquoi seraient-elles une tribune moins avouable que les autres, si les articles qu'on y écrit ne sont pas des placards-réclame pour les produits de la firme ?

Le plus grand danger pour le professeur est dans les prétextes habiles que trouvent les journalistes pour étouffer les scrupules : « Je vous assure, Maître, il importe, pour le prestige de la Science française, que l'on sache votre âge, la couleur de vos yeux et de vos cheveux, votre étonnante maîtrise opératoire, votre génie inventif. Vous devez à votre Université, à votre Faculté, de ne pas toujours rester dans l'ombre. » Et le journaliste se fait tenace et pressant ; et le photographe est là, derrière la porte, prêt à entrer au premier signe. De guerre lasse, tout en maugréant, tout en refusant, on a lâché quand même quelques petites choses, et les compères s'enfuient avec leur trésor. La Publicité triomphe. Et quand le professeur ouvre le journal où trône son portrait parlant, il n'y trouve rien que de naturel : il est au service de la Science française !

***

Comme il est difficile de se bien conduire ! Ne va-t-on pas jusqu'à dénoncer la collaboration à des revues ou journaux qui n'ont rien de médical ; on m'a reproché dernièrement une conférence littéraire que j'avais faite devant un auditoire mondain.

Que signifie cette pudeur soudaine ? Mon titre doctoral et professoral serait-il un carcan ? Si j'ai quelque chose à dire au grand public, pourquoi celui-ci n'en connaîtrait-il pas ? — Mais on vous paie votre prose et votre discours. — Et puis après ? N'ai-je pas le droit de vivre de ma plume ou de ma parole, si elles ne sont ni serves, ni malhonnêtes ?

A la faveur de la juste campagne contre la Publicité, une conjuration est montée contre la hiérarchie. Les impuissants, les ratés, les envieux, se dressent en censeurs incorruptibles. Souvent leur indignation feinte n'est qu'un moyen de couvrir leurs propres vilenies, ils cherchent une excuse dans les fautes des Maîtres. Et quand ils ne les trouvent pas, ils jettent la suspicion sur les gestes et les écrits les plus anodins. N'a-t-on pas dénoncé l'affiche que les administrations hospitalières et universitaires font placarder à la porte des professeurs et médecins des hôpitaux ? Bientôt, comme des ci-devant nobles, ils devront sacrifier leurs titres, et jeter au panier leur robe et leur bonnet carré.

En sommes-nous à ce point que l'égalité se montre si tyrannique ? Et n'aurait-on plus le droit de tirer fierté de la place éminente conquise à force de temps et de travail ? Eh ! oui, elle nous vaut un certain renom, elle attire à nous les regard de la cour et de la ville ; ce n'est que justice. En face de l'égalisation stupide, si contraire au génie français et qu'on veut imposer, il est du devoir des Maîtres d'affirmer leurs privilèges, de ne pas se laisser intimider. Ce serait lâcheté de renoncer.

Seulement cette prêtrise exige une élévation ; si nous la cherchons sur les tréteaux, notre robe devient une mascarade dérisoire. Aux yeux de l'indifférent en matière de religion, il y a un problème du prêtre ; aux yeux du médecin praticien, il y a un problème du professeur. « L'incrédule, écrit P. Valéry, ne consent pas facilement que la foi sincère puisse coexsiter avec une conduite non irréprochable, pas plus qu'il ne conçoit qu'elle se puisse accorder avec la rigueur et la lucidité de l'esprit... Le péché du croyant tente en quelque sorte l'incroyant. »

Malheur au professeur qui ne peut soutenir sans gêne le regard implacable du praticien de ville ou de campagne.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Traumatismes de l'oreille, par Ramadier et Cauvré. Masson, édit.

Ce beau volume, fort bien présenté et illustré, vient à son heure. Nous avions trop longtemps vécu sur les classiques données expérimentales des fractures du rocher. Leur étude clinique était tout entière à récrire au triple point de vue chirurgical, otologique et médico-légal. Les traumatismes crâniens sont devenus extrêmement fréquents ; leur traitement immédiat, leurs suites éloignées, leur diagnostic rétrospectif, les expertises qu'ils nécessitent posent autant de problèmes souvent très difficiles à résoudre. Etudiants, chirurgiens, auristes et experts sauront gré à Ramadier et Cauvré pour leur travail à la fois si complet et si clair. Il n'est que juste de rendre hommage à leur collaborateur radiographe, le Docteur Chaussé, aussi modeste que merveilleusement ingénieux.

H. Bourgeois.

L'infection ourlienne expérimentale, par V. de Lavergne, P. Kissel, H. Accoyer et H. Chahidé. 1 vol. in-8°, 122 p. Imprimerie Georges Thomas, Nancy, 1937.

Cette étude expérimentale porte sur les effets de l'inoculation de liquide céphalo-rachidien d'homme atteint de méningite ourlienne, faite au lapin, par voie sous-arachnoïdienne. Elle énumère les preuves de ce que, par cette méthode, on peut réaliser une méningo-myélo-encéphalite ourlienne expérimentale.

Remarquable travail, qui honore l'Ecole de Nancy.

Méthodes actuelles de puériculture. *Hygiène et Alimentation des Nourrissons, Soins généraux en cours de maladies, Eléments de Prophylaxie.* 2e éd. Revue et augmentée. Prix : 30 francs. Vigot, éditeur, 23, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Cet ouvrage qui ne comprend pas moins de 290 pages est très complet et illustré de nombreux croquis. Il est écrit dans une langue très claire L'auteur a évité dans la plus grande mesure possible, l'emploi des termes scientifiques incompréhensibles pour les personnes n'ayant pas fait d'études médicales.

Anatomie et physiologie bucco-dentaires (*Anatomie dentaire comparée*), par E. Bourdelle, Ch. Bennejeant et le Docteur Wicart, 1937. 1 volume in-18, 614 pages, 266 figures (Bibliothèque du chirurgien-dentiste), Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe), 45 francs.

Destiné spécialement à l'usage des étudiants, ceux-ci trouveront dans ce livre un langage clair et qui leur est familier, le résumé des grandes données odontologiques actuelles.

Analyse physique des Calculs urinaires et biliaires, par le Docteur E. Pillet. Un volume de 96 pages, 25 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur a eu l'idée d'appliquer à l'étude de ces calculs les procédés cristallographiques, ce qui n'avait pas encore été réalisé chez l'homme.

Névropathies et néphrites. *Leçons cliniques* (1934-1936), 2e série, par le Docteur F. Rathery, 1937, 1 volume grand in-8, 356 pages, 30 figures. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe). Prix : 60 francs.

Il y a trois ans, le Professeur Rathery réunissait dans un premier ouvrage une série de « Leçons cliniques » consacrées aux néphropathies et aux néphrites. Le Professeur Rathery vient de réunir dans un second volume les leçons sur les sujets faites à la Pitié.

L'exposition claire, toujours simple, est la caractéristique de l'enseignement du Professeur Rathery.

L'expertise en stomatologie, par M. Dechaume et L. Derobert. Préface du Professeur Balthazard. Un volume de 152 pages avec 70 figures, 30 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

« L'Expertise en stomatologie » est le premier ouvrage spécialité traitant des expertises médicales que peuvent effectuer le stomatologiste et le dentiste.

Les auteurs ont divisé leur travail selon les diverses modalités juridiques qui se présentent dans la pratique : Expertises en jurisprudence (au civil et au criminel) ; en accidents du travail, en maladies professionnelles, en pensions militaires et en assurances sociales.

Chacun de ces chapitres comprend la procédure, la marche à suivre pour la convocation des parties, pour la rédaction des rapports, l'estimation de l'incapacité.

L'expertise en jurisprudence est très développée et contient des notions nouvelles sur l'expertise sur le cadavre, des rappels d'embryologie et d'anatomie accompagnés d'une iconographie médico-légale complète.

Il ne s'agit pas d'un traité d'expertises. Les lois y sont rapidement exposées, de façon à donner à ce volume un caractère éminemment pratique à seule fin que le lecteur ne soit pas obligé de se reporter aux traités généraux.

Divers

L'Automobile, par Vilaseca, Glandard et Hessé. Un vol., 20 francs. Librairie Larousse, 13 à 21, rue Montparnasse, Paris (VIe).

Un livre plein de renseignements et de conseils utiles, qui permettra d'éviter bien des erreurs, des ennuis et des dépenses.

Les poissons et le monde vivant des eaux. (*Etude ichthyologique et philosophiques*). Tome X : *La philosophie biologique et l'économie générale du monde vivant*, par le Dr Louis Roule. 232 pages, avec un complément de tables générales de récapitulation. Un volume in-8° raisin br. 25 francs. Librairie Delegrave, 15 rue Soufflot, Paris.

Ce volume, le dixième, termine l'œuvre considérable que l'auteur a réalisée en voulant dépeindre la vie du monde des eaux, les poissons étant pris comme motif central. Il lui donne une conclusion. Il reprend etrassemble les notions éparses dans les neufs volumes qui l'ont précédé. Il en extrait une philosophie, une vue d'ensemble, qui dépassant la vie dans les eaux pour s'étendre à la vie totale, s'attache à coordonner et à expliquer, dans la mesure où les explications sont possibles sur de tels sujets. L'auteur s'efforce, en naturaliste, de parvenir à la compréhension du sens de la vie, qu'il étend jusqu'à l'homme au sein du monde vivant.

René Puaux. — **Nouveau guide de la Grèce.** Malfère éditeur, 12, rue Hautefeuille (VIe), 24 francs.

Ce dernier livre du philhellène convaincu qu'était René Puaux n'est pas consacré aux épigraphistes ni aux archéologues, mais tout simplement aux Argonautes du rêve. L'auteur ne veut pas abreuver son lecteur de mensurations, de précisions techniques, mais offrir à leur imagination une goutte d'hydromel. C'est le guide du Touriste-poète, qui ne voit point dans le passé que des inscriptions, des vieilles pierres, mais ce qui est éternel : les passions, les joies et les rêves des hommes.

Les invasions barbares et le peuplement de l'Europe. Introduction à l'intelligence des derniers traités de paix, par Ferdinand Lot. Slaves de l'Est. — Finno-ougriens. — Turcs et Mongols. — Etats issus de la décomposition des empires du centre et de l'Est. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 29 cartes dont 7 établies par J.-J. Gruber. 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce deuxième volume des *Invasions barbares* achève l'importante synthèse du Professeur Lot sur l'histoire du peuplement de l'Europe. C'est un ouvrage d'un prodigieux intérêt qui « prolonge jusqu'à nos jours la leçon des invasions dont il étudie et démontre parfaitement le mécanisme. »

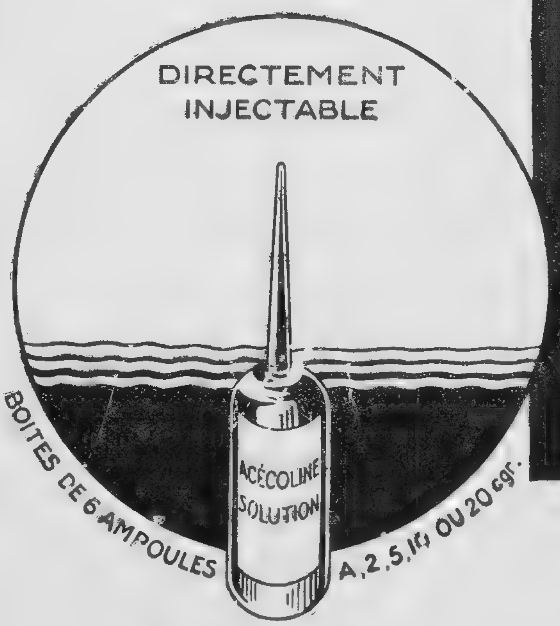
Le Gérant : Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 39 — 25 SEPTEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE


DIRECTEMENT INJECTABLE
ACÉCOLINE SOLUTION
BOITES DE 6 AMPOULES
A, 2, 5, 10 OU 20 cgr.

NOUVELLES

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (Professeur : M. F. Terrien). — *Cours de chirurgie oculaire* (octobre 1937). — M. le Professeur F. Terrien, assisté de MM. Lacassagne, Velter, Renard, P. Veil et Dollfus, J. Blum, Hudelo, Mme Braun-Vallon et M. Joseph fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

Le cours commencera le vendredi 15 octbore 1937, à 10 heures, à l'Amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu) et continuera les jours suivants. Il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc...

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures et à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

École de puériculture (Directeur : Docteur B. Weill-Hallé). — *Enseignement pour infirmières.* — L'enseignement des infirmières dure trois années, et permet d'obtenir, outre le diplôme universitaire de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile, le diplôme d'infirmière hospitalière, et le diplôme d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'Etat français (enfance et tuberculose).

Conditions d'admission : être pourvue du brevet élémentaire, du brevet d'enseignement primaire supérieur (section générale) du baccalauréat ou du diplôme de fin d'études secondaires ; âgée de 20 ans au moins et de 40 ans au plus. Exceptionnellement des dispenses d'âge peuvent être accordées, mais les études ne peuvent être commencées avant 18 ans révolus.

Sont acceptées aussi les candidates munies du diplôme d'Etat d'hospitalières sept mois à accomplir pour le diplôme de l'enfance, quatre mois de plus pour celui de la tuberculose), les sages-femmes munies d'un diplôme universitaire antérieur au diplôme de sage-femme (onze mois pour le diplôme de l'enfance, huit mois de plus pour celui de la tuberculose).

L'enseignement commence en novembre, sous la direction de MM. les Professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le Docteur Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les Professeurs Lévy-Solal, Mulon, MM. les Docteurs Joannon, agrégés, Benda, Chevalley, médecins des hôpitaux, Poirot, pharmacien des hôpitaux, Vitry, Hallez, Bing, Mme Bach-Anchel, Mme Popp, Mlle Blanchy, MM. Ducas, Kapfan, Poilleux, Facquet, anciens chefs de clinique, Detrois, chef de laboratoire à la Faculté, Trèves, Parienté, Mme Bellon-Crémieux, Delthil, anciens internes des hôpitaux, Cavaillon et Leclainche, chefs de services au ministère de la Santé publique, Mlle Greiner, surveillante générale de l'Ecole de puériculture.

Cadre des monitrices : Mlles Durrand, Nazon, Arnaud, M. J. Durand, Lenormand, Durand-Caron, Aribat, Madou, Mercier, Schrœder, Rousseau.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (XIVe).

Cours pratique et complet de dermatologie sous la direction de M. le Professeur Gougerot). — Le cours aura lieu du lundi 4 octobre au samedi 30 octobre 1937, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (71 leçons). — M. Gougerot : Examen des malades et classification dermatologie. — M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau. — Mlle Eliascheff : Histologie pathologique de la peau. — M Degos : Dermatoses artificielles de cause externe et de cause interne. — M. Milian : Gale. — M. Joyeux : Phtiriase et affections parasitaires. — M. Sabouraud : Cocci de la peau. Impétigo. Etchyma. Pyodermites. Furoncle. Anthrax. Botryomycose. — M. Gougerot : Tuberculose cutanée. Tuberculides. Erythème induré de Bazin. Sarcoïdes. — M. Touraine : Lupus tuberculeux. — M. Fernet : Lupus érythémateux. Lupus pernio. Engelures. — M. Gougerot : Mycoses. Sporotrichoses. Epidermomycoses. — M. Sabouraud : Teignes. Favus. Trichophyties. Erythrasma. Microsporie. — M. L. Perin : Morve. Charbon. Fièvre aphteuse. — M. Touraine : Les érythèmes. — M. Sézary : Mélanodermies. Dyschromies. Vitiligo. — M. Pasteur-Vallery-Radot : Urticaire. Urticaire pigmentaire. — M. Chevallier : Eczéma. Purpura. — M. Gougerot : Lèpre. — M. Touraine : Les polydysplasies congénitales et les neuro-ectodermoses. — M. Lortat-Jacob : Lichen plan. — M. Flandin : Prurit. Prurigos. — M. Gougerot : Dermatoses atypiques et invisibles. Infections froides dues aux pyocoques. — M. Guy Laroche : Xanthelasma. Xanthome. Pellagre. — M. Gastinel : Herpès. Zona. — M. Carteaud : Psoriasis. Pityriasis rosé. Pityriasis rubra pilaire. — M. Civatte : Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis. — M. Gougerot : Complications des plaies. Accidents du travail. — M. Weissenbach : Calcinose de la peau. Acrodermatites. — M. Sabouraud : Séborrhée. Alopécies. Pelade. — M. Sabouraud : Pityriasis simplex et stéatoïde. Eczématides. — M. Gougerot : Radiolucites et xeroderma pigmentosum. — M. Carteaud : Maladie de Dühring-Brocq. Pemphigus. — M. Chevallier : Ichtyoses. Kératoses palmo-plantaires. Kératose pilaire. — M. Carteaud : Erythrodermies. Ulcères de jambes. Mal perforant. — M. Coste : Sclérodermie. Maladie de Raynaud. — M. Milian : Tumeurs de la peau. Nævi. Chéloïdes. — M. Touraine : Mycosis fongoïde. Leucémides. — M. Ferrand : Histologie des tumeurs de la peau. — M. Gougerot : Dermo-épidermites streptostaphylococciques. — M. Fernet : Atrophies cutanées.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 2 au 27 novembre 1937 et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologie qui aura lieu du 29 novembre au 21 décembre 1937. Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté

(guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 7 heures (sauf le samedi).

Cours pratique et complet de syphiligraphie et de vénéréologie (du 2 au 27 novembre 1937 sous la direction de M. le Professeur Gougerot). — Le cours aura lieu du mardi, 2 novembre au samedi 27 novembre 1937, tous les jours excepté les dimanches et fêtes, à 1 h. 30 et 3 heures, à l'hôpital, Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Ces cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; Recherche du tréponème ; Examens bactériologiques ; Réactions de Wassermann : ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Programme des cours (57 leçons). — M. Gougerot : Syphilis. Notions nouvelles sur l'évolution. — M. Levaditi : Le tréponème. — Mlle Eliascheff : Recherche du tréponème. Réaction de Wassermann, floculation. Sérologie de la syphilis. — M. Sézary : Ponction lombaire. Etude du liquide céphalo-rachidien. — M. Levaditi : Syphilis expérimentale. — M. Milian : Chancre syphilitique. Chancre mou. — M. Chevallier : Syphilis secondaire. — MM. Nicolas et Favre : Ulcère vénérien adénogène. Maladie de Nicolas Favre. — M. Carteaud : Syphilis maligne précoce. — M. Chevallier : Méningites syphilitiques. — Mlle Eliascheff : Anatomie pathologique et histologie de la syphilis. — M. Degos : Syphilis tertiaire cutanée et muqueuse. Phagédénisme. — M. Milian : Leucoplasie. — M. Blum : Syphilis du rein, du testicule, de l'ovaire. — M. Pinard : Pathologie générale de la syphilis. Immunité. Réinfection, super-infection. — M. Gougerot : Syphilis post-traumatique. Syphilis réveillée par l'infection. — M. Carteaud : Ulcérations génitales ; ulcère aigu et chronique de la vulve. Balanite, végétations. — M. Dechaume : Syphilis acquise et héréditaire des maxillaires et des dents. — M. Touraine : Syphilis du tube digestif, du foie, de la rate. — M. Duvoir : Expertise médico-légale en matière de syphilis. — M. Blum : Syphilis et diabète. — M. Babonneix : Syphilis médullaire. Atrophies musculaires syphilitiques. — M. Fernet : Syphilis et tuberculose viscérale. — M. Et. Bernard : Syphilis du poumon et du médiastin. — M. Weissenbach : Syphilis ostéo-articulaire. — M. Lian : Syphilis du cœur et des vaisseaux. — M. Barthélemy : Syphilis des glandes endocrines. — M. Garcin : Syphilis cérébrale. Tabès. — M. Coste : Paralysie générale. — M. Coutela : Syphilis oculaire. — M. Hautant : Syphilis de l'oreille. — M. Halphen : Syphilis du nez et du larynx. — M. Lévy-Valensi : Troubles mentaux des syphilitiques. — M. Tixier : Syphilis et grossesse. Hérédo-syphilis précoce. — M. Darré : Hérédo-syphilis tardive. M. Babonneix : Hérédo-syphilis nerveuse. — M. Gougerot : Déontologie. Mariage des syphilitiques. — M. Gougerot : Syphilis et cancer. — M. Heitz-Boyer : Blennorragie aiguë chez l'homme. — M. Chevassu : Critérium de la guérison de la blennorragie. — M. Gouverneur : Complications de la blennorragie. — M. Tissot : Rétrécissements de l'urètre. Blennorragie chez la femme.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire. Ce cours est précédé d'un cours de dermatologie qui a lieu du 4 au 30 octobre 1937 et est suivi d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui a lieu du 29 novembre au 21 décembre 1937. Le droit à verser est de 500 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Carteaud (hôpital Saint-Louis, pavillon de la Faculté). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi).

Faculté de Bordeaux. — M. Fabre, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de physiologie (budget de l'Etat), (dernier titulaire de la chaire : M. Delauney).

M. Vitte, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de pharmacie (dernier titulaire de la chaire : M. Dupouy).

M. Machebœuf, agrégé à la Faculté de médecine d'Alger, chargé d'enseignement à Lille, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie biologique (budget de l'Université) (dernier titulaire de la chaire : M. Delauney).

Faculté de Lille. — La chaire de chimie organique (dernier titulaire : M. Polonowski), est transformée, à compter du 1er novembre 1937, en chaire de chimie organique et pharmaceutique.

M. Lespagnol, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de chimie organique et pharmaceutique.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Giraud, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique médicale infantile (dernier titulaire de la chaire : M. Cassoute).

M. Bourde, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de clinique chirurgicale (dernier titulaire de la chaire : M. Imbert).

M. Mosinger, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1937, professeur de médecine légale.

Le congrès de l'insuffisance hépatique à Vichy. — La séance inaugurale du Congrès international de l'insuffisance hépatique a eu lieu le 17, à Vichy, sous la présidence de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Après le discours du Professeur Loeper, de l'Académie de médecine, président du Congrès, et du Docteur Binet, président de la Société des sciences médicales de Vichy et les brèves allocutions de nombreux présidents de comités étrangers, M. Marc Rucart, qui avait le matin inauguré le nouvel établissement de bains de troisième classe complétant l'aménagement moderne de la grande station, prit la parole.

Après avoir déclaré que, par des manifestations comme le présent congrès qui contribuent à l'entente internationale, la France reste fidèle à sa volonté de coopération scientifique et intellectuelle, il souligna l'importance de la question traitée.

Les travaux du Congrès de l'insuffisance hépatique auxquels ont été suivis par deux mille médecins, représentant quarante-sept nations.

Le Congrès a entendu, les rapports présentés sur différents sujets à l'ordre du jour. Le Professeur Glaessner (de Vienne) exposa les méthodes de diagnostic des insuffisances latentes ; le Professeur Binet, de la fonction soufrée du foie ; le Professeur Urbach (de Vienne), des relations entre le foie et la peau ; le Professeur Parhon (de Bucarest), traita des fonctions endocriniennes du foie, et le Professeur Debré (de Paris), des gros foies infantiles.

La séance a été suivie d'une visite de l'établissement thermal, puis un déjeuner offert par le président du Congrès, le Professeur Loeper (de Paris). Des allocutions furent prononcées par le Professeur Loeper, le Professeur Maranon (de Madrid) et le Professeur Pierre Mauriac (de Bordeaux).

Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme. — Les séances des sections thermale et climatique du Congrès international du tourisme, du thermalisme et du climatisme sont fixées aux 14, 15, 16 et 17 octobre. Elles auront lieu à l'Exposition, au Palais du thermalisme et du climatisme.

Cette manifestations est de beaucoup la plus importante dont le thermalisme et le climatisme aient été encore l'objet. La section climatique seule n'a pas reçu moins de cinquante rapports dont plus de la moitié étrangers. Tout ce qui compte en Europe dans l'ordre thermal et climatique sera représenté à ces grandes assises appelées à un long retentissement.

Pour prendre part aux travaux, s'inscrire au secrétariat de la Fédération thermale et climatique française, 127, avenue des Champs-Elysées.

Droit d'inscription : 50 francs donnant droit au compte rendu du Congrès, à une réduction de 40 % sur le parcours, et à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant la tenue du Congrès.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Les horizons de la médecine, par Auguste LUMIÈRE. Un volume in-16 broché de 256 pages, 18 planches hors-texte en héliogravure. Prix : 25 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (XIVe).

L'évolution de la médecine, comme celle des autres sciences d'ailleurs, procède par étapes successives ayant pour point de départ la découverte de faits nouveaux suffisamment importants pour susciter une série d'investigations dans une voie qui n'avait pas été antérieurement explorée.

Entre ces périodes évolutives s'intercalent des temps d'arrêt plus ou moins prolongés et, après le grand mouvement pastorien, dont notre génération a été témoin, nous en sommes arrivés, dans le domaine de la biologie, à l'un de ces stades de stagnation que Cushing a caractérisé en écrivant que « la médecine est actuellement à la croisée des chemins », c'est-à-dire qu'elle cherche la voie dans laquelle elle pourra prendre un nouvel essor.

Ce piétinement est entretenu par le dogmatisme outrancier qui règne trop souvent dans les milieux officiels où le respect immodéré des traditions, des personnes et des formules classiques a été remis en honneur et où nul n'a la possibilité de se faire entendre quand le résultat de ses travaux est en opposition avec les idées reçues et professées par les officiants des cénacles universitaires.

Dans son ouvrage « *Les Horizons de la Médecine* » Auguste Lumière s'élève contre les dogmes et montre que l'art de guérir cessera d'être figé dans une immobilité routinière le jour où ses propres recherches ne seront plus frappées d'ostracisme.

Indépendamment de ses travaux sur la tuberculose, qui feront époque dans l'histoire de ce fléau, et après avoir substitué aux doctrines classiques concernant le mécanisme de l'anaphylaxie, une explication péremptoire d'une haute portée, cet auteur a montré que maintes manifestations vitales, nombre de phénomènes normaux et pathologiques devaient être rapportés à la nature colloïdale des tissus et des humeurs communes à tous les êtres vivants. Le maintien des éléments colloïdaux à l'état de suspension est la condition indispensable de la santé et de la vie ; la précipitation, la floculation de ces éléments déterminent la maladie, la vieillesse et la mort.

C'est sur ce grand principe qu'est fondée toute la théorie colloïdale et, avec elle, toute la médecine et la thérapeutique humorales exposées dans l'ouvrage d'Auguste Lumière.

Grâce à ces notions, on ne peut plus prétendre que la médecine est à la croisée des chemins : non seulement la route qu'elle doit suivre est désormais tracée, mais les résultats remarquables déjà réalisés en commençant à la parcourir, démontrent qu'elle est orientée dans une direction où elle découvrira encore les plus belles perspectives.

Le développement de cette thèse ne constitue d'ailleurs que l'un des chapitres de l'ouvrage, le plus important il est vrai, mais à la suite duquel une autre question d'avenir est envisagée à son tour ; celle de la lutte contre l'infection par la modification du terrain, les antiseptiques qui, détruisent les cellules avant les microbes étant trop souvent de ce fait inefficaces.

Enfin l'auteur termine son livre suggestif en étudiant les obstacles qui s'opposent actuellement aux progrès des sciences médicales et propose des moyens d'y remédier.

Il n'est pas douteux qu'en adoptant les directives de l'auteur, la médecine puisse maintenant entrer dans une ère nouvelle certainement féconde.

Divers

Histoire de la terreur (1793-1794), par Gérard WALTER. Un vol. 20 francs. A. Michel, édit., Paris.

Ce livre embrasse la période de la Révolution française qui va de la journée du 5 septembre 1793 au cours de laquelle la Convention a solennellement mis la terreur « à l'ordre du jour », jusqu'au Neuf Thermidor, date limite de la Révolution qui inaugure sa liquidation.

Il ne s'agit pas de refaire une fois de plus le récit des grands événements dont les lignes générales du moins sont dans toutes les mémoires : l'exécution de Marie-Antoinette, la chute de Robespierre, le procès des Girondins, celui de Danton, etc... C'est fait depuis longtemps et, de Taine à M. Gaxotte, de Louis Blanc à Mathiez, le lecteur peut choisir entre les versions et les interprétations qui sont le plus conforme à ses goûts et ses idées.

Mon ambition est tout autre, dit M. Walter :

« J'ai devant moi un organisme révolutionnaire qui avait servi pour gouverner pendant dix mois consécutifs un grand Etat en pleine crise morale et politique. Pour pouvoir juger les résultats de cette expérience il convient tout d'abord de démontrer les rouages de ce mécanisme, les examiner un à un, et ensuite essayer de voir dans quelle mesure ledit mécanisme a pu s'adapter à la structure sociale et économique du pays. Ce qui a nécessité un appel prolongé à la province, appel que j'aurais souhaité encore plus vaste peut-être. Car, cela va sans dire, il ne pouvait être question que de faire une sélection et de donner quelques exemples typiques pris entre beaucoup d'autres. C'est pourquoi je prie le lecteur de ne pas être surpris outre mesure, en y constatant l'absence de tel grand centre urbain en même temps qu'une tendance manifeste de s'attarder sur quelque humble bourgade, obscure et oubliée.

« Inutile de dire, bien entendu, que tous les textes cités, tous les propos reproduits sont absolument, strictement authentiques. Bon nombre parmi eux voient le jour pour la première fois. » G. W.

Les singes. *Le gorille. Le chimpanzé. L'orang-outang. Le gibbon. Le babouin. Les singes de l'Ancien monde. Les singes du Nouveau monde. Les singes dans le folklore, les légendes et les religions*, par E.-G. BOULENGER. Un volume in-8° de la Bibliothèque scientifique, avec 32 photographies hors texte, 25 francs.

M. E.-G. Boulenger nous présente, en un style simple, débarrassé dans la mesure du possible de termes techniques, un recueil des observations anciennes et nouvelles susceptibles d'éclairer l'histoire et les coutumes des singes en liberté et en captivité.

Il ne se contente donc pas de nous donner une classification et une description détaillées des singes de l'Ancien et du Nouveau continent, de leurs caractéristiques physiques et de leurs possibilités mentales, mais il fait aussi une étude des plus intéressante des mœurs de ces animaux et du rôle important qu'ils ont joué dans le folklore et les légendes de tous les pays depuis les temps les plus reculés.

Mœurs et coutumes des Esquimaux, par KAJ BIRKET-SMITH. Un volume in-8° de la Bibliothèque scientifique, avec une carte et 16 gravures hors-texte, 32 francs.

Les notions qui s'associent au tableau de l'humanité primitive la plus polaire flottent, dans l'esprit du public, autour du nom des Esquimaux. Les Esquimaux sont, en effet, la population qui se laisse mettre le mieux en parallèle avec nos ancêtres de l'âge du renne ; ce sont en même temps, parmi les humains des régions arctiques, ceux qui sont restés le plus près du mode ancien de la chasse. Plus on apprend à les connaître, plus augmente le respect pour ces 40.000 humains, qui, ne parlant qu'un seul langage, occupent l'immense Nord-Américain septentrional, des côtes en face de l'Islande au détroit de Bering, énigme vivante par la séparation qu'ils opèrent entre les populations asiatiques et les Indiens Peaux-Rouges, monde psychologique très différent de ces Peaux-Rouges et qui — on le sait maintenant par des données irréfutables — a été en contact direct et répété avec les Nordiques d'Europe bien avant l'heure de Christophe Colomb.

Il fallait, pour parler de ce peuple au grand public, un homme qui jouit de la double qualité d'être un connaisseur intime des Esquimaux en même temps qu'un grand savant en ethnologie. Cette double qualité est le propre du Directeur du Musée national danois de Copenhague, Kaj Birket Smith, qui, dès, l'âge de 19 ans, prit part à des expéditions arctiques, du Groenland au détroit de Bering et jusque chez les Esquimaux polaires.

Lucrèce Borgia (1480-1519), par Fred BERENCE. Un volume in-8 de la Bibliothèque Historique, 32 francs.

« Pour comprendre le long drame que fut la vie de Lucrèce Borgia, il faut absolument connaître le milieu où elle est née et les intrigues diplomatiques dont elle fut l'objet. C'est pourquoi j'ai cru, dit l'auteur, devoir insister sur les événements qui précèdent l'ascension au trône pontifical de Rodrigue Borgia ; non pour justifier ou blâmer la conduite de Lucrèce, mais pour permettre au lecteur de suivre l'évolution prodigieuse de cette fille d'un pape qui, après avoir épousé un Sforza, un prince de la maison d'Aragon, finit par être duchesse régnante de Ferrare et dont le fils épousa la fille d'un roi de France.

« Nous abstenant de faire une polémique, pour ou contre les Borgia nous nous sommes bornés à exposer les faits, tous les faits connus, sans nous arrêter à cette fausse pudeur qui oblige certains écrivains à se contenter de citations latines, dès qu'ils parlent de questions de mœurs.

La religion des Egyptiens, par Adolphe ERMAN. Traduction de Henri WILD, Préface de M. Etienne DRIOTON. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 186 croquis et 8 gravures hors texte, 50 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

S'il est un ouvrage dont un égyptologue puisse être heureux de présenter la traduction à ses compatriotes, c'est bien le livre du Professeur Adolphe Erman, dont il faut remercier la librairie Payot d'avoir voulu cette édition française, écrit dans la préface M. Etienne Drioton, directeur général du Service des Antiquités de l'Egypte ; ce livre est la mise au point de ce qu'une génération de travailleurs a apporté à la connaissance de la religion égyptienne. La maîtrise incontestée du Professeur Erman a trié tout ce qui était substance de bon aloi et le présente dans une synthèse d'une objectivité robuste. Si l'auteur, comme c'est son droit, y incorpore parfois quelque thèse de philosophie religieuse qui lui soit personnelle, il ne sollicite pas les faits pour l'établir, et la discussion peut s'appuyer en toute sécurité sur les documents mêmes dont il argue. On ne saurait rien désirer de plus objectif ni de plus solide. De plus opportun non plus. Plus que jamais peut-être, la religion égyptienne a prêté dans ces dernières années à des divagations pseudo-scientifiques qui égarent trop facilement le grand public.

Les stations hydrominérales et climatiques du monde : *Stations de Tchécoslovaquie*. Editions de la Médecine mondiale, 5, rue J.-B. Dumas, Paris.

Brochure luxueusement illustrée, qui comporte l'indication de quatre-vingt-cinq stations, lesquelles sont définies non seulement du point de vue touristique avec tous les renseignements souhaitables (un guide ne ferait pas mieux), mais encore et surtout, du point de vue médical, renseignements qui feront conserver par les médecins ce précieux cahier.

Les stations de France vont être de la même façon représentées incessamment dans les capitales d'Europe.

La civilisation d'Assur et de Babylone, par le Docteur G. CONTENAU. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 52 figures et cartes dans le texte et 23 gravures hors texte : 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce volume est consacré à l'étude d'une des plus anciennes civilisations, puisque nous pouvons fixer le début de l'histoire en Mésopotamie vers 3.000 avant notre ère.

La connaissance d'une civilisation d'une antiquité aussi vénérable serait déjà intéressante par elle-même, mais pour nous, peuple latin, qui nous réclamons de la Grèce et de Rome, l'intérêt de cette étude se trouve encore accru. Derrière la Grèce, se dresse la civilisation assyro-babylonienne qui la domine de tout le prestige de son passé, et plus nous apprenons à connaître le vieil Orient, plus la jeune Grèce nous apparaît sa tributaire ; c'est en Asie antérieure que la Grèce naissante a puisé sa civilisation primitive ; c'est de Basse-Mésopotamie, du pays de Sumer que viennent les premiers principes dont elle s'est inspirée, et qui ont donné à sa vigoureuse personnalité l'occasion de son essor. Quelque affaiblies que soient les influences orientales que les Grecs nous ont transmises, nous ne devons pas les méconnaître ; l'Assyro-Babylonie est l'aïeule dont la Grèce, puis nous, sommes, au moins sur quelques points, les lointains héritiers.

TRAVAUX ORIGINAUX

La fréquence du pouls radial avant, pendant et après la transfusion sanguine

Sa valeur de contrôle dans les transfusions médicales (Considérations théoriques et pratiques) (1)

Par **Max FOURESTIER**

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris

Nous avons, dans un article précédent paru ici-même (2), montré l'importance du ralentissement du pouls pendant et après la transfusion sanguine pour hémorragie. Cette modification du rythme pulsatile représente un test objectif de dosage de la transfusion absolument indispensable si on veut faire état des principaux éléments pronostiques que l'observation clinique est à même de donner.

Mais la transfusion n'est pas seulement la thérapeutique héroïque de l'hémorragie. En dehors des syndromes hémorragiques, ses indications sont multiples. Qu'on l'envisage dans le traitement de certaines anémies, de certains purpuras, qu'on utilise son action phylactique dans les infections ou les intoxications, dans la préparation du malade à l'opération, etc.. nombreux sont les cas où, comme nous l'avons déjà écrit, on a moins en vue le remplacement d'une certaine quantité de sang perdu que l'espoir de préparer ou de modifier, par l'apport d'un sang frais, un terrain déficient.

Dans toutes ces transfusions, dans l'hémothérapie (ce mot étant pris dans son sens le plus général), le pouls, du début à la fin de l'intervention, doit rester pratiquement invariable, ou, après une accélération passagère, revenir au rythme initial 10 minutes après l'intervention. Il ne sera pas rare même de constater en certains cas un très léger ralentissement du pouls, *toujours de bon augure* et indiquant que la transfusion sera parfaitement supportée.

En effet, chez ces malades qui n'ont pas perdu de sang le volume de la masse sanguine est normal. Il n'y a pas de tachycardie ou, si on la constate, elle est sous la dépendance d'autres facteurs que l'hémorragie : l'infection (immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde), le choc opératoire (transfusion post-opératoire, etc.). Parfois est seule responsable l'émotion du malade qui assiste aux préparatifs de la transfusion. C'est d'ailleurs une règle que nous nous sommes imposée depuis longtemps, de ne jamais commencer une transfusion avant que l'émotivité du malade se soit stabilisée. Le pouls, mieux que les affirmations du malade, nous renseigne justement à cet égard.

Dans ces transfusions l'injection d'une quantité de sang judicieusement évaluée ne peut augmenter la fréquence du pouls.

Physiologiquement, cette absence d'accélération du pouls pendant et après la transfusion s'explique car il n'y a pas de diminution du tonus du centre inhibiteur de la zone cardio-aortique (3). Bien plus, l'augmentation de la pression sanguine au niveau de l'oreillette droite doit, théoriquement, produire un effet dépresseur dont la conséquence est un ralentissement réflexe du rythme cardiaque.

Pratiquement, au cours de nombreuses transfusions nous avons pu constater la réalité clinique de cette explication évidemment hypothétique. A moins que n'existent certaines conditions que nous étudierons tout à l'heure nous avons toujours vu le rythme cardiaque rester sans changement avant, pendant et après l'intervention. Le ralentissement que l'on constate en certains cas est toujours de bon augure et nous a même paru indiquer une tolérance particulièrement remarquable. Notamment, on ne constate pas le frisson post-transfusionnel si banal et qu'il est fréquemment donné d'observer. Voici quelques exemples :

	Quantité de sang injecté	Fréquence du pouls avant	pendant la transfusion	10 min. après
Transfusion pré-opératoire :				
Pour gastrectomie......	200 c. c.	80	80	80
Pour fibrome.........	200 c. c.	120	96	92
(Ici, la tachycardie émotionnelle s'est un peu atténuée).				
Transfusion post-opératoire :				
Pour gastrectomie	200 c. c.	132	124	116
Fièvre typhoïde	200 c. c.	132	132	128
Septicémie post-abortum	200 c. c.	132	124	120
Agranulocytose	200 c. c.	88	84	84
Endocardite d'Ossler ...	200 c. c.	120	116	116
» »	200 c. c.	152	140	140
(Forme grave avec anémie très marquée).				

Nous pourrions multiplier ces exemples. Que ce soit au cours de transfusions pré ou post-opératoires, pour des anémies, des leucémies, des maladies infectieuses, etc., jamais, s'il n'y a pas d'incompatibilité de groupes, si la transfusion est bien faite, si la quantité de sang injecté est judicieusement évaluée, on ne doit constater d'accélération permanente du pouls après la transfusion.

Parfois, en cours de transfusion, le pouls s'accélère légèrement ; mais si, 10 minutes après l'intervention, il revient au rythme initial, il n'y a pas à redouter d'incident ou d'accident. Ainsi dans cette observation :

Maladie de Hodking...	200 c. c.	90	112	90

On pourrait, chez certains sujets nerveux, émotifs, présentant un dérèglement manifeste de l'appareil neuro-végétatif, craindre des réactions post-transfusionnelles importantes. Il n'en est rien, si la transfusion est bien faite, ainsi que le montre l'observation suivante :

Chez un malade hospitalisé dans le service de notre maître M. le Docteur Tinel, pour névrose d'angoisse et chez lequel nous voulûmes essayer l'action thérapeutique de l'anesthésie générale au chloroforme associée à la transfusion (dans l'espoir, par analogie avec la méthode de Dufourt dans le traitement du tétanos, de détruire l'hypothétique fixation d'une endo-toxine sur le système nerveux), le pouls ne subit aucune accélération. Au cours de trois transfusions sous chloroformisation, faites à quelques jours de distance, voici ce que nous donna l'étude de la fréquence du pouls.

1re transfusion	300 c. c.	104	92	84
2e » »	300 c. c.	96	88	84
3e » »	300 c. c.	84	80	76

Ainsi, pour nous, cette règle de la non accélération du pouls après transfusion, chez des malades ne présentant pas de syndrome hémorragique, est formelle. On doit, pendant et après l'intervention, observer un rythme normal, parfois même un léger ralentissement, toujours de pronostic favorable. L'accélération passagère, quelquefois observée, cesse toujours dix minutes après la transfusion. Si ces conditions sont réalisées, on peut affirmer que la transfusion sera admirablement tolérée.

Si ces faits ne sont pas observés, si on constate une accélération permanente du pouls pendant et après la transfusion, plusieurs éventualités sont à envisager :

a) La transfusion a été mal faite. On a injecté beaucoup d'air. La transfusion a été longue et difficile. L'injection a été faite trop vite.

La veine du malade a été ponctionnée plusieurs fois, elle a été perforée, il y a eu hématome. On n'a pas attendu, pour commencer la transfusion, que l'émotivité du malade, avivée au cours des préparatifs de l'intervention ou accrue du fait de petits incidents techniques, soit tombée et ait fait place à la quiétude nécessaire. Il faut, en faisant preuve d'un sang-froid non dépourvu de douceur et par des paroles appropriées, capter la confiance du malade qui se figure que la transfusion est une grave opération, non pas du fait de ses difficultés de réalisation, mais par suite du pronostic qu'elle représente encore dans le jugement

(1) Travail du Centre de la transfusion sanguine d'urgence de l'hôpital Saint-Antoine. Chef du service : M. le Docteur Tzanck).

(2) *Progrès médical*, 21 juillet 1937.

(3) Sur la pathogénie de l'accélération du rythme cardiaque après hémorragie se reporter à notre article précédemment paru ici-même : *Valeur pronostique du ralentissement du pouls radial pendant et après une transfusion pour hémorragie.*

populaire.... Il ne faut pas tenir pour négligeables ces recommandations psychologiques. Chez certains individus inquiets, émotifs, une atmosphère morale, faite de calme et de douceur, est nécessaire ainsi que l'absence de tout incident technique pour que la transfusion soit bien supportée. L'accélération du pouls est un témoin fidèle aussi bien de ce déséquilibre émotif que d'une insuffisante réalisation technique de la transfusion.

b) L'accélération du pouls accompagne fréquemment un incident qui peut apparaître en cours det ransfusion et dont nous voudrions dire quelques mots : *le syndrome de la veine douloureuse.*

Après chaque injection le malade accuse une douleur très vive, siégeant sur le trajet de la veine ponctionnée, augmentant à la fin de chaque injection et s'intensifiant au cours des injections successives. Quand on chasse le sang, en même temps que la douleur apparaît la veine se dilate et cette ectasie douloureuse dessine un fuseau sous la peau.

Le trajet douloureux suit le bord proximal de la veine et s'étend parfois très loin du lieu de l'injection. Très rarement sa propagation est périphérique, rétrograde. L'irritation mécanique de l'innervation pariétale paraît expliquer ce syndrome.

Ces faits s'observent surtout quand la veine a été auparavant le siège de multiples injections. D'où la précaution de choisir de préférence une veine indemne de tout traumatisme antérieur.

Mais une technique défectueuse est aussi responsable de ce syndrome.

Une des causes en est l'injection répétée, avec le sang, de bulles d'air. L'aspect spumeux du sang aspiré se voit à la partie supérieure de la seringue horizontale du distributeur de Tzanck. Sa coloration rosée tranche sur celle, noir-rougeâtre du sang veineux pur non mélangé d'air. Certes, l'embolie gazeuse n'existe pas (en clinique), et cette injection de spume constamment répétée au cours de la transfusion est pratiquement sans inconvénient immédiat grave. Néanmoins, c'est dans ce cas qu'on observe très fréquemment les minimes incidents qui suivent la transfusion : frissons, élévation de température, etc...

Avec l'injection de spume aérée la ponction défectueuse de la veine est responsable du syndrome de la veine douloureuse.

La ponction a été trop tangentielle ; l'aiguille, avant de pénétrer dans la lumière du vaisseau, a cheminé dans sa paroi, obliquement, lésant l'adventice et le feutrage nerveux périvasculaire. Ce traumatisme pariétal crée une zone douloureuse qui, à chaque injection, va être le point de départ d'un réflexe douloureux à irradiation locale proximale. La preuve en est donnée par l'arrêt immédiat de la douleur lors de la cessation de l'injection et sa réapparition immédiate, allant s'accentuant, dès la reprise des injections.

Il faut donc ponctionner franchement, le plus perpendiculairement possible, sans dilacérer la paroi de la veine.

Ainsi, dans ces transfusions d'indication non urgente, chez des malades calmes, conscients, n'ayant pas perdu de sang, non shockés, toute accélération du pouls pendant et après la transfusion peut provenir d'une technique défectueuse. Si ces incidents post-transfusionnels ne sont pas graves (frisson, élévation de la température, malaise général, etc.), ils sont néanmoins ennuyeux. Il faut les éviter. On le peut et on le doit maintenant que la transfusion est devenue un acte thérapeutique banal de la pratique médicale courante, à la portée de tous les médecins.

c) Chez certaines malades la technique a été parfaite mais la quantité de sang transfusé a été trop importante. L'étude du pouls sera d'un précieux secours pour l'appréciation judicieuse de la quantité de sang à injecter. Son accélération peut être le premier signe d'alarme de la trop grande réplétion vasculaire.

Il faut en particulier chez certains anémiques se méfier des trop grandes quantités de sang. Si le taux globulaire de ces malades est souvent très bas, leur masse sanguine est normale, parfois même augmentée (Lorrain, Smith). La vitesse de circulation est normalement accélérée (Morawitz, Grafe).

Il faudra être très prudent dans ces transfusions pour anémie. C'est chez ces malades qu'on notera des réactions parfois très violentes, avec gros frisson prolongé, hyperthermie, tremblements.... Il faudra redouter des phénomènes œdémateux, congestifs, plus ou moins tardifs, qui pourront nécessiter une saignée secondaire....

Il vaut mieux répéter (tous les deux jours par exemple), les transfusions et ne pas dépasser, lors des injections, 150 c. c. à 200 c. c. de sang.

Chez ces malades, l'injection d'un centigrammme de morphine avant ou après transfusion (une demi-heure avant ou tout de suite après), est indiquée surtout si l'observation du pouls montre une accélération permanente.

d) Il est une autre éventualité où l'accélération du pouls peut rendre manifeste une modalité réactionnelle particulière du malade : c'est *la réaction d'intolérance.*

La quantité de sang a été judicieusement évaluée et irréprochablement injectée ; néanmoins, chez certains malades, on constate, après la transfusion, une accélération progressive du pouls. Souvent, ce sont de grands nerveux impressionnables. Leur potentiel réactionnel est très vif, leur système neuro-végétatif instable. Si, dix minutes après la transfusion, tout rentre dans l'ordre, il n'y a pas à craindre d'accidents, sinon un frisson plus marqué que d'habitude. Si, par contre, le pouls reste toujours rapide, il faudra de toute urgence faire une injection de morphine et établir une surveillance attentive.

Les cas que nous envisageons entrent dans ce qu'il est convenu d'appeler les accidents proprement dits de la transfusion sanguine.

Précoces ou tardifs, ces accidents ou incidents sont : le choc transfusionnel, l'œdème pulmonaire, l'hémoglobinurie paroxystique, les néphropathies, les réactions cutanées, articulaires, nerveuses, etc... Ils intéressent soit les automatismes généraux de l'organisme (le choc transfusionnel), soit les organes (les néphrites, l'urticaire). (Tzanck.)

Comme l'a remarquablement démontré Tzanck qui les groupe sous le nom d'hémonocivité, ce sont surtout et avant tout des *accidents d'intolérance.*

Ces « accidents », avec leur caractère « pulsatile », ont la valeur d'une « crise vaso-motrice » (Tzanck) et n'appartiennent pas en propre à la transfusion ; ils reflètent plus la manière de réagir de certains sujets que la nature chimique de l'agent en cause ; ils s'observent, à l'intensité près, avec les bons comme les mauvais groupes ; ils répondent entièrement à la définition, si juste, de l'intolérance donnée par Tzanck. « Quand un syndrome peut être identique à lui-même pour les substances les plus diverses et qu'il peut apparaître sans l'intervention d'aucune substance, on peut dire que ces substances agissent en tant que réactogènes (et non de toxiques) et que ces syndromes sont des intolérances ».

Les syndromes observés ici entrent dans ce cadre nosologique. Le sang, en l'occurrence, agit comme un réactogène. Le sang, celui d'un donneur universel comme celui d'un donneur de même groupe, qui provoque de tels accidents, peut être dit réactogène individuel ; le sang d'un groupe incompatible ou provenant d'une espèce animale différente (qui provoque *toujours des accidents graves* mais de *pathogénie semblable*) peut être dit : réactogène collectif (Tzanck).

Souvent imprévisibles, inévitables avec la meilleure technique imputables seulement à un terrain particulier, très variables dans leurs modalités cliniques et leur gravité, ces accidents d'intolérance nous ont paru souvent se manifester précocement par des troubles du rythme. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de l'observation attentive du pouls du transfusé. Toute accélération permanente du pouls, pendant et après la transfusion, qui ne paraît pas s'expliquer par une faute de technique, ou une injection trop importante de sang, doit donner l'éveil, car elle peut représenter un des premiers signes d'alarme de la réaction d'intolérance. Si l'accélération du pouls doit toujours être considérée avec crainte, faire redoubler la surveillance du malade et immédiatement appliquer la seule thérapeutique rationnelle et active : l'injection de morphine ; par contre la persistance après la transfusion du même rythme pulsatile qu'avant l'intervention est de bon augure. La diminution de fréquence du pouls, souvent observée d'ailleurs, sera toujours d'un excellent pronostic.

Les affirmations de Kapandji (1) nous paraissent complètement erronées. Cet auteur ayant étudié l'amplitude et la fréquence du pouls comme test objectif de dosage des transfusions, écrit ceci : « L'apparition de ces deux modifications, (l'augmentation d'amplitude du pouls et *son ralentissement*) doit inciter à ralentir encore plus la transfusion et à surveiller le transfusé de plus près ». Certes, Kapandji note que cette phase n'est que transitoire et que, si la transfusion est mal supportée, l'accélération du rythme apparaît ; mais pour lui, cette accélération paraît sans importance, car on a dû arrêter la transfusion bien avant, quand on a constaté le ralentissement du pouls.

Nous nous élevons formellement contre cette opinion basée sur des faits mal observés ou mal interprétés. Jamais, sur quinze cent transfusions, nous n'avons constaté cette phase critique du ralentissement du pouls. Toujours le ralentissement du pouls, pendant et après transfusion, a été un signe d'excellent pronostic. Ces transfusions sont celles qui sont le mieux supportées.

(1) M. Kapandji. — Le dosage des transfusions. Un test direct. *Société française d'hématologie*, 5 mars 1934, p. 162. Doin édit.


SEDOPROSTYL
SEDOPROSTYL

Conclusions

Dans la transfusion sanguine considérée comme une véritable « hémothérapie », c'est-à-dire sans aucune indication d'urgence, hémorragique ou autre, le pouls, du début à la fin de l'intervention, doit rester pratiquement invariable, ou, après une accélération passagère, revenir au rythme initial, dix minutes après la fin de la transfusion. Il ne sera pas rare même de constater, en certains cas, un très léger ralentissement du pouls *toujours de bon augure* et indiquant que la transfusion sera parfaitement supportée. Si ces faits ne sont pas observés, si on constate une accélération permanente du pouls, c'est que :

a) Ou bien la transfusion a été techniquement imparfaite ;

b) Ou bien la transfusion a été trop abondante. Notamment, chez certains anémiques, il faudra se méfier des quantités de sang supérieures à 200 centicubes. Chez ces malades, il vaut mieux répéter les transfusions qu'injecter une trop grande quantité de sang ;

c) Il faut craindre une réaction d'intolérance et appliquer immédiatement la seule thérapeutique efficace : l'injection de morphine, qui, si on a le moindre doute sur les susceptibilités réactionnelles du malade, devra être faite préventivement, avant la transfusion.

CLINIQUE MÉDICALE

L'hérédo-syphilis critiquée (1)

Par le Docteur **Marcel PERRAULT**

Ancien Interne, Médaille d'or des Hôpitaux

Chef de Clinique médicale à la Faculté

Il ne se passe pas de semaine que je n'aie l'occasion de voir prescrits, et appliqués, avec toute la rigueur que dicte une foi irraisonnée, des « traitements spécifiques » parfaitement injustifiés.

De ces merveilleux médicaments que la chimiothérapie moderne met à notre disposition, vous connaissez sans doute le remarquable pouvoir mais aussi vous savez quels désastres ils sont capables de susciter. Alors pour le thérapeute se renouvellent les vieux mythes. Alors devient-il semblable à l'apprenti sorcier, ou à ceux qui imprudemment, en ouvrant l'outre d'Eole, déchaînèrent les fureurs des ouragans.

Il en est de l'hérédo-syphilis comme de la vérole acquise. On la diagnostique souvent sur des signes tellement discutables, tellement ténus, tellement disparates et contradictoires, qu'aucun de nous, à telle enseigne, ne peut se vanter de ne lui devoir tribut. Chaque fois que le médecin hésite, même si rien de clinique, même si rien dans les réactions humorales ne vient l'inciter à agir ainsi, certains n'hésitent pas à conseiller le traitement dit d'« épreuve ». L'épreuve est souvent pour le malade et non pour la maladie. Elle n'est que trop souvent douloureusement cruelle.

S'il n'est pas toujours aisé d'échapper à l'empirisme du moins faut-il en tempérer l'aveugle par une saine critique. En un mot il faut tâcher, en ce pays qui a donné naissance à Descartes, de ne pas se départir d'un minimum de bon sens.

***

En matière d'hérédo-syphilis il faut distinguer deux éventualités fondamentales.

Dans l'une il y a transmission du virus. Dans l'autre il y a, chez le descendant, production de dystrophies dont certaines ont avec la syphilis le rapport le plus assuré alors que d'aucunes lui sont imputées à charge de façon éminemment discutable.

Cette distinction a un intérêt pratique évident car, si l'action de la thérapeutique antisyphilitique habituelle est aussi efficace qu'à l'accoutumé dans le premier cas, elle est, par définition, totalement inefficace, en tant qu'elle vise à la spécificité dans le second.

La transmission de la syphilis n'a donné lieu à études spéciales qu'au commencement du XIXe siècle. Plus tard Ricord, Colles, Baumes, Profeta, Parrot, Fournier, ont donné de remarquables études cliniques de l'hérédo-syphilis. Si les faits observés par les anciens auteurs sont demeurés classiques, les pathogénies invoquées par eux ont souvent, par contre, revêtu un caractère par trop hypothétique. La connaissance récente du germe : le treponema pallidum de Schaudinn, 1905 ; la découverte de la réaction de Bordet-Wassermann, 1906 ; l'introduction en thérapeutique antisyphilitique, à côté des classiques mercuriaux, des arsénobenzènes par Ehrlich en 1910, du bismuth par Sazerac et Levaditi en 1921 ; les progrès réalisés, au cours de ces dernières années, dans les connaissances immunologiques concernant la syphilis : autant de facteurs qui ont contribué à reléguer dans le domaine historique les célèbres « lois » suivantes que nous citons pour mémoire :

Loi de Colles-Baumès : « Une mère exempte de symptômes vénériens apparents, ayant porté dans son sein un enfant syphilitique qui doit l'infection au sperme de son père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique comme pourrait la contracter une nourrice étrangère. »

Loi de Profeta : « Une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain en apparence, à moins qu'elle n'ait contracté la maladie pendant les deux derniers mois de la grossesse. »

***

On peut tenir pour assuré que la syphilis transmise au fœtus est toujours d'origine maternelle, c'est-à-dire que si une femme donne naissance à un enfant atteint de syphilis virulente elle est elle-même sûrement syphilitique.

Voilà des propositions qui semblent indiscutables et cependant on a longtemps cru à la possibilité, et, qui plus est, à la fréquence, de l'infestation d'origine paternelle.

L'origine maternelle admise, on en a aussi beaucoup discuté le mécanisme.

Si la syphilis est préalable à la conception, alors, disent certains auteurs, il faut envisager la possibilité d'une infection ovulaire. A cette doctrine de la syphilis germinative on objecte qu'il serait singulier que le développement de l'embryon ne fut point troublé par cette parasitose d'emblée ; que l'absence est presque constante du tréponème dans le foie des embryons et fœtus de moins de cinq mois, issus de mères syphilitiques avérées ; qu'enfin le mécanisme d'infestation transplacentaire est très amplement prouvé et qu'il explique fort bien la généralité des faits.

C'est, en tout cas, l'apport du tréponème au fœtus par la circulation utéro-placentaire, vérifié expérimentalement par Uhlenhut et Mulzer, qui, seul, peut expliquer la transmission de la syphilis au cas où la mère la contracte durant qu'elle est enceinte.

Cependant la facilité avec laquelle se fait l'inoculation du fœtus n'est pas identique tout au long de la grossesse.

Jusqu'au cinquième mois, nous l'avons dit, extrême rareté de l'infestation fœtale (Girauld), à ce point que dans les avortements des syphilitiques en accuse l'endométrite syphilitique et non la tréponémose du produit.

Du sixième au huitième mois l'infestation est pratiquement fatale.

Dans les six dernières semaines il semble que la barrière placentaire soit plus efficace et il est classique d'admettre que l'on peut, au cas où la mère contracte la syphilis au septième mois de la grossesse, ne pas observer de transmission à l'enfant même en l'absence de tout traitement.

Pareille éventualité semble d'ailleurs des plus rares, d'après les travaux récents.

Enfin c'est au cas de spécificités contractées à cette date, ou plus tardivement encore au cours de la gestation, qu'on peut observer les très rares cas de syphilis dite « au passage » : il ne s'agit pas là de syphilis héréditaire mais de syphilis acquise, l'enfant se contaminant au moment de l'accouchement.

***

(1) Leçon faite le samedi 19 juin à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine (Professeur Maurice Loeper).

Étiologie générale de l'hérédo-syphilis

I. Influence de l'âge de la syphilis.

Toutes choses égales d'ailleurs, c'est au moment où la syphilis s'accompagne le plus de septicémie que la transmission au fœtus est le plus à redouter. C'est dire que plus la syphilis maternelle sera de date récente plus cette transmission a de chances de s'effectuer. Dans la première année de la syphilis par exemple elle est, en dehors de toute intervention thérapeutique, pratiquement fatale. Elle diminue ensuite de fréquence en même temps que la vérole vieillit. Après la sixième année, même sans traitement, il est rare qu'on l'observe.

Mais bien entendu ce n'est là qu'un schéma. La syphilis est une maladie de long cours, sujette à poussées. Au moment de ces poussées l'essaimage du tréponème par voie sanguine est chose banale. C'est dire que la vérole peut frapper ou épargner les différents enfants d'une même femme, non traitée, selon des modalités qui paraissent de prime d'abord absolument fortuites.

II. Influence de la thérapeutique.

Elle est capitale. S'il fallait à Fournier « du mercure et du temps » pour rendre inoffensifs les géniteurs, « sauf exceptions », on peut avancer, qu'à l'heure actuelle, c'est très rapidement que ce résultat est obtenu grâce au traitement arsénical et bismuthique.

III. Hérédo-syphilis de deuxième et troisième générations.

Malgré que cette hérédo-syphilis de deuxième génération, voire de troisième et même de quatrième, ait été affirmée par certains auteurs et non des moindres (Ed. Fournier, Gaucher, Grenet...) elle est particulièrement difficile à admettre *si l'on veut bien demeurer sur le terrain très sûr de la syphilis virulente.* Que si l'on envisage la transmission de dystrophies, il demeure d'abord que l'on doit faire la preuve de la nature syphilitique de la dystrophie envisagée. C'est là un critère qui manque le plus souvent pour ne pas dire toujours. Les « postérités maudites » ne doivent que bien peu à la syphilis, incriminée à certaines époques un peu à tort et à travers, comme à d'autres la tuberculose ou l'alcoolisme. Ce serait en particulier une déplorable attitude de facilité que de mettre en cause automatiquement la syphilis devant toutes les maladies familiales.

***

Anatomie pathologique

Comme dans chaque chapitre il faut distinguer ici entre syphilis transmise virulente et dystrophies, malformations, anomalies, imputées à l'hérédo-syphilis.

L'aspect macroscopique et histologique de la syphilis héréditaire avérée, virulente, ne diffère en rien de l'aspect habituel. Là comme au cours de la syphilis acquise la maladie syphilitique montre une grande affinité pour les vaisseaux et spécialement pour les petites artères. Là encore on retrouve les infiltrats périvasculaires de cellules rondes, les infiltrats nodulaires, les gommes, la sclérose.

Au sein de ces lésions, on décèle le tréponème sous sa forme classique, en usant de la méthode générale d'imprégnation à l'argent soit sur coupes, soit sur frottis.

Il faut dire seulement qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des lésions anatomiques et la densité apparente de l'infestation tréponémique.

A l'opposé de ces lésions franchement inflammatoires d'allure spécifique, où l'on trouve le plus souvent le tréponème, les lésions dystrophiques ou les diverses malformations, monstruosités, anomalies, imputées par certains auteurs à l'hérédo-syphilis, n'ont aucun caractère spécifique probant, ni macro ni microscopique, et ne renferment pas le parasite.

Aussi bien doit-on souligner encore une fois que leur rattachement à une étiologie syphilitique directe, ce qui est presque abandonné par tous, ou seconde, par l'intermédiaire d'une modification hypothétique des gamètes (pour les monstruosités, les anomalies, certaines malformations) ou des glandes endocrines, ne repose que sur des arguments de valeur contestable et d'ailleurs contestée.

Il faut insister enfin sur ce fait que la plupart des anomalies réputées hérédo-syphilitiques existent avec une fréquence non négligeable chez des espèces animales non soumises à l'éventualité de l'infestation tréponémique. On ne saurait être assez prudent ni assez difficile quant à la valeur des critères acceptés en matière d'hérédo-syphilis dystrophique.

Etude clinique

Ne voulant ici que donner un aperçu d'ensemble, nous envisagerons successivement :

— Les accidents cliniques de l'hérédo-syphilis virulente.

— Les manifestations dystrophiques réputées hérédo-syphilitiques.

— L'hérédo-syphilis de révélation seulement humorale et le problème de la syphilis « larvée ».

— Les éléments généraux du diagnostic de l'hérédo-syphilis.

I. Accidents cliniques de l'hérédo-syphilis virulente.

La transmission de la syphilis au fœtus se fait en règle, entre le début du cinquième et la fin du huitième mois de la grossesse.

Suivant la date d'inoculation, suivant aussi la virulence et la quantité des germes que reçoit le fœtus, suivant d'autres facteurs encore, c'est vraisemblable, et que nous ignorons, l'hérédo-syphilis va se démasquer plus ou moins tôt.

On peut admettre, pratiquement, que plus la septicémie syphilitique est importante plus les accidents seront précoces et aussi plus ils seront graves. Enfin il n'est pas jusqu'à la netteté de leur origine qui ne décroisse avec le temps.

Voilà donc les raisons qui s'accordent avec la facilité didactique pour justifier la distinction en trois périodes — fœtale, précoce ou de la première enfance, et tardive — des accidents cliniques de l'hérédo-syphilis virulente.

a) *La syphilis fœtale* se traduit par :

— *L'avortement*, très fréquent chez les femmes syphilitiques. Même rétrospectivement on connaît la valeur à juste titre classique que revêt la notion d'avortements à répétition pour le diagnostic de syphilis. Il va sans dire qu'il est prudent de s'assurer, qu'on assiste à l'accident ou qu'on en ait seulement la relation au cours d'un interrogatoire ultérieur, qu'il n'y a eu ni manœuvre abortive ni d'autre cause pathologique éventuelle.

— *L'accouchement prématuré* d'un fœtus mort et macéré, dont les organes contiennent des tréponèmes en grande abondance.

— *L'accouchement à terme de mort-nés, de non-viables,* d'enfants qui malgré une apparence normale succombent rapidement en état de dénutrition progressive.

b) *L'hérédo-syphilis virulente précoce* est la forme la plus fréquente et la plus typique. Les accidents qui la caractérisent sont sévères. Ils sont graves de façon immédiate car nombre d'entre eux menacent la vie même de l'enfant. Ils sont graves encore de façon médiate car les altérations des parenchymes et des tissus préparent les stigmates et les dystrophies de la syphilis héréditaire tardive.

La syphilis héréditaire précoce apparaît ordinairement de la deuxième à la sixième semaine de la vie. Certaines manifestations, comme le pemphigus, en sont même plus précoces encore. Par contre il est très rare de n'observer les premières manifestations (hérédo-syphilis retardée des auteurs) qu'au quatrième ou cinquième mois, et très exceptionnel après le sixième

Les manifestations en sont variables et susceptibles de frapper tous les viscères et tissus. Il est rare que l'on observe des formes très complètes. En règle, il existe des associations lésionnelles qui ne paraissent guère obéir à des règles fixes.

Nous donnerons d'abord un exposé analytique des lésions observées, puis nous en indiquerons rapidement le groupement chronologique, l'évolution générale, le pronostic.

I. Lésions tégumentaires :

Pemphigus syphilitique. C'est là une lésion tout à fait caractéristique, pathognomonique. Elle est très précoce, pouvant exister à la naissance de l'enfant, survenant en tout cas dans le cours de la première semaine. Ce sont de petites bulles, siégeant électivement à la paume des mains et à la plante des pieds, symétriquement. Ces bulles de 3 à 5 millimètres de diamètre se développent toujours sur des maculo-papules rouge-foncé. Le contenu en est citrin. On y a décelé le tréponème. L'évolution naturelle se fait vers la dessication ou parfois l'ulcération. Il arrive qu'une infection secondaire due aux pyogènes banaux détermine la purulence. Il arrive également qu'au lieu d'être discrète, seulement palmoplantaire comme il est de règle, l'éruption soit abondante et plus ou moins généralisée.

Roséole. Assez rare, elle consiste plutôt en plaques cuivrées susceptibles de desquammer légèrement et dont la topogra-

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Les indications de la physiothérapie dans les hyperthyroïdies

« Il n'est pas de maladie de Basedow sans hyperthyroïdisme, ni d'hyperthyroïdisme sans augmentation du métabolisme basal » (M. Labbé). Et cela est si juste que la plupart des classifications des hyperthyroïdies se sont faites suivant les modifications du métabolisme de base. Il y a d'abord :

Le Basedow vrai caractérisé cliniquement par l'augmentation de volume du cou, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, l'amaigrissement, les troubles digestifs, psychiques et vaso-moteurs. Enfin et surtout, par une augmentation importante du métabolisme de base qui peut varier entre + 20 % et + 100 %. Dans le Basedow vrai, la physiothérapie doit être la règle avant d'en venir à une intervention chirurgicale chaque fois que le malade n'aura pas été nettement amélioré par la thérapeutique médicale iodée et par le repos. Dans le Basedow vrai, une seule physiothérapie est indiquée : la radiothérapie. Elle devra être rapide, puissante et dosée d'une façon très exacte, si l'on veut arriver à un bon résultat. On aura intérêt à conseiller une radiothérapie très pénétrante et très filtrée :

200.000 volts

1 millimètre de cuivre
2 millimètres d'aluminium
2 champs latéraux.

On aura intérêt à ne pas dépasser 4.000 r par champ. Les séances devront être rapprochées : 2 à 3 par semaine ; 500 r par séance et par champ.

Il sera sage de contrôler le taux du cholestérol sanguin au cours de cette cure, les courbes du cholestérol et du métabolisme devant être inverses, le taux du cholestérol augmentant en même temps que le métabolisme diminue. Les statistiques des résultats varient avec les auteurs. Elles donnent un pourcentage de guérisons de 75 à 85 %.

Les para-Basedow

A côté du Basedow vrai, existe toute une série d'états pseudo basedowiens dont la classification est aussi imprécise que le nombre des auteurs qui les ont décrits. La plupart de ces états para-basedowiens sont du domaine de la physiothérapie. Ceux qui sont le mieux individualisés sont :

1° Les sympathoses fonctionnelles que l'on rencontre au cours de certaines affections : dans la tuberculose, au cours de certains troubles digestifs (appendicite chronique, cholécystite) ; sympathoses fonctionnelles secondaires à d'autres désordres endocriniens (hypophysaires, ovariens, surrénaux). Ces sympathoses fonctionnelles sont du domaine de la thérapeutique médicale et de la physiothérapie. A un degré de plus, nous en arrivons aux sympathoses organisées.

2° Les sympathoses organisées. — Celles-ci ont une vie propre. Elles présentent à considérer tous les symptômes qu'on observe au cours des Basedow vrais. Mais, fait essentiel, le métabolisme est sensiblement normal. La maladie est rebelle à l'iodothérapie et rebelle à la radiothérapie. C'est alors qu'il ne faut pas oublier que la physiothérapie a de multiples armes, toutes plus effectives les unes que les autres, à sa disposition.

C'est alors qu'il faut penser à la diathermie locale qui donne des succès merveilleux en applications transcervicales ; à la galvano-faradisation, suivant la technique de Vigouroux, technique déjà ancienne, mais toujours confirmée par les heureux résultats. Dix à quinze séances ont raison de ces sympathoses, même les plus rebelles et qui ont souvent entraîné des hérésies diagnostiques et thérapeutiques.

A côté de ces sympathoses existent les *hyperthyroïdies des phases de transition.* Ce sont généralement des hyperthyroïdies secondaires, le plus souvent, à un trouble hypophysaire par trouble de la régulation de la thyréostimuline. Le test de Aron et le test de Ferrier permettent d'en préciser l'étiologie. Ces hyperthyroïdies, des phases de transition qu'on observe aussi bien à la puberté qu'à la ménopause, sont du domaine de la physiothérapie, diathermie ou ionisation iodée de la thyroïde, mais toujours et conjointement, radiothérapie de la région hypophysaire suivant la technique que nous avons décrite depuis plus de dix ans (1.300 à 1.800 r par six portes d'entrée :

— deux frontales
— deux maxillaires
— deux temporales.

Ces hyperthyroïdies des phases de transition peuvent aboutir à un degré plus avancé, à la polyadénomatose bénigne (adénomatose thyroïdienne, associée à des adénomatoses mammaires, utérines ou prostatiques et dues, pour Ferrier, à une dysrégulation folliculinique). Dans ces cas, même lorsqu'on ne sent pas l'adénome (adénomes impalpables de Dautrebande) il faut, systématiquement, faire de la diathermie thyroïdienne et lorsqu'il y a une indication nette, y associer de la radiothérapie hypophysaire.

Reste l'adénome thyroïdien, il n'est pas du domaine de la physiothérapie. Celle-ci ne peut que l'aggraver en faisant perdre un temps précieux au chirurgien à qui on doit l'adresser d'emblée. Mais il faut savoir que, même dans ce cas, la physiothérapie doit retrouver sa place dans le traitement post-chirurgical en agissant sur la glande de soutien et en assurant le drainage sur une glande satellite (*cf* Huet).

En résumé, on voit que la physiothérapie est une médication de premier plan dans le traitement de toutes les hyperthyroïdies. Dans le Basedow vrai, la progression doit être la suivante :

— un traitement médical,
— traitement physiothérapique,
— traitement chirurgical.

Dans le para-Basedow : traitement purement physiothérapique.

Dans l'adénomatose : traitement chirurgical auquel on devra adjoindre la physiothérapie indirecte.

Au cours des hyperthyroïdies des phases de transition, puberté et ménopause, il faudra toujours associer la diathermie locale à la radiothérapie hypophysaire et surrénalienne. La physiothérapie a, et aura, de plus en plus de succès à son actif du fait que ses indications deviendront de plus en plus précises. Elle permet de freiner, par la radiothérapie, d'exciter les échanges, et d'agir sur le tissu de soutien vasculo-nerveux par la diathermie et par la galvano-faradisation, elle permet le transport d'un ion médicamenteux *in situ* par l'ionisation. Elle permet par la photothérapie, d'agir sur les phénomènes annexes.

Enfin, elle est d'une inocuité absolue lorsqu'elle est appliquée par des thérapeutes consciencieux et compétents.

Dr J.-A. Huet.

« Lorsque vous traitez un rhumatisant par le salicylate de soude et que vous n'obtenez pas d'amélioration, n'hésitez pas à essayer les préparations de colchique. Il est des formes de goutte difficiles à caractériser. » (Professeur Rathery. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies de la nutrition. 1 vol. Masson, édit.).

« Dans presque tous les pays les généticiens et les théoriciens de l'élevage prennent aujourd'hui très nettement position contre l'imprégnation maternelle. Les observations personnelles que nous avons pu faire sur des cas particulièrement typiques nous confirment pleinement dans la même idée : l'imprégnation maternelle est un mythe. » (Etienne Letard. — *Considérations sur l'imprégnation maternelle. Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier,* 1 vol. 1937, Vigot édit.)

phie affecte électivement la moitié supérieure du corps : face, cou, membres supérieures.

Syphilides papuleuses. Elles sont plus tardives, ne différant en rien des syphilides papuleuses de la syphilis acquise de l'adulte. Souvent l'éruption est polymorphe : érythémateuse (macules) et papuleuse, ou papuleuse et bulleuse. La forme papulo-squammeuse, voire psoriasiforme, n'est pas exceptionnelle. Enfin au pourtour des orifices, dans les plis de la peau, à l'ombilic (Hutinel) la forme papulo-ulcéreuse est fréquente. A l'anus, au scrotum on observe parfois de véritables condylomes.

Plaques muqueuses. Elles sont assez rares, mais de grande valeur diagnostique. On les observe aux lèvres, sur la muqueuse buccale, sur la muqueuse pharyngée, à l'anus où elles forment des rhagades.

L'onyxis, la périonyxis, l'alopécie, sont souvent notées, avec les mêmes caractères que dans la syphilis acquise.

II. Lésions viscérales. Les principales sont :

Le coryza. Fréquent, précoce, c'est un des très bons signes d'orientation vers le diagnostic d'hérédo-syphilis. L'écoulement bilatéral, séro-purulent, assez souvent séro-sanglant, se concrète en croûtes verdâtres ou brunâtres à l'orifice narinaire. La respiration, gênée, est bruyante. L'apyrexie est constante ; les lésions superficielles, limitées à la muqueuse. Dans ces lésions de la muqueuse, tuméfiée et érodée, on a décelé le tréponème. Neisser a montré que le mucus nasal est susceptible de transmettre la syphilis au singe. Le traitement spécifique a une action constante mais assez lente sur ce coryza syphilitique qui est fort tenace.

L'hépato-splénomégalie. L'intumescence hépatique, ou splénique, ou à la fois hépato-liénale, est monnaie courante dans la syphilis héréditaire précoce. Il faut toujours la rechercher. Même isolée, elle a valeur de forte présomption, en l'absence d'autres étiologies probantes. L'hépatomégalie peut s'accompagner d'ictère qui, associé en règle à des hémorragies (melæna du nouveau-né en particulier), revêt l'aspect clinique et la gravité pronostique de l'ictère grave.

Les troubles digestifs. Vomissements et diarrhée, il est souvent difficile de faire la preuve irrécusable qu'ils ressortissent à l'hérédo-syphilis, au moins directement. Souvent en effet l'enfant est dans un état d'athrepsie marquée qu'on tend plutôt à incriminer dans la genèse des troubles digestifs. Mais l'athrepsie elle-même peut être due à la syphilis. La maladie des vomissements habituels de Marfan semble avoir avec la syphilis des rapports plus directs.

Anémies et spécialement anémie du type pseudo-leucémique de von Jacksh et Luzet. L'anémie pseudo-leucémique, qui ne survient guère avant la fin de la première année, est une anémie avec grosse rate et présence dans le sang circulant d'une quantité considérable d'hématies nucléées et réaction myéloïde marquée. Ses rapports avec la syphilis héréditaire paraissent indéniables, mais la syphilis n'en est pas la seule cause possible. D'autres anémies, souvent fort graves peuvent être dues à la syphilis. La présence de la splénomégalie est, en dehors même de tout autre critère, un argument de poids (mais d'ailleurs non décisif) en faveur de la syphilis.

Hémorragies. Cutanées, muqueuses, viscérales, elles peuvent être isolées ou associées à l'ictère.

Néphrites. Plutôt rares, elles réalisent des néphrites œdémateuses et albuminuriques : très œdémateuses, réalisant l'anasarque ; très albuminuriques, en somme elles se rapprochent singulièrement des néphrites de la période secondaire.

Lésions osseuses. Elles sont d'une grande fréquence, et il faut les rechercher systématiquement, par l'exploration clinique et radiologique.

Elles peuvent être celles qu'on observe dans la syphilis acquise, c'est-à-dire des ostéites et périostites. Mais la lésion de beaucoup la plus fréquente et qui est très caractéristique est l'*ostéo-chondrite*, substrat anatomique de la maladie de Parrot.

L'ostéo-chondrite est une lésion très précoce. On la voit dans la deuxième moitié de la vie intra-utérine et après la naissance, avec un maximum de fréquence, jusqu'à trois mois. A ce moment elle commence de régresser pour laisser la place à la périostite ossifiante qui est « sa fille directe » (Pehu).

Son aspect anatomique est très significatif, macroscopiquement elle se traduit par une modification de la ligne épiphysaire, particulièrement appréciable sur les os longs des extrémités. Cette ligne, à l'état normal mince et droite prend la forme d'une bandelette jaunâtre dont les irrégularités sont faites de saillies et d'encoches. Cet aspect se retrouve sur le film radiographique (Pehu) et la valeur de cette image est considérable pour le diagnostic d'hérédo-syphilis dans les cas douteux.

Quand il y a décollement épiphysaire (maladie de Parrot) des os longs des membres, il en résulte une impotence fonctionnelle très marquée, des douleurs vives, du gonflement des extrémités osseuses, la possibilité de mobiliser les épiphyses sur les diaphyses avec parfois crépitation.

Parmi les autres localisations osseuses il faut insister sur les lésions des os du nez et du cartilage de la cloison, dont la nécrose entraîne la déformation du nez dite « en lorgnette », si caractéristique.

Sarcocèle. L'atteinte des testicules est assez fréquente. D'abord volumineux et durs ils s'atrophient secondairement. L'hydrocèle unilatérale, irréductible, durable, est assez souvent notée.

Lésions nerveuses. Elles sont surtout encéphaliques. Fréquentes sont l'hydrocéphalie (Fournier) et les méningites, soit généralisées, soit plutôt partielles, revêtant la séméiologie accoutumée, en particulier déterminant des convulsions, et dont la ponction lombaire donne la preuve cytologique, chimique et humorale comme au cours de la syphilis acquise. L'hémiplégie est également un accident de fréquence notable.

Lésions des organes des sens. Aux yeux, ce peuvent être la kératite interstitielle (d'ailleurs beaucoup plus fréquente chez le grand enfant et l'adolescent que chez le nourrisson), l'iritis, la choroïdite, la rétinite pigmentaire, l'amaurose par névrite optique.

La surdité peut relever d'une labyrinthite ou d'une névrite de l'acoustique. Généralement elle est incurable et si elle survient chez l'enfant tout jeune s'accompagne de mutité.

3° Groupement chronologique, évolution, pronostic des accidents cliniques de la syphilis héréditaire précoce.

Si la survie est très brève les lésions sont en règle seulement viscérales, que montre l'autopsie.

Dès la première semaine on peut noter le pemphigus palmo-plantaire, relativement rare d'ailleurs, mais de valeur critériale considérable.

La pseudo-paralysie de Parrot (ostéo-chondrite syphilitique) est également très précoce. Sa valeur séméiologique est également considérable.

A la fin du premier mois, durant le second, le troisième, apparaissent le coryza, les syphilides cutanéo-muqueuses, la splénomégalie ou l'hépato-splénomégalie avec ou sans ictère.

Les autres accidents sont en règle plus tardifs.

La gravité de l'affection est en rapport certain avec la précocité d'apparition des accidents.

Elle est en rapport non moins certain avec la plus ou moins grande diffusion de la maladie syphilitique, mais là, il est bien évident que ce qui est grave c'est surtout la multiplicité des atteintes viscérales et tissulaires profondes, alors que les déterminations cutanées peuvent être nombreuses, polymorphes, florides, sans comporter par elle-mêmes un pronostic sombre.

Quelques auteurs ont même avancé qu'il y avait un certain balancement entre les lésions cutanées et les lésions viscérales, en sorte que des lésions cutanées étendues pourraient autoriser un pronostic moins sombre, dans la mesure où elles permettraient d'augurer que l'atteinte des viscères fût discrète.

On sait par ailleurs que les études immunologiques modernes ont montré le rôle considérable de la peau dans la défense naturelle de l'organisme contre la maladie syphilitique.

En réalité, un seul facteur revêt une importance considérable et incontestable dans l'amélioration du pronostic : c'est le traitement antisyphilitique.

En dehors de son intervention, on peut distinguer plusieurs modalités évolutives. Dans les formes sévères, l'enfant, en dehors de toute faute diététique ou hygiénique, dépérit peu à peu, perd ses forces, se déshydrate par suite de la diarrhée et des vomissements, crie d'une façon incessante, sans doute à cause des douleurs osseuses, et succombe rapidement, ou parfois seulement après plusieurs poussées évolutives.

A l'opposé dans les formes permettant la survie, l'enfant peut demeurer chétif, malingre ; il peut conserver des stigmates résiduels de ses lésions : taie de la cornée, surdité, effondrement des os du nez ; il peut surtout présenter les accidents tardifs. Mais aussi parfois il faut bien le dire l'orage ne laisse après lui qu'un minimum de dégâts.

Enfin, il est des hérédo-syphilis entièrement latentes, que révélerait la réaction de Bordet-Wassermann et auxquelles nous consacrerons plus loin un paragraphe. Le danger en est qu'elles obèrent l'avenir en préparant la syphilis héréditaire tardive.

En somme, la syphilis héréditaire précoce est dans l'ensemble

très grave et cet aspect redoutable lui vient de ce que, non seulement elle peut menacer immédiatement la vie de l'être, mais aussi de ce que, le frappant à un moment où il est aux stades premiers de son développement, elle peut compromettre ce dernier et imposer des dystrophies ultérieures, irréductibles à un moment où l'heure des médications étiologiques aura passé.

c) *L'hérédo-syphilis virulente tardive.*

Qu'elle ait été précédée dans la petite enfance par des accidents relevant de l'hérédo-syphilis précoce, où qu'elle soit la première manifestation, elle est moins significative, moins particulière, moins grave aussi d'une façon générale, que l'hérédo-syphilis précoce. Enfin elle intéresse aussi bien l'adolescence que la seconde enfance. On sait d'ailleurs qu'elle peut se manifester encore plus tard, à l'âge adulte, à l'âge mûr même.

D'une façon toute générale, on peut comparer la syphilis héréditaire tardive à la période tertiaire de la syphilis acquise, comme il est permis de comparer la précoce à la période secondaire.

Il n'est guère de chapitres de la syphilis viscérale où l'on n'ait à indiquer que les auteurs ont observé des cas imputables à la syphilis héréditaire. Rien dans la révélation clinique qui soit particulier. Le diagnostic de syphilis héréditaire est posé à cause de l'âge (quand il s'agit d'enfants), des résultats de l'anamnèse, des signes dystrophiques associés.

Certaines fois, on peut observer des déterminations viscérales rappelant celles de la syphilis héréditaire précoce : kératite interstitielle, fréquente entre 10 et 15 ans, otite moyenne, surdité par labyrinthite bilatérale, coryza souvent de type ozéneux.

Les lésions cutanées consistent en gommes sous-cutanées et en syphilides tuberculeuses sèches.

Les lésions osseuses, ostéopériostite gommeuse destructive ou, au contraire, hyperostosante, et d'ailleurs généralement mixte, siègent avant tout à l'extrémité distale de la diaphyse des os longs, *le tibia étant tout spécialement atteint.* Les déformations de cet os, qui s'allonge et s'épaissit, s'incurve en bombant en avant, s'aplatit latéralement, donnent assez fidèlement la conformation classique en fourreau de sabre. Les os du crâne sont également souvent atteints par l'ostéite gommeuse.

Ces lésions osseuses dans leurs phases évolutives aiguës ou subaiguës (certaines sont chroniques d'emblée) déterminent des douleurs vives, surtout marquées la nuit.

II. Manifestations dystrophiques réputées hérédo-syphilitiques.

Il s'agit là d'une rubrique sous laquelle on groupe des manifestations disparates, dont nous avons déjà dit que certaines sont pratiquement toujours d'origine syphilitique alors que d'autres, et les plus nombreuses, ne reconnaissent cette origine que dans un certain nombre de cas, pouvant relever de toute autre cause dystrophiante éventuelle.

Ces dystrophies, témoignages actuels d'une atteinte antérieure, soit au cours de la première enfance, soit plus anciennement au cours même de la gestation, répondent, soit à ce qu'on peut, à proprement parler, nommer des stigmates, soit à des états méiopragiques des parenchymes et tissus, soit à des troubles généraux du comportement et de la nutrition, secondaire selon toute vraisemblance à une adultération des endocrines. Mais, de toute sorte, on le voit, l'action du facteur étiologique — la syphilis — ne s'exerce que par intermédiaire, et les preuves de la responsabilité de la vérole héréditaire ne sont fondées, dans les occurrences les plus assurées même, que sur des considérations cliniques souvent d'ordre statistique pur et dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'ont pas toujours la solidité désirable.

Nous allons énumérer rapidement les principales dystrophies imputées à l'hérédo-syphilis. Nous ne décrirons, brièvement, que les plus importantes d'entre elles, les stigmates dentaires.

1° *Morphologie générale* : défaut ou excès de la stature, rapports numériques anormaux entre la longueur des membres et celle du tronc, dysmorphies localisées des membres, de la tête, du tronc. *Stigmates tégumentaires* : cicatrices pigmentées cutanées ou muqueuses, vitiligo ; cicatrices de localisation spéciale, péri-buccale (Fournier), fessière (Parrot) ; leucoplasie, pelade. *Stigmates osseux* : exostoses et périostite, tibia en lame de sabre, thorax en entonnoir, axyphoïdie. *Stigmates articulaires* : hydarthrose chronique bilatérale des genoux, luxation congénitale de la hanche.

2° *Stigmates céphaliques* : asymétrie cranio-faciale, hydrocéphalie, crâne natiforme, bosses pariétales, front olympien ; effondrement des os de la racine du nez donnant l'aspect dit en lorgnette, bec-de-lièvre, malformations diverses du pavillon de l'oreille (soudure des lobules en particulier), sourcils se joignant sur la ligne médiane ; *stigmates oculaires* : strabisme-épicanthus, taies de la cornée, déformations iriennes, chorio rétinite, myopie forte et évolutive ; *stigmates auriculaires* : écoulement d'oreille et lésions cicatricielles consécutives du tympan, surdité d'installation brutale (et surdité-mutité) ; *stigmates bucco-dentaires* : voûte palatine ogivale, dents en nombre réduit (absence des incisives latérales) ou anormalement écartées, engrenage vicieux des arcades, vulnérabilité dentaire anormale, etc...

En réalité quatre dystrophies dentaires sont significatives (Edmond Fournier) : l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire, les dystrophies dentaires multiples mais systématisées, la dent d'Hutchinson, l'aspect « en tournevis » de l'incisive médiane supérieure. Les deux dernières déformations sont souvent associées. Seule la dent d'Hutchinson peut être considérée comme pratiquement pathognomonique.

L'atrophie cuspidienne de la première molaire consiste dans un amoindrissement global et irrégulier du tiers supérieur, séparé du reste de la dent par une sorte de rigole circulaire « si bien qu'à première vue, dit Ed. Fournier, on dirait une dent plus petite sortant d'une dent plus grande ». Cette partie de la dent est irrégulièrement recoupée en éminences rugueuses et partiellement dépourvue d'émail. Elle finit par s'user, la molaire ayant alors une surface plane et paraissant raccourcie.

Les dystrophies multiples systématisées intéressent les dents dont la formation est ébauchée à l'époque où l'hérédo-syphilis virulente fœtale ou précoce exerce son action : incisives (surtout), canines, premières molaires. Elles consistent en une lacune dans la formation de l'émail, dite érosion dentaire, localisée à même hauteur pour chaque dent d'un même groupe.

L'érosion peut être coronaire ou cuspidienne. Les érosions coronaires forment des *cupules* (de taille variable, de teinte brunâtre), des *sillons* (transversaux, superficiels ou profonds, de nombre variable : un seul le plus souvent, deux ou trois parfois, donnant alors les dents en escalier), ou des *nappes* (état inégal et rugueux de la surface dentaire altérée et de coloration gris-jaunâtre).

Les érosions cuspidiennes déterminent, sur les canines une atrophie de l'extrémité libre réduite à un tronçon cônique, sur les incisives l'amincissement atrophique de la partie libre (dent à sommet laminé), ou des incisures multiples plus ou moins irrégulières (dent en scie).

La dent d'Hutchinson ne doit désigner, si l'on veut garder la propriété des termes et respecter la description d'Hutchinson, que *l'échancrure semi-lunaire du bord libre des incisives médianes supérieures et la seconde dentition.* Il est en effet exceptionnel d'observer cette dystrophie au cours de la première dentition.

Enfin, tandis que la dent pousse, l'échancrure n'est pas visible, comblée qu'elle est par de la dentine destinée à s'éliminer. Elle devient de moins en moins visible en règle après vingt-cinq ans, parce que l'usure du bord libre des incisives tend de plus en plus à l'effacer.

La dent d'Hutchinson, telle que nous venons de la définir, a une valeur séméiologique de premier ordre. Lorsqu'elle est associée à des dystrophies oculaires (kératite ou taie cornéenne, irrégularités iriennes) et auriculaires (labyrinthite bilatérale, écoulement d'oreille avec surdité), on a ainsi la triade d'Hutchinson qu'on peut considérer comme un brevet de vérole héréditaire.

La dent en tournevis, malformation isolée ou associée à la précédente, intéresse également l'incisive médiane supérieure dont le collet est élargi et le bord libre rétréci.

3° *Atteintes nerveuse et viscérales* : épilepsie, maladie de Little, idiotie, énurésie, etc. : tares hépatiques, rénales, sanguines, humorales (terrain propice au choc, rôle de l'hérédo-syphilis dans certains asthmes (?), certaines urticaires (?), dans l'hémoglobinurie paraxystique dite *a frigore*) ; altération endocriniennes et sympathiques (diabète insipide, syndromes hypophysotubériens, myxœdème, atrophie testiculaire ou ectopie, etc.) ; maladies cardiaques congénitales... ; bronchectasies..

Cette énumération, à la fois fastidieuse et incomplète, contient de tout, du meilleur comme du pire. Que penser de la valeur diagnostique de ces stigmates ? Nous en avons au passage signalés certains comme de très grands poids. *Le plus grand nombre ne résiste pas à la critique sans passion.*

Il peut certes arriver qu'un sujet authentiquement hérédo-syphilitique soit porteur de telles dystrophies que nous croyons n'avoir aucun lien précis avec la syphilis. Il faut alors le traiter, mais parce que syphilitique et non parce que dystrophique. L'attitude qui consiste à soumettre au traitement antisyphilitique un sujet dont les lobules de l'oreille ne sont pas tout à fait conformes à l'idéal moyen nous paraît fort peu louable. Et même la dystrophie fût-elle pathognomonique, il faut s'assurer

de savoir si la syphilis existe encore à l'état actuel d'infection virulente, qu'on peut combattre et qu'il faut combattre, ou si elle est éteinte, et il est alors particulièrement illusoire et non fondé d'entreprendre un traitement qui ne peut rien contre la dystrophie et ne s'adresse à rien d'autre.

III. L'hérédo-syphilis de révélation seulement humorale et le problème de la syphilis « larvée ».

Les réactions humorales de la syphilis, dans le sang et éventuellement dans le liquide céphalo-rachidien, accompagnent les diverses manifestations de l'hérédo-syphilis virulente où elle ont la même valeur pour le diagnostic et la conduite du traitement qu'au cours de la syphilis acquise ; elles accompagnent parfois les manifestations dystrophiques et sont alors une raison très précise de traiter le sujet, même en l'absence de tout accident clinique.

Mais ici nous envisageons le cas où la positivité des réactions (type Bordet-Wassermann ou de floculation) est la seule révélation de l'hérédo-syphilis. On a pratiqué ces réactions humorales soit à cause des anamnestiques familiaux, soit fortuitement, soit à l'occasion d'une maladie quelconque. Une fois écartée la possibilité d'erreurs de technique, à moins que l'on n'ait affaire à l'une des quelques maladies non syphilitiques capables de donner une réaction de Bordet-Wassermann positive, il faut traiter ces sujets dont l'hérédo-syphilis se manifeste seulement par la positivité des réactions humorales, vérifiée à plusieurs reprises. Elle est à coup sûr le témoin d'une infestation latente, laquelle est peut-être minime mais peut acquérir, si elle se réveille, une gravité considérable, au cas de localisation nreveuse en particulier.

Il est même recommandable lorsque chez un sujet suspect *a priori* d'hérédo-syphilis on ne trouve rien et que le Bordet-Wassermann est négatif de pratiquer une « réactivation » d'épreuve par quelques injections de sulfarsénol ou de mercure.

Il est désirable, si le doute persiste, d'explorer le liquide céphalo-rachidien.

Voilà l'aspect thérapeutique de la question.

Il est en outre un aspect doctrinal : qu'au cours d'une maladie générale ou d'une atteinte d'organe, par ailleurs banales, on en vienne à déceler par les réactions humorales une syphilis héréditaire latente, est-on fondé à penser, dans un certain nombre de cas au moins, qu'il s'agisse là de syphilis héréditaire larvée ? A cette question d'aucuns répondent par l'affirmative. Il nous semble, avec la majorité des auteurs, tant français qu'étrangers, qu'on peut vigoureusement conclure à la négative.

Un hérédo-syphilitique est soumis aux mêmes contingences nosogènes qu'un sujet normal et même s'il y est plus sensible, ce qui n'est pas prouvé, il n'en ressort pas pour autant qu'il y ait un retentissement réciproque quelconque de la syphilis et de l'affection intercurrente l'une sur l'autre.

Les considérations précédentes s'appliquent parfaitement à la question du rôle étiologique possible de la syphilis héréditaire dans le rachitisme et la scrofule.

IV. Les éléments généraux du diagnostic de l'hérédo syphilis

Ils relèvent des trois ordres de faits : cliniques, biologiques, thérapeutiques.

Des faits cliniques, certains, nous l'avons vu, sont tout à fait significatifs. On fondera leur valeur sur des correspondances d'observation statistique, de résultats histologiques, bactériologiques, thérapeutiques, tout à fait assurés. D'autres au contraire sont de valeur douteuse. Ils ne peuvent à eux seuls entraîner la conviction. Ils doivent recevoir leur dignité séméiologique de l'appui des réactions humorales, des résultats de la thérapeutique. Encore faut-il que ces deux dernières conditions soient assurément remplies et que la critique se soit exercée à leur égard. Une erreur enfin contre laquelle on ne saurait trop réagir consiste à penser que la réunion de plusieurs dystrophies non significatives par elles-mêmes puisse avoir plus de valeur que chacune d'elle prise séparément.

La constatation du tréponème a pour le diagnostic de syphilis une valeur bien entendu absolue. Mais on ne peut le mettre en évidence que dans certaines lésions que nous avons signalées chemin faisant et qui sont d'ailleurs significatives par elles-mêmes. En pratique c'est une recherche qui n'est pas courante. Elle n'est d'ailleurs pas nécessaire à un diagnostic correct.

Les réactions humorales ont la même valeur que dans la syphilis acquise. C'est-à-dire que positives elles indiquent l'existence de l'infection syphilitique sous les réserves que nous avons exprimées plus haut. Négatives, elles ne sauraient prévaloir contre une certitude clinique dûment fondée, même si la négative est constatée à plusieurs reprises et au besoin après réactivation. Mais on peut considérer par contre cette négativité ainsi assurée comme un élément de très forte présomption contre l'hérédo-syphilis, malgré l'adage classique « un examen de laboratoire négatif n'a pas de valeur », si manque tout signe clinique actuel et si la rachicentèse a montré un liquide céphalo-rachidien normal à tous égards.

On peut, dans le même ordre d'idée, en inférer, devant un état dystrophique pur, que la syphilis est éteinte en tant qu'infection virulente. Il est enfin une époque de la vie où une réaction de Bordet-Wassermann n'a aucune valeur, c'est au cours des premières semaines. Même au cas de syphilis héréditaire avérée elle peut être à ce moment négative.

Quant aux réactions à utiliser, il est bon d'en employer au moins deux, et de préférence trois ou même quatre, comprenant d'une part une ou deux réactions du type classique Bordet-Wassermann et Hecht, et d'autre part une ou deux réactions de floculation (Meinicke, Kahn, Vernes...). Il est bon d'employer d'une part ainsi des réactions très spécifiques mais relativement peu sensibles et d'autre part des réactions très sensibles mais moins spécifiques. Si elles sont toutes négatives ou toutes positives l'interprétation est simple. Quand il y a discordance il faut savoir, à moins de circonstances spéciales (accord avec la clinique, action de la thérapeutique) ne pas trop accorder de crédit à une positivité douteuse ou faible d'une réaction hypersensible, sous peine d'étendre démesurément le domaine de la syphilis héréditaire.

Quant à la valeur critériale des résultats thérapeutiques, elle aussi demande d'être soumise à la critique. Certes il est probant de voir guérir des lésions par les arsenicaux, les mercuriaux, les bismuthiques. Mais il n'y a pas là de spécificité absolue. On sait bien, d'une part, que toutes les lésions dues à l'hérédo-syphilis ne guérissent pas par le traitement, les unes parce que trop graves et au-dessus des ressources de l'art, les autres parce que fixées. On sait d'autre part que l'arsenic, le mercure, le bismuth, l'iodure de potassium, guérissent des affections, des lésions qui n'ont rien à voir avec la syphilis. L'aphorisme classique « Naturam morborum curationes ostendunt » réclame quelque tempérament et un effort d'interprétation.

Après ces considérations générales, il nous reste à indiquer les renseignements anamnestiques et les données de l'investigation clinique que l'on peut considérer à bon droit comme présentant une valeur diagnostique ou, au moins, de très grande présomption.

Dans les anamnestiques est importante la notion de la syphilis des ascendants, que la syphilis maternelle soit avouée, avérée, démontrée par l'examen clinique, ou seulement latente. Mais si une syphilis maternelle de date récente (ne remontant pas à plus de cinq à six ans) doit, en dehors de l'intervention thérapeutique, faire présumer, comme nous l'avons dit au chapitre de l'étiologie, très fortement la syphilis du descendant, et d'autant plus que l'on est plus près du début de cette syphilis maternelle, la notion d'une syphilis de date ancienne, latente, sans manifestations cliniques actuelles, ne fait que poser le problème. Elle ne le résout pas.

La notion d'avortements, de polyléthalité infantile antérieurs, la grosse gémellaire univitelline constituent un faisceau de possibilités qui, de même que la notion du volume excessif du placenta, réclame pour acquérir toute sa valeur quelque précision supplémentaire.

De même l'existence de signes d'hérédo-spécificité chez les collatéraux ne suffit pas pour en affirmer l'existence chez le sujet considéré, en dehors de tout autre signe probant

De même encore, au moment de la seconde enfance, la notion vague de maux d'yeux, d'écoulement d'oreille, de convulsions infantiles (il peut s'agir de convulsions accompagnant l'hyperpyrexie, de spasmophilie), au cours du jeune âge ne saurait suffire si tout autre signe manque.

Le tableau clinique de l'hérédo-syphilis précoce est, nous l'avons vu, beaucoup plus significatif et souvent plus riche que celui de l'hérédo-syphilis tardive. Cependant un grand nombre des atteintes viscérales qui le caractérisent peuvent être dues à d'autres causes nosogènes.

Deux signes sont tout à fait pathognomoniques : le pemphigus palmo-plantaire et les syphilides cutanéo-muqueuses d'une part, l'ostéo-chondrite des os longs d'autre part. Rappelons que si les syphilides sont plus tardives, le pemphigus et la maladie de Parrot sont tout à fait précoces. Le coryza, la splénomégalie et l'hépatomégalie, l'anémie, les signes oculaires et auriculaires, constituent encore d'excellents signes.

L'hérédo-syphilis tardive virulente est de diagnostic facile en général en tant que syphilis : lésions du type tertiaire cutanées, osseuses, nerveuses. Parmi les dystrophies, les plus significatives sont les dystrophies osseuses (tibia en lame de sabre, nez en lorgnette), les taies oculaires résiduelles de kératite interstitielle, les stigmates dentaires parmi lesquels le seul

vraiment pathognomonique est la dent d'Hutchinson. Rappelons encore la valeur certaine de la « triade d'Hutchinson » : dystrophies associées dentaires, oculaires, auriculaires.

Traitement

I. Prophylaxie

Elle consiste essentiellement à traiter correctement les syphilitiques, à ne leur permettre le mariage qu'après les quatre ans de ce traitement correct (six ans valent mieux encore), à n'autoriser chez la femme syphilitique la grossesse que six ans après le début du traitement.

Bien souvent malheureusement, on se trouve en présence d'une femme enceinte syphilitique avérée, ou femme d'un syphilitique avéré et par conséquent très grandement suspecte d'être contaminée. « A ce dernier sujet, écrit Sézary, il ne faut pas oublier que la grossesse rend souvent négative la séro-réaction chez une syphilitique non guérie. Plus encore que de coutume, on ne tirera aucune conclusion d'un résultat négatif. Il n'est pas rare d'observer des femmes dont la réaction de Wassermann a été négative pendant toute la gestation et qui n'en accouchent pas moins d'enfants hérédo-syphilitiques. »

Il faut instituer, dès le début de la grossesse si possible (et c'est là une condition essentielle de la réussite car, nous l'avons vu, si l'on arrive plus tard, vers le cinquième mois, l'infestation du fœtus est réalisée), un traitement énergique, comparable au traitement d'attaque de la syphilis primo-secondaire. Le mercure avait donné à Fournier de beaux résultats mais incomplets, les échecs demeurant fort nombreux. Le traitement arsénical par les arsénobenzènes (novar ou sulfar), et mieux encore le traitement mixte arséno-bismuthique, donne des résultats tout à fait remarquables et le pourcentage des succès est considérable, approchant la totalité. On fait une première série mixte. Après un mois de repos une seconde. Après un mois encore une série de novar normale. Les inquiétudes émises quant à la possibilité d'un avortement dû à l'action du novar se sont révélées tout à fait vaines. Le traitement intensif, sous réserve qu'on se soit assuré qu'aucune tare antérieure (hépatique, rénale...), n'existe, est parfaitement bien supporté.

II. Traitement proprement dit

Nous n'envisagerons pas ici le traitement de la syphilis héréditaire tardive. En tant qu'elle est virulente, il ne diffère en rien de celui de la syphilis acquise à sa période tardive (tertiarisme tégumentaire et viscéral, accidents nerveux de type parenchymateux).

La syphilis héréditaire précoce comparable à la syphilis secondaire réclame comme elle un traitement intensif et ramassé dans le temps. Aussi puissante que soit la thérapeutique elle doit arriver avant que des dégâts irréparables soient commis. *C'est une lutte de vitesse.*

Médicaments : Posologie, avantages et inconvénients.

De ce qui précède on peut conclure à la nécessité d'utiliser pour le traitement d'attaque l'arsenic et le bismuth, le mercure ne venant qu'à une date ultérieure à titre de médication de consolidation et d'entretien. Cependant, au nom d'une tradition vénérable, de nombreux auteurs continuent de mettre l'hydrargyre en première place ce qui nous paraît parfaitement dangereux. On obtient de brillants succès immédiats, cliniques et même sérologiques, mais sans lendemain, et l'action n'est pas assez profonde pour empêcher à coup sûr le lent travail de désorganisation viscérale et endocrinienne qui chargera définitivement l'avenir de servitudes cruelles.

A) *L'arsenic* est employé sous forme tri ou pentavalente.

1. La forme trivalente de choix est le *sulfarsénol*, arsénobenzène constitué par la soudure de la base du 606 et d'une molécule de sulfite acide de soude, et contenant environ 20 % d'arsenic. On pourrait utiliser le novar mais il exige la voie intraveineuse malaisée chez l'enfant en bas âge. Il expose beaucoup plus aux accidents immédiats (crise nitritoïde). Au contraire le sulfarsénol s'injecte par voie sous-cutanée ou sous-musculaire. Dissous dans le sérum glucosé isotonique, il ne donne lieu à aucune douleur au lieu de l'injection. Les accidents immédiats sont très rares. Les accidents généraux tardifs des arsénobenzènes sont possibles et il convient bien entendu de surveiller l'état des fonctions hépatiques et rénales, du sol hématique. On injecte par série une dose totale équivalant à dix centigrammes par kilogramme. La dose maxima est de 1 centigr. ½ par kilogramme. On débute par des doses très faibles (2 centigrammes puis 4, 6, 9, 12, 15...). Les intervalles d'abord très courts sont progressivement allongés (2, 3, 4, 5, 6 et 7 jours).

Le sulfarséno est le médicament d'élection pour l'attaque efficace de l'hérédo-syphilis virulente précoce.

2° L'arsenic pentavalent le plus employé est, en France, l'*acétylarsan*, il existe des ampoules pour usage infantile à 9,4 %. Certains auteurs emploient le *stovarsol per os*, à raison de 2 centigrammes par kilogramme et par jour par périodes de quatre jours suivis de quatre jours de repos, ceci pendant six à huit semaines. On peut déconseiller formellement l'arsenic pentavalent comme médicament d'attaque et le réserver pour le traitement de consolidation, s'il n'existe toutefois ni atteinte rénale ni lésions du nerf optique.

B) *Le bismuth* est encore un excellent médicament, moins actif cependant que le sulfarsénol. On l'emploie soit sous forme de sels insolubles en suspension dans l'huile, soit sous forme de sels liposolubles. On injecte deux à trois fois par semaine des doses correspondant à 2 à 3 centigrammes de bismuth métal s'il s'agit d'un sel insoluble, à 1 centigr. ½ s'il s'agit de sels liposolubles. Il existe d'ailleurs dans le commerce des ampoules pour usage infantile. La série comprend douze à quinze injections intra-musculaires.

C) *Le mercure* chez le jeune enfant peut être utilisé sous forme de *frictions*, avec une dose de 1 gramme d'onguent napolitain, répétées quotidiennement pendant quinze ou vingt jours. Après un mois de repos on recommence, et ainsi plusieurs fois. Par voie buccale on peut utiliser le sublimé au 1/1.000 (liqueur de Van Swieten) à raison de dix gouttes, par jour et par kilogramme de poids du nourrisson. Avec Marfan on peut lui substituer le lactate de mercure, de saveur moins désagréable, à la dose de quinze gouttes. On peut encore user des suppositoires à 2 centigrammes d'onguent napolitain. Chez le grand enfant le cyanure d'hydrargyre peut être employé comme chez l'adulte.

III. Conduite du traitement — Résultats.

Précocité, intensité, durée suffisante du traitement : voilà les directives générales. On s'y conformera en instituant une première série de sulfarsénol (ou mixte arséno-bismuthique), puis après un mois de repos une deuxième série identique, et après deux mois de repos, une troisième. Puis on consolidera les résultats de ce traitement par des séries, d'abord rapprochées puis de plus en plus espacées, de bismuth, de mercure, d'arsenic pentavalent. En tout ce traitement d'attaque puis de consolidation durera *au moins quatre ans*. On continuera ensuite de surveiller le sujet cliniquement et sérologiquement.

Si on est intervenu assez tôt, les résultats peuvent être excellents, la guérison complète. D'autres fois, même institué très tôt le traitement échouera contre une infection maligne, d'agressivité irréductible. Enfin si le traitement est institué tardivement, les lésions en cours regresseront, plus ou moins facilement selon leur nature (ténacité par exemple de la kératite, des lésions nerveuses), plus ou moins complètement, mais aussi d'autres lésions sont déjà définitives et plus grand est le retard de la thérapeutique plus nombreuses seront les séquelles et les dystrophies. Le dépistage et le traitement de la syphilis des générateurs, le dépistage et le traitement de la syphilis héréditaire précoce « doivent être une des préoccupations les plus pressantes de ceux qui s'intéressent à la médecine sociale » (Sézary).

***

En conclusion je voudrais, messieurs, que vous reteniez ceci : que l'hérédo-syphilis n'est malheureusement que trop fréquente mais que contre elle nous sommes bien armés à condition d'intervenir tôt et de frapper fort, c'est-à-dire (à défaut d'une prophylaxie qui reste l'idéal) d'intervenir au cours de l'hérédo-syphilis virulente, surtout à la phase précoce, et de la traiter avec de puissants médicaments durant un temps suffisant ; que contre les dystrophies le traitement ne peut rien et qu'il est conséquence inutile et dangereux si rien par ailleurs ne le justifie ; que, si le diagnostic de la syphilis héréditaire précoce virulente est facile grâce à des critères de valeur certaine, celui de l'hérédo-syphilis dystrophique est souvent fondé sur des arguments de pure fantaisie ; qu'au demeurant la syphilis n'explique pas toute la pathologie et que le traitement « d'épreuve » systématique ne révèle souvent que l'indigence d'esprit du thérapeute.

A tout le moins son manque de ce bons sens dont Lamartine a dit un jour qu'il « est la juste mesure de l'esprit humain en toutes choses », ajoutant encore : « on peut être sot avec de l'esprit, on ne l'est jamais avec du bon sens ».

Puissè-je vous faire considérer l'hérédo-syphilis sous le signe du bon sens et puissiez-vous désormais la diagnostiquer et la traiter avec cette juste mesure qui n'exclut pas la décision, l'audace réfléchie et la fermeté !

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Le caractère épidémique de la paralysie infantile, autrefois inexistant ou à peine marqué, tend de plus en plus à s'accentuer ; en dehors des épidémies de famille, de maison ou de quartier, la maladie prend une allure inquiétante d'extension et d'envahissement, frappant une ville ou un pays.

La question de la contamination n'est pas complètement élucidée ; si la plupart des auteurs sont d'avis que c'est le malade ou le porteur de germes qui propagent la maladie, d'autres, les Suédois en particulier, incriminent la contamination par certains produits alimentaires, spécialement le lait et les dérivés du lait.

Il semble que, lorsqu'une épidémie a frappé une région, elle en immunise la population ; cette immunité en masse doit s'expliquer de la façon suivante : en temps d'épidémie nombre d'individus présentent quelques troubles digestifs et généraux et guérissent sans avoir le moindre symptôme nerveux et, cependant, leur sérum sanguin a acquis un pouvoir préventif. On a prétendu que l'immunité de contact existait souvent et cela sans que la personne qui en bénéficie ait présenté le moindre trouble.

(J. Taillens. — Sur l'épidémiologie, la séméiologie, le diagnostic et le pronostic de la paralysie infantile. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1937.)

Il est possible de distinguer, dans l'ensemble polymorphe des sujets hypertendus, deux groupes distincts :

1° L'un, peu nombreux, constitué à peu près uniquement de malades relativement jeunes, chez lesquels l'hypertension est contemporaine de la néphrite et dépend d'elle ;

2° l'autre, beaucoup plus nombreux, comprenant l'ensemble des autres hypertendus ; ce sont presque tous des individus ayant dépassé la quarantaine ; certains d'entre eux présentent de l'albuminurie qui n'est que l'expression de la sclérose générale dont ils sont atteints.

Différents arguments cliniques et thérapeutiques, sont en faveur de deux pathogénies différentes de ces hypertensions. La première, l'hypertension de la néphrite, est due à une constriction active des artérioles périphériques ; en effet, elles ne se laissent que peu dilater par l'histamine ou l'acétyl-choline. La seconde, l'hypertension essentielle paraît dépendre de l'état des centres vaso-moteurs centraux et médullaires.

(E. Dicker. — Recherches cliniques sur la pathogénie de l'hypertension artérielle. *Acta medica scandinavica*, 22 juillet 1937.)

La neurasthénie est la parente pauvre de la neurologie ; tous les traités la rangent parmi les névroses, cette étiquette sans signification précise.

Ses causes peuvent se résumer en quelques lignes :

1° La neurasthénie est une dysendocrinie.

2° Son véritable symptôme de base, qui permet de la différencier du simple état dépressif, est l'hypotension artérielle permanente.

3° Les glandes, dont le dysfonctionnement aboutit à la constitution du syndrome neurasthénique, sont : l'hypophyse, la surrénale, la thyroïde, l'ovaire et le testicule.

Les données étiologiques de la neurasthénie étant ainsi posées, on peut se demander comment un sujet normal jusque-là se met à présenter brusquement, à un certain moment de son existence, ce dysfonctionnement pluriglandulaire, qui se traduit par le syndrome neurasthénie. La réalité est simple : on naît prédisposé à la neurasthénie comme on naît prédisposé à la tuberculose. Le surmenage (physique, intellectuel ou émotionnel), qu'on avait toujours considéré jusqu'à present comme la cause première de la neurasthénie, n'en est, en réalité, que la cause déchaînante.

(G. Dubois-André. — La neurasthénie. Interprétation pathogénique et thérapeutique. *Scalpel*, 3 juillet 1937.)

Les cas de diphtérie sont plus nombreux à Newcastle depuis deux ans.

Parmi ceux de 1935 deux cas sont particulièrement à signaler.

Le premier est un cas de diphtérie naso-pharyngée grave chez un enfant de neuf jours.

Le second concerne un enfant de 12 ans, qui présenta de la chorée parmi plusieurs complications nerveuses de la maladie.

(Dawson-Walker et Brevis. — Two unusual cases of diphtheria. *British journal of children's diseases*, avril-juin 1937.)

Une statistique de 556 cas de cholécystite aiguë, traités à la clinique chirurgicale de Lund de 1924 à 1933, permet de tirer des conclusions pratiques importantes.

Il y eut 300 interventions.

La perforation de la vésicule biliaire dans la cholécystite aiguë est une complication d'une gravité particulière ; le diagnostic est très difficile et l'opération préventive est à conseiller.

L'opération radicale, c'est-à dire la cholécystectomie, effectuée précocement, donne les meilleurs résultats tant au point de vue immédiat que lointain. Tous les cas graves de cholécystite aiguë doivent être opérés immédiatement sans tenir compte du jour de la maladie. De plus l'opération immédiate est indiquée dans tous les cas de cholécystite ordinaire dans les deux premiers jours de la maladie ; le processus aigu est immédiatement enrayé et l'état général est en état de mieux supporter l'intervention. Dans les cas où les symptômes sont en décroissance dès les premiers jours, il convient de ne pas opérer immédiatement.

Le traitement médical expose à des résultats éloignés peu satisfaisants.

(Nils Liedberg. — Klinische Studien über die akute Cholecystitis. *Acta chirurgica scandinavica*, 1937, vol. LXXIX, sup. XLVII.)

Les prismes sont de plus en plus fréquemment prescrits en ophtalmologie aux Etats-Unis.

La théorie du prisme et la pratique des corrections visuelles sont développées dans cette excellente étude, qui est surtout intéressante pour les spécialistes.

(Manes et Sverdlick. — Los prismas y su applicacion practica en oftalmologia. *Semana medica*, 8 juillet 1937.)

Le traitement des prurits cutanés est étroitement lié à leurs causes et par suite, le traitement général joue un rôle de premier plan, Il n'en est pas moins vrai que les applications locales ne sont point d'une valeur négligeable.

Les rayons ultra-violets donnent de bons résultats. Il est indispensable de bien connaître le rendement de l'appareil employé. La réaction, obtenue par une première séance, donnera une indication suffisante pour les applications ultérieures.

Avec un peu d'expérience on arrive à irradier uniformément la surface à traiter. Il importe de tenir compte de l'action des rayons obliques.

Le traitement local n'est pas le seul à considérer et la photothérapie générale a également de beaux succès à son actif.

Il ne faut jamais oublier que la peau est une entité à fonction autonome, en relation avec tous les systèmes de l'organisme.

(Mario Segre. — I raggi ultravioletti nel trattamento dei pruriti cutanei. *Minerva medica*, 22 juillet 1937.)

Le charbon intraveineux a été utilisé avec succès dans deux cas d'abcès du poumon.

La technique a été la suivante : de 10 à 15 injections journalières de 2 1/2 à 5 c.c. On a employé dans le premier cas une suspension de charbon dans du sérum physiologique et dans le second un produit à base de charbon, alcool et glucose.

(Rizzo, Gamalero et Matteo. — El carbon endovenoso en el tratamiento del absceso de pulmo. *Semana medica*, 8 juillet 1937.)

Le solganal B huileux est inoffensif dans la seconde enfance, même à des doses élevées.

Son action est évidente, principalement sur les troubles fonctionnels et généraux. Les lésions sont moins influençables, bien qu'elles tirent un certain bénéfice du traitement.

(Rossello. — El solganal B oleoso en la tuberculosis infantil. *Semana medica*, 7 juillet 1937.)

Les instituteurs roumains paient un lourd tribut à la tuberculose. Près de 3.000 d'entre eux seraient atteints.

Comme ils se soignent tardivement et sont en rapport avec plus de 120.000 élèves, ils représentent un facteur important de contagion.

Il y aurait lieu de procéder à un examen radiologique et bactériologique au début de chaque année scolaire.

(I. Popoviciu. Tuberculoza la invatatori. *Clujul medical*, 1er mars 1937.)

Varia

L'objet immédiat de la clinique et celui de la médecine expérimentale proprement dite sont bien différents.

La clinique établit des faits, émet des hypothèses, pose des problèmes qu'elle est généralement incapable de résoudre pour cette raison simple qu'elle se trouve toujours en face de données très complexes qui doivent être dissociées patiemment et progressivement.

C'est ce que l'expérimentateur peut faire parce que, à son gré, il lui est loisible de faire varier les contingences étroites dans lesquelles il enferme systématiquement son champ d'observation. Il lui est permis de les reproduire jusqu'au moment où paraîtra la certitude suivant cette loi ancienne que, toutes choses étant égales, les mêmes causes doivent produire les mêmes effets. (Lucien Beco, de Liége.)

***

Je suis maintenant assez vieux, je le crains et je m'en réjouis, pour être modeste. Quand j'étais un enfant en médecine, je parlais comme un enfant, je comprenais comme un enfant, je pensais comme un enfant ; mais maintenant j'espère avoir perdu cette puérilité et avoir réalisé que nous ne voyons la plupart des choses qu'à travers un verre trouble (D. Elliot Dickson, d'Edimbourg).

J. Lafont.

Echos et Glanures

Verlaine à l'hôpital. — *M. Saint-Georges de Bouhélier évoque des souvenirs dans* Candide (9 septembre 1937) :

Dans l'espèce de cellule qui lui servait de chambre, Verlaine habitait tout seul. Il devait ce rare privilège au médecin-chef et c'était bien la seule faveur que lui eût jamais départie la société. Séparé de la salle commune, il possédait son chez soi. Il n'en communiquait pas moins avec le monde des malades. Il s'intéressait à beaucoup d'entre eux. Comme le mal qui l'avait conduit à l'hôpital ne l'obligeait pas à garder la chambre, il lui était permis de parcourir les salles et d'aller de l'un à l'autre. Il en profitait pour se faire des relations. Les malades le voyaient s'arrêter auprès d'eux et ils échangeaient avec lui des conversations sans fin. Il leur faisait raconter leurs histoires, se préoccupaient de l'état de leur santé, les interrogeait sur les soins qu'on leur donnait, recevait d'eux des confidences relativement à leurs projets d'avenir. Quelquefois, il payait du tabac à l'un d'eux. On le consultait pour les lettres à écrire et cela créait une intimité. Il se sentait là bien vu de chacun. Quelque chose de particulier l'auréolait. Aux égards que lui témoignait le personnel et jusqu'à l'économe et aux docteurs, ses camarades de la grande salle comprenaient qu'il était un personnage à part et, bien que son hirsute figure fût marquée des signes de sa déchéance, on flairait en lui quelqu'un de *spécial*. Cela n'allait pas sans des amertumes. Pourquoi Verlaine recevait-il tant de visites, alors que les autres vivaient si délaissés ? L'envie s'attaque à tout et personne n'y échappe, même au sein de l'infortune, Verlaine en était l'objet. Quelquefois, la mort d'un voisin ramenait aux réalités toutes ces épaves. On voyait un lit s'entourer de paravents : c'était l'annonce qu'un homme était à l'agonie et, bientôt, on voyait s'en aller dans des draps quelque chose de lourd qui était un mort. Verlaine faisait une réflexion, et puis il n'y pensait plus. Ce qui l'attendait dans la vie, il le savait.

Un médecin éditeur : Le Docteur Arthaud. — *M. Pierre Langers est allé rendre visite à l'éditeur-médecin grenoblois B. Arthaud. Voici un passage de son interview publié par* Toute l'Edition (4 septembre 1937.)

.....Le cas n'est-il pas curieux de cet homme qui se destinait à la médecine, qui fit ses études de médecine, qui fut médecin auxiliaire pendant la guerre (cinq citations et la Médaille militaire sur le front) et qui, par la suite, s'est uniquement et entièrement consacré au livre ?

— Pourquoi, ai-je d'abord demandé au libraire et éditeur grenoblois, pourquoi avez-vous abandonné la médecine pour l'édition ?

— Une circonstance fortuite et douloureuse m'a conduit à le faire : le décès subit de mon beau-père, M. Jules Rey, le fondateur de notre maison. Externe des hôpitaux, j'achevais la préparation de l'internat lorsqu'il fut terrassé par une embolie.

Quelque temps auparavant, se sentant fatigué (le labeur et les émotions du temps de guerre avaient usé ses forces physiques, mais non son énergie), il m'avait conseillé d'étudier la marche de sa maison pendant une période de vacances ; j'étais ainsi depuis quinze jours mêlé de plus près à ses travaux lorsqu'il disparut. Ma voie était tracée : m'initier davantage pour sauvegarder des intérêts de famille. Cela ne pouvait se faire sans une pénétration intime, et peut-on être mêlé à la fabrication du livre sans en prendre la passion ?

« Venu à Grenoble en vacances, le 1er juillet 1922, appelé à partager les responsabilités de la maison quinze jours plus tard, j'étais conquis. Au début de 1924, je devenais seul propriétaire.

L'année d'après, je me décidais à mettre le point final à mes études de médecine par la formalité de la soutenance de thèse, mais aussitôt après, je regagnais Grenoble. Mauvaise journée de thèse. Parti de Grenoble par le train de nuit, comme toujours arrivé à Paris par une triste journée de pluie, seul dans le grand hall de la Faculté, alors que mes collègues étaient entourés d'amis, je venais chercher un diplôme dont je savais que je ne ferais rien. Cela pour consacrer six années d'études et quatre années de guerre comme médecin auxiliaire, clôturer des rêves... être chirurgien à Paris. Et quel jeune homme n'a pas fait de rêves.

« Aussitôt après la soutenance, des rendez-vous d'affaires le soir le train ; le lendemain le bureau, alors que je n'avais pas encore les collaborateurs dont je me suis entouré depuis et que je ne pouvais m'absenter. Mauvais souvenirs parce que si j'avais été conquis par l'édition, j'aimais cependant la médecine à laquelle dix années de souvenirs me liaient, et je ne pouvais l'abandonner sans regret. Pour moi, c'était le passé ; l'avenir, c'était le livre. Vous le voyez, je suis venu à l'édition accidentellement ; mais j'y suis resté par goût.

Stendhal et le Docteur Koreff. — *M. Henri Martineau publie dans les* Nouvelles littéraires *(11 septembre 1937) une lettre inédite de Stendhal à Jussieu ; et après avoir rappelé les amitiés scientifiques de Beyle il évoque celle qui le lia au Docteur Koreff et dont la lettre à Jussieu donne un nouveau témoignage.*

.....Le Docteur Koreff était du même âge que Stendhal, étant né à Breslau en 1783. Reçu docteur en médecine à Halle, il vint à Paris, où il fit un premier séjour, puis il voyagea en Suisse, en Italie, poussa jusqu'à Vienne avant de retourner vivre à Berlin. Pourtant, dès 1823, il était de retour à Paris, qu'il ne devait plus quitter. On le voyait partout à l'Arsenal, chez Cuvier, chez le baron Gérard, chez Mme de Castellane, chez Mme Récamier, chez Mme Ancelot qui l'a représenté dans un de ces curieux tableaux où posèrent toutes les célébrités du temps. Le général Lamarque répétait, après Mme de Staël, qu'il était l'homme le plus spirituel de son temps. Il était l'ami de Benjamin Constant et un familier de la petite société libérale où brillaient Stendhal et Mérimée. Dès son arrivée à Paris, il avait été placé sous la surveillance de la police, et, par surcroît il passa toute sa vie pour un espion du gouvernement prussien.

Koreff avait en Allemagne beaucoup fréquenté Hoffmann, l'auteur des Contes fantastiques ; il fit connaître à Lœve-Veimars, qui le devait traduire en France. C'est lui, enfin, qui intronisa Henri Heine dans les salons de Paris.

Il exerçait aussi la médecine et pratiquait tout particulièrement le magnétisme. Il donna ses soins à la marquise de Boufflers, à la duchesse de Custine et à sa famille, à Talleyrand, à Mme d'Agoult que Liszt lui avait fait connaître, et quelque peu à son ami Beyle. Talleyrand disait de lui : « Ce diable de Koreff, il sait tout, même un peu de médecine ». Il sut se faire une

clientèle fort importante. Au dire de sa femme, il était spécialiste des cas désespérés.

On conçoit que, dans ces conditions, il n'avait pas que des amis et ses adversaires — au premier rang desquels se rangeaient la Faculté de médecine presque entière et son doyen, Orfila — voulaient depuis longtemps lui faire interdire d'exercer la médecine en France. En 1830, Cuvier avait dû prendre hautement sa défense. Les choses se gâtèrent toutefois quand Koreff eût à soutenir, en 1837, un procès abracadabrant. Avec son confrère Wolowski, il avait eu le front de réclamer au duc de Hamilton la somme de quatre cent mille francs pour avoir soigné par le magnétisme durant quatre mois sa fille, la comtesse de Lincoln.

Koreff fut condamné et sa réputation fort compromise. C'est alors que furent rapportées par le ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, les ordonnances qui permettaient à Koreff d'exercer en France. Il songea à retourner en Prusse.

Ses amis s'entremirent heureusement, et parmi eux Stendhal, qui, à sa lettre à Jussieu, ajoutait ce post-scriptum :

« Je voudrais bien vous parler de l'affaire de Koreff. Il n'a pas plus de vice que M. Orfila ou ses autres ennemis, et, de plus, il a beaucoup d'esprit, et immensément d'anecdotes. Il est touché aux larmes de son affaire. Quand S. Exc. Salvandy aura été remplacé par un autre, est-ce que Koreff ne peut pas faire rapporter l'ordonnance qui le suspend ? Que gagne-t-on à éloigner de Paris un homme d'esprit ? Un boulanger a un procès avec un duc anglais, les tribunaux rendent leur jugement. La chose terminée légalement, intervient M. le Préfet de Police qui fait fermer la boutique du boulanger. On dépense de l'argent pour avoir un kangouro » au Jardin des Plantes, pourquoi ne pas avoir à Paris cette autre rareté, un Allemand homme d'esprit ?

Jussieu donna-t-il un de ces avis judicieux que Stendhal goûtait chez lui ? Toujours est-il que le crédit des amis de Koreff, au premier rang celui de Bertin, les directeurs du *Journal des Débats*, lui permit de continuer à Paris l'exercice de sa profession.

Mais le médecin prussien était à peu près oublié quand l'attention du public fut à nouveau sollicitée par un second procès qu'il eut exactement dix ans après le premier. Pour avoir fait deux cent quarante visites à Marie Duplessis, la Dame aux Camélias, Koreff réclamait quatorze mille francs aux héritiers de sa cliente. Il fut encore débouté de ses prétentions.

Quatre ans plus tard, en 1851, tombé dans la misère ou presque, il devait mourir subitement dans la rue. Nouveau trait de ressemblance, qu'en plus de l'esprit, il eut avec son ami Stendhal.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Urgences de chirurgie. *Tableaux cliniques, conduite à tenir*, par Louis Dambrin. Un vol. in-8° de 110 pages avec 128 figures, 37 francs. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Etre utile, montrer à l'étudiant et au jeune praticien ce qu'il faut faire sans retard, en présence d'une « urgence de chirurgie », tel est le but que l'auteur s'est proposé et qu'il a pleinement atteint.

Dans une forme brève, condensée, les principales « urgences de chirurgie » sont abordées suivant un plan très pratique, allant du *tableau clinique* à la *conduite à tenir*.

L'homœopathie sans mystère, par le Docteur Louis Bercher. Un vol. in-8° de 120 pages, 32 fr. G. Doin, édit., 8, place de l'Odéon, Paris-VIe.

Par un exposé très clair des fondements de la méthode et des résultats de la pratique, le Docteur Bercher se propose de permettre l'entrée de l'homœopathie dans la grande famille de la thérapeutique.

Les rhumatismes de l'épaule, par Robert Merklen. Un volume in-8° de 206 pages, avec 17 figures, 30 francs. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Les rhumatismes de l'épaule ont fait l'objet de très nombreuses et très remarquables études partielles. Un effort de synthèse paraissait donc s'imposer, car, jusqu'à ce jour, aucun ouvrage d'ensemble ne leur avait été consacré.

Précis de phtisiologie. *Evolution générale, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, par Albert Giraud. Deuxième édition entièrement remaniée par l'auteur et révisée par F. Cardis. Un volume in-8° de 490 pages, avec 45 figures dans le texte, et XXXIII planches radiographiques hors texte, 100 francs. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Le but de ce Précis a été de présenter au lecteur, en un seul volume, l'ensemble de nos conceptions actuelles sur l'évolution générale, le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Ecrit dans un esprit didactique et pratique, l'ouvrage s'adresse à la fois à l'étudiant désireux de s'initier aux choses de la phtisiologie et au médecin praticien qui est dans l'impossibilité de rechercher dans les traités spécialisés, consacrés à telle ou telle branche de la pathologie pulmonaire, un exposé des notions dont il a besoin pour l'exercice de son art.

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. 1937. Un vol. de 850 pages, 100 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Ce volume comprend une série de cent exposés des questions actuelles d'endocrinologie, faits par des biologistes et médecins du monde entier à l'occasion des Journées médicales de Paris.

Après un avant-propos du Professeur Paul Carnot, viennent une série d'exposés généraux sur les régulations neuro-hormonales (Roussy), les régulations hormo-hormonales (Portier), les régulations hormonales en clinique (Mauriac et Leriche), le déclenchement hormonal du rut (Edgar Allen, de New-Haven), les interrelations des hormones gonadotropes (P.-E. Smith, de New-York).

Viennent ensuite une série de chapitres sur les régulations hypophysaires, thyro-parathyroïdiennes, génitales, surrénales, pancréatiques, digestives, etc.

Enfin l'ouvrage se termine par des chapitres généraux sur les hormones synthétiques (Butenandt, de Berlin ; Dodds, de Londres) ; sur les hormones et les vitamines (Euler, de Stockholm ; Mouriquand) ; sur les hormones végétales (Fabre) ; sur les hormones et les principes cancérigènes (Oberlin et Sannié).

En conclusion, deux exposés pratiques, par les Professeurs Loeper et Harvier.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 40 — 2 OCTOBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Etranger 1re zone .... 70 fr.
Etranger 2e zone .... 90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

DIRECTION SCIENTIFIQUE

H. BOURGEOIS, Oto-Rhino-Laryngologiste hon. des Hôpitaux
A. BRÉCHOT, Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
M. CHIFOLIAU, Chirurgien hon. des Hôpitaux
A. CLERC, Professeur de Clinique médicale à la Pitié, Membre de l'Acad. de Médecine
H. CODET, Ancien Chef de Clinique psychiatrique
C. JEANNIN, Professeur de Clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de Médecine
Ch. LENORMANT, Professeur de Clinique chirurgicale à Cochin, Membre de l'Acad. de Médecine
G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT, Professeur agrégé à la Faculté
Félix RAMOND, Médecin honoraire des Hôpitaux
A. SÉZARY, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital St-Louis
Henri VIGNES, Professeur agrégé, Accoucheur des Hôpitaux

RÉDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Université de Paris. — Le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé recteur de l'Université de Paris.

Le Professeur Gustave Roussy est né en Suisse, de parents dont les ancêtres avaient dû quitter la France lors de la révocation de l'Edit de Nantes.

Il fit ses premières études médicales à la Faculté de Genève, puis fut naturalisé Français et vint à Paris, où il fut interne des hôpitaux en 1901.

Docteur en médecine en 1907, chef des travaux de physiologie pathologique au Collège de France jusqu'en 1908, il devint chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

Professeur agrégé en 1910, il a succédé à Letulle comme professeur d'anatomie pathologique. Il est, en outre, médecin en chef de l'hospice départemental Paul-Brousse.

Ses travaux, qui ont pour base générale l'anatomie pathologique, ont porté principalement sur la neurologie, l'endocrynologie et la cancérologie.

En neurologie, il a publié un travail demeuré classique sur la couche optique et effectué des recherches de haute valeur sur les localisations cérébrales, les pédoncules cérébraux et cérébelleux, le cône terminal de la moelle épinière.

Dans le domaine des glandes à sécrétion interne, il a poursuivi des recherches sur le corps thyroïde, l'hypophyse et les relations de cette dernière avec la base du cerveau.

Au chapitre du cancer, on lui doit des précisions sur le rôle du terrain dans cette maladie, sur le mode de comportement des tissus à l'égard des radiations, sur la classification des tumeurs du système nerveux.

Enfin, il a pris l'initiative de l'organisation du centre anticancéreux de la banlieue parisienne à Villejuif, organisme complet comprenant un institut de recherche admirablement installé et de façon très moderne, un centre de diagnostic, un hôpital de cent cinquante lits, des services de radiothérapie et de curiethérapie.

Le Professeur Roussy a été, pendant la guerre, de 1914 à 1918, médecin chef des centres neurologiques de la 10e armée et de l'armée de Lorraine.

Il a été élu membre de l'Académie de médecine en 1929.

En 1933, il a été choisi comme doyen de la Faculté de médecine, en remplacement du Professeur Balthazard, qui ne sollicitait pas le renouvellement de son mandat.

Il a fait preuve, dans ces fonctions, de talents remarquables d'administrateur, introduit notamment de grandes améliorations dans l'installation matérielle de la Faculté et a obtenu qu'une annexe de celle-ci vint occuper la place laissée libre par la démolition de l'hôpital de la Charité.

Facultés de médecine. — *Traitement des assistants.* — Les traitements des assistants des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui ont été institués agrégés à l'issue d'un concours d'agrégation de médecine, sont fixés ainsi qu'il suit :

Université de Paris : 1re classe, 36.000 francs ; 2e classe, 32.000 francs ; 3e classe, 28.000 francs ; 4e classe, 24.000 francs.

Université des départements : 1re classe, 33.000 francs ; 2e classe, 29.600 francs ; 3e classe, 26.200 francs; 4e classe, 22.800 francs.

Les assistants satisfaisant aux conditions ci-dessus et rangés actuellement dans la 5e classe pour l'Université de Paris, dans la 5e ou la 6e classe pour les Universités des départements seront rangés, à compter du 1er janvier 1937, dans la 4e classe pour Paris, dans la 4e classe pour les départements.

Faculté de médecine de Paris. — Il est créé une chaire d'assistance médico-sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

M. Crouzon, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine, est nommé titulaire de cette chaire.

Le Professeur Crouzon, en dehors de ses travaux de neurologie, s'est attaché à l'étude des questions de médecine sociale : membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, médecin de l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique, expert près les Tribunaux, il a présidé le Congrès de médecine légale et de médecine sociale en 1937.

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur: G. Roussy). — *Cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique*, par MM. Roger Leroux, Charles Oberling, René Huguenin, Albot, Busser et Delarue.

Ce cours commencera le lundi 11 octobre à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants de 13 h. 30 à 17 heures.

Le cours comprend :

1° Trente-quatre exposés théoriques, avec protections, sur des sujets d'anatomie pathologique dont la liste est donnée ci-dessous ;

2° Trente-quatre séances de technique, avec démonstrations, au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique. Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

En plus de ces préparations, les auditeurs auront l'occasion d'étudier un grand nombre de coupes intéressant la plupart des affections qui se présentent dans la pratique courante.

3° Des séances de démonstrations d'autopsie avec présentation et discussion de pièces macroscopiques, et examens histologiques immédiats. Ces séances auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de 10 à 12 heures et demi à l'Institut du Cancer, 16 *bis*, avenue des Ecoles, à Villejuif.

Programme du cours. — A. *Anatomie pathologique générale.* — 1. La documentation anatomo-pathologique en médecine. Origine des documents : autopsie, biopsie, pièces opératoires. Notions indispensables aux prélèvements utiles. Technique. Les pièces au laboratoire : fixation, inclusion, coupe, coloration. — 2. Les grands processus pathologiques. L'inflammation dite « banale » et ses diverses modalités. — 3. Les inflammations selon l'agent pathogène, ou inflammations spécifiques (tuberculose, syphilis, mycoses). — 4. Les tumeurs dites bénignes et les dysembryomes. — 5. Les processus néoplasiques : cancer. Les cancers épithéliaux. — 6. Les cancers des tissus conjonctifs.

B. *Anatomie pathologique spéciale.* — 7. Les lésions du carrefour aéro-digestif : langue, lèvres, gencives, amygdales, nez, larynx. — 8. L'œsophage et l'estomac : gastrites, ulcères (pathogénie) des divers types de cancers gastriques. — 9. Pathologie

de l'intestin grêle et du gros intestin. Les appendicites. — 10. Inflammation et tumeurs des glandes salivaires et du pancréas. La cyto-stéatonécrose. — 11. Hépatites aiguës. — 12. Hépatites chroniques et cirrhoses. — 13. Foie cardiaque. Les tumeurs du foie. — 14. Les réactions pathologiques de la rate. Etude anatomo-clinique des splénomégalies. — 15. Les lésions inflammatoires et tumorales des ganglions et du système lymphopoïétique. Leucémies, leuco-sarcomatoses, lymphomatoses. — 16. Les troubles élémentaires du parenchyme pulmonaire. Réactions inflammatoires banales. Lésions vasculaires. — 17. Formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. — 18. Les scléroses pulmonaires. Les dilatations des bronches. Les kystes du poumon. Les tumeurs du poumon et du médiastin. — 19. Les réactions inflammatoires des séreuses : pleurésie, péricardites, péritonites. — 20. Endocardites : lésions anatomiques et types cliniques. — 21. Myocardiques. Le cœur rhumatismal. Les infarctus du myocarde. — 22. Artérites et phlébites aiguës et chronique. Athérome et artério-sclérose. — 23. Lésions élémentaires du parenchyme rénal. Les néphrites épithéliales et les néphroses. La maladie amyloïde. — 24. Les glomérulo-néphrites. Le rein vasculaire. Néphrites interstitielles et néphrites ascendantes. — 25. La tuberculose rénale et les tumeurs du rein. — 26. Lésions inflammatoires et tumorales de l'appareil génital de l'homme. — 27. Métrites et tumeurs de l'utérus. Lésions du placenta. Lésions principales des trompes et des ovaires. — 28. Pathologie de la glande mammaire : lésion inflammatoires ; Tumeurs dites bénignes et cancers. — 27. Lésions fondamentales de la peau. Cancers cutanés. Nævi et nævo-carcinomes. — 30. Lésions élémentaires du tissu osseux : ostéites banales et spécifiques. Les sarcomes des os. — 31. Les dystrophies osseuses : rachitisme, ostéomalacie ; ostéite fibreuse, maladie de Paget. — 32. Notions générales sur les lésions inflammatoires et tumorales du système nerveux. — 33. Principales lésions de la thyroïde. Syndromes d'hyperthyréose. Cancers thyroïdiens. Syndromes parathyroïdiens. — 34. Lésions de la cortico- et de la médullo-surrénale ; corrélations anatomo-cliniques. Lésions de l'hypophyse ; leurs rapports avec les syndromes hypophysaires.

Ce cours est exclusivement réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Le droit d'inscription est fixé à 250 francs. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures, et salle Béclard, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Deuxième cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance (2e série). — Le Docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du Docteur Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du lundi 11 octobre au samedi 23 octobre 1937, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin à 10 heures : visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçons à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 200 francs. Les bulletins de versement du droit son délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. Contagion tuberculeuse et virus filtrable. — 2. Primo-infection : Tuberculose pulmonaire du nourrisson. — 3. Primo-infection : Tuberculose des ganglions bronchiques. — 4. Primo-infection : Stade de généralisation (tuberculose miliaire, granulie). — 5. Tuberculose de réinfection : spléno-pneumonie. — 6. Tuberculose de réinfection : Pneumonies tuberculeuses et formes ulcéro-caséeuses de l'enfant et de l'adolescent. — 7. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 8. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon : Injections intra-trachéale de lipiodol. — 9. Tuberculoses atténuées des séreuses ; Pleurésies et autres manifestations. — 10. La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 11. Diagnostic radiologique de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — 12. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant ; Recherche du bacille dans le contenu gastrique ; Culture du sang d'après les méthodes nouvelles. — 13. Principes de thérapeutique médicamenteuse et spécifique. — 14. Héliothérapie. Préventorium et école de plein air. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile. — 15. Prophylaxie ; la préservation de l'enfance contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher ; la vaccination antituberculeuse de Calmette.

Des visites au préventorium d'Yerres, à l'Ecole en plein air de Suresnes, aux Foyers de placement et aux Centres d'élevage de l'Œuvre Grancher seront organisées pour les élèves.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mai 1938 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 15 décembre 1937, à 9 h. 1/2, au parc des Expositions, porte de Versailles, (Paris XVe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au mercredi 24 novembre 1937 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Guerre. — Sont nommés :

Médecin général inspecteur : le médecin général Gay-Bonnet, inspecteur permanent du matériel et des établissements du service de santé militaire, membre du Comité consultatif de santé.

Médecins généraux : les médecins colonels Maisonnet, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris ; Mahaut, directeur du Service de santé de la 4e région, au Mans ; Policart, sans affectation.

Légion d'honneur. — *Ministère de la santé publique.* — Commandeur : M. Paul-Alexandre Ertzbischoff. — Officier : M. Félix-François Ricolfi (Nice). — Chevaliers : M. Devaux (Vichy) ; M. Vincent Versini (Calcatoggio, Corse).

Conférences de psychiatrie. — Le Docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des Asiles, reprendra ses

conférences et examens de malades à partir du mercredi 20 octobre jusqu'au 15 avril. Ces conférences d'information psychiatrique ont pour objet, comme les années précédentes, l'étude des divers problèmes neuro-psychiatriques classiques et d'actualité. Les examens de malades auront lieu tous les mercredis, à 16 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique du Prof. Claude. Les conférences théoriques auront lieu le soir du même jour, à 21 heures, à la Bibliothèque de l'Asile Sainte-Anne. Pour inscriptions et renseignements s'adresser au Docteur Nodet, chef de clinique, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Asile d'aliénés. — Mme le Docteur Gardien-Jourdheuil est nommé médecin-chef à l'asile d'aliénés Saint-Joseph-de-Cluny, à Limoux.

M. le Docteur Chaurand est nommé médecin-chef à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à Privas.

Service sanitaire maritime. — M. le Docteur Mallet est nommé médecin de la santé du port de Saint-Nazaire, en remplacement de M. le Docteur Bizard, appelé aux fonctions de directeur de la santé.

M. le Docteur Casteret est nommé agent principal de la santé, à Sète, en remplacement de M. le Docteur Herber, retraité.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (Paris 18-21 octobre 1937). — La session annuelle de la Société française d'oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le lundi 18 octobre, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Professeur Brémond, de Marseille.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR : Indications et résultats de la chirurgie intracranienne du nerf auditif ; rapporteurs : MM. Aubry et Ombrédanne. — Les inflammations aiguës du larynx et de l'hippolarynx chez l'enfant ; rapporteurs : MM. Le Mée, André Bloch et M. Bouchet.

Communications : Chaque orateur ne pourra faire plus d'une communication dans la même session. Toute communication qui n'aura pas été présentée en séance, ne sera pas publiée dans les comptes rendus, à moins que l'auteur, absent pour un cas de force majeure, ne se fasse remplacer par un collègue, membre de la Société, qui résumera la communication.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : M. Henri Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (XVIIe), et à Cauterets (Hautes-Pyrénées).

Journée internationale du rhumatisme (Paris 9 octobre 1937). — La séance clinique à l'hôpital Saint-Antoine (10 heures précises), dans le service de M. le Professeur Loeper sera consacrée à la maladie de Chauffard-Still.

Professeur agrégé A. LEMAIRE et Mme BROUET-SAINTON : Considérations cliniques, radiologiques et pathogéniques à propos de la maladie de Chauffard-Still. — Docteur CLÉMENT, médecin des hôpitaux : la maladie de Chauffard-Still chez l'enfant. — Docteur J. PATEL, chirurgien des hôpitaux : Maladie de Chauffard-Still et splenectomie. — Professeurs Maurice VILLARET, A. BERGERET, J. JUSTIN-BESANÇON et A. RUBENS-DUVAL : Présentation d'une malade atteinte de polyarthrite chronique d'allure infectieuse et splénectomisée en juin 1937. Discussion des cas présentés.

Echos et Glanures

La misère des étudiants. — *De M. le Docteur Godlewski dans* L'EPOQUE :

Leurs maîtres se demandent si la plupart des élèves auront de quoi vivre, cette année au quartier Latin.

Parmi les étudiants, les futurs médecins seront particulièrement atteints par la cherté de la vie : leur présence à Paris est de dix et même onze mois, au lieu de huit ou neuf pour leurs camarades des autres Facultés, et cela dès le début de leurs études, dès la préparation de l'externat. Ils sont astreints — ne serait-ce que pour leur présence à l'hôpital — à des frais de transports très importants : une somme d'un millier de francs annuelle va être à inscrire à leur maigre budget pour ce chapitre. Ajoutez à cela les frais des conférences, pour lesquelles ils reviennent parfois le soir dans divers hôpitaux souvent à la périphérie ; ajoutez la multiplication des livres et publications scientifiques, dont la collection de certaines est indispensable pour les ques-

tions de concours. Vous comprendrez alors qu'un tel étudiant, venant de province, pour vivre au quartier latin, sans luxe mais sans restriction alimentaire, avait déjà besoin, l'an dernier, de douze cents francs par mois et qu'il va lui falloir cette année des mensualités de quinze cents francs ; soit une dépense annuelle de seize à dix-huit mille francs, suivant la durée des vacances, onéreuses d'ailleurs aussi.

Or, de telles charges pour les parents surviennent l'année qui les a le plus écrasés de frais généraux nouveaux et *qui a écrasé les familles les plus méritantes, plus que les autres.* Les impôts indirects, en effet, sont pour une bonne part dans ces frais, et l'on sait que ces impôts constituent une dépense proportionnelle au nombre de « bouches à nourrir ».

Il faut dès lors prévoir qu'il va y avoir bien moins de parents pouvant assurer à leurs enfants des études supérieures, en leur fournissant les subsides nécessaires.

En effet, faire vivre en même temps deux ou trois étudiants comporterait une dépense annuelle de trente à cinquante mille francs et n'y peuvent plus prétendre même ceux que leur travail a élevés dans la société aux rangs les plus honorables. Savants, généraux, magistrats, membres de l'enseignement et bien d'autre professions, libérales comprises, ne pourront y faire face. Le vieux secrétaire d'une association d'étudiants, qui connaît bien l'avoir dont ceux-ci disposent, estime que dans deux mois à la rentrée, la moitié des familles ne pourra pas assurer la pitance des nouveaux venus.

. . . .

Jadis, l'étudiant pauvre trouvait assez facilement une place de surveillant de lycée. Certains subvenaient ainsi à leur entretien et même contribuaient à soutenir leur mère et à élever un frère — mon père fut de ceux-là. Aujourd'hui, le répétiteur est un licencié, un candidat à l'agrégation.

De nos jours, l'étudiant qui doit compléter son avoir est contraint à devenir un manuel.

On n'ignore pas cependant que le programme des études actuelles est si tendu qu'il ne permet pas, sans dommage pour elles, de distraire du temps pour d'autres occupations, régulièrement. En médecine, l'étudiant qui prépare les concours — et c'est devenu le cas de la plupart — est astreint, chaque jour, à l'hôpital, aux travaux pratiques, aux cours ; il lui reste ses soirées pour préparer ses conférences d'externat, puis d'internat.

. . . .

C'est pour eux qu'il a fallu prévoir un sanatorium spécial dans les Alpes. Bientôt faudra-t-il en prévoir d'autres ?

La situation est sérieuse, angoissante même ; elle est indigne d'un siècle, où l'on prétend faire mieux que dans les précédents pour les petits, les humbles, les déshérités.

On fut meilleur jadis ! Chacun sait qu'au Moyen-Age, les clercs de l'Université vivaient en collèges où l'on veillait à leur subsistance ; ainsi au XIII[e] siècle, il y avait à Paris les collèges de Saint-Thomas et de Saint-Nicolas du Louvre, celui des Bons Enfants Saint-Honoré et un autre sur la place Maubert, tous, asiles pour les jeunes dans l'indigence. En toute quiétude, les infortunés pouvaient là poursuivre les travaux de l'esprit. Au XVII[e] siècle, un prévôt de Paris fut le dernier à jurer de respecter les privilèges de la jeunesse et depuis lors, aucune institution n'a aussi bien remplacé celles qui existaient depuis Philippe-Auguste. On n'a plus assuré, même le gîte, à ceux dont l'intelligence et le travail font les progrès de l'avenir.

Malheureusement, ce serait se leurrer de penser qu'on pourra remédier de façon rapide à l'état de choses actuel.

Les Bois sacrés. — *Extrait d'une communication faite à la Section d'Hygiène des Journées internationales de la Santé publique le 2 juillet 1937 par le Docteur Clavel, de Biarritz, publiée par* PARIS MÉDICAL (11 septembre 1937).

A la question des municipalités inquiètes, devant la surpopulation des cimetières : que ferons-nous de nos morts ?

A tous ceux qui ont le désir angoissé d'assurer à leurs restes un repos décent et inviolé ;

A ceux qui ont le désir de créer plus d'hygiène et par conséquent plus de santé, plus de beauté pour notre pays, plus de protection contre les désastres des inondations, en même temps qu'une amélioration dans tous les domaines moraux et matériels ;

A tous ceux-là répond victorieusement la solution des « Bois Sacrés », cimetières de l'avenir.

Impossible hier, elle est réalisable aujourd'hui.

. . . .

Grâce à l'automobile qui supprimant les distances, permet aujourd'hui ce qui était impossible hier, portons nos morts dans de vastes terrains inutilisés où nous créerons d'immenses parcs de calme et de repos, aux larges avenues, pelouses et bosquets.

A chaque tombe seront réservés 25 mètres carrés de surface. Le corps, placé dans un cercueil étanche pour le transport, mais *assez léger pous être écrasé* par le poids de la terre que l'on jettera dessus, sera enseveli profondément, à même l'humus, qui résorbe et purifie tout.

Que devient, du reste, la petite tache colloïdale de nos restes dans la quantité de mètres cubes répondant à cette surface ? N'est-elle pas ultrafiltrée ?

Respectant toutes les croyances et convictions, une croix ou une stèle sera placée au chevet et, sur la tombe, un arbre sera planté : l'arbre protecteur, l'arbre du souvenir.

La multiplication régulière des plantations créera bientôt des bosquets et de véritables bois : « Les bois sacrés ».

Grâce à eux sera assuré de la façon la plus rapide et la plus parfaite le retour de la poussière à la poussière, autrement dit des ultimes unités atomiques de notre corps à la vie universelle, dont la terre, notre mère est la gardienne suprême.

. . . .

Plusieurs bois sacrés seront prévus pour les grandes cités.

Dans les régions surpeuplées, où l'espace est restreint, les sépultures étant toutes strictement placées à la même distance et dans le même sens, rien n'empêchera, tous les trente ou cinquante ans, d'insérer une tombe intercalaire sans toucher aux premières. Seul, le vieil arbre disparaîtra pour faire place au nouveau.

Des espaces gazonnés seront réservés dans certaines pelouses pour ceux dont les croyances n'admettent ni les arbres, ni les fleurs.

La possibilité de prévoir de véritables enclos familiaux, groupant les sépultures de parents répondra à ce désir de réunion aussi fréquent que naturel.

Gardés et clos de murs, les bois sacrés n'auront rien à craindre des animaux nuisibles et le corps étant enterré à une profondeur suffisante, à même l'humus, les vers eux-mêmes ne le toucheront pas.

Des services de cars seront concédés pour satisfaire le désir des familles de visiter la tombe relativement éloignée, et des transports gratuits seront prévus le dimanche, pour les déshérités.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle du corps thyroïde dans l'évolution des infections [1]

Par le Professeur **G. MARANON** (de Madrid)

I

J'ai choisi un thème peut-être intéressant, et pour différents motifs : d'abord parce qu'il a été très discuté ; parce que mes observations m'ont permis d'éclairer plusieurs points demeurés encore obscurs dans l'état actuel de nos connaissances ; et, enfin, parce que, de ces données, on peut déduire des conclusions pratiques dignes d'attention, qui s'opposent au criterium thérapeutique habituel des cliniciens.

Depuis que l'on commença à connaître les activités générales des glandes à sécrétion interne, on observa que chez les malades de ces glandes les infections et les intoxications évoluaient d'une manière différente que chez les individus au système glandulaire normal. L'idée primitive sur les fonctions du système endocrinien, était qu'une des plus importantes de ces fonctions se rapportait à la défense de l'organisme contre les agressions infectieuses et toxiques. La conséquence logique était, donc, que, dans les états d'insuffisance glandulaire, les intoxications et les infections évoluaient avec une extraordinaire gravité, tandis que, dans les états d'hyper-fonction glandulaire, l'organisme rencontrait dans cette hyperfonction une défense spécifique contre ces agressions.

Les observations des cliniciens démentirent bientôt la véracité de ce principe. Il est évident que les sécrétions internes ne possèdent pas un rôle spécifique, anti-infectieux ou anti-toxique. Les sécrétions internes peuvent influer sur l'évolution des infections et des intoxications, mais pas directement ; elles mettent simplement l'organisme en condition de résister, mieux ou pire, aux attaques de l'infection ou de l'intoxication. Et cette plus grande ou moindre résistance du terrain ne dépend pas, dans tous les cas, de l'excès ou du défaut de la fonction de chaque glande : au contraire, les conditions humorales et trophiques, favorables ou défavorables, peuvent se produire, dans certains cas, par l'hyper-fonction et dans d'autres par l'hypofonction.

Par exemple : en ce qui se rapporte aux glandes surrénales on confirme chaque jour l'ancienne opinion, que la diminution de sa sécrétion interne favorise l'évolution des infections. Dans l'insuffisance surrénale, une infection ou une intoxication même minime, peuvent être mortelles. J'ai vu mourir des malades de Addison, par une simple vaccination antivariolique, par une amygdalite catarrrhale ou par une injection de Salvarsan ou de cacodylate de soude. Et tous les cliniciens ont une semblable expérience. Par contre, chez tous les individus avec hypersurrénalisme, la résistance aux infections est remarquablement intense. Je me souviens d'un enfant de 12 ans, atteint d'un syndrome d'hypercorticalisme, qui fit une fièvre typhoïde, bactériologiquement vérifiée et qui continua presque sa vie habituelle, pendant toute l'infection, avec, seulement, deux jours de lit.

Cependant ces phénomènes ne sont pas dus à ce que les hormones surrénales aient, comme on disait autrefois, une action directe, défensive, face à l'intoxication et à l'infection, mais à ce que l'hyperfonction surrénale crée un état métabolique, trophique et circulatoire, qui permet à l'organisme de lutter avantageusement contre l'infection ou l'intoxication. Dans l'insuffisance surrénale, se produisent les conditions générales opposées ; et, par conséquent, le manque de résistance contre ces agressions. Il est très possible que la manière de se comporter de la cholestérine du sang, qui est très élevée dans l'hyperfonction surrénale, et très amoindrie dans l'insuffisance, soit un indice de cette intervention de la fonction surrénale dans la lutte anti-infectieuse. En effet, chez les malades, ayant de l'hyperfonction surrénale et atteints en même temps d'infections (typhoïde, vérole, amygdalite) nous avons remarqué que la réaction hypercholestérinémique, habituelle dans la majorité des infections, comme l'a démontré le professeur Chauffard, se réalisait avec une excessive intensité ; alors que, chez deux malades addisoniens cette hypercholestérinémie infectieuse, existait à peine.

[1] Conférence faite à la Clinique médicale Saint Antoine, Professeur M. Loeper.

II

Mais dans la pathologie de la glande thyroïdienne, c'est exactement le contraire qui se passe. J'avance, alors, ma conclusion que, selon mes observations, dans les états d'insuffisance thyroïdienne, se trouve une résistance contre les infections ; et dans les états d'hyperthyroïdisme, cette résistance est, évidemment, diminuée. L'explication de ce fait doit se chercher aussi dans les circonstances métaboliques et humorales, que nous expliquerons ensuite, c'est-à-dire, dans le terrain ; circonstances qui n'ont rien à voir avec les prétendues actions anti-toxiques et anti-infectieuses des hormones.

La façon de se comporter des infections dans les maladies thyroïdiennes, a été très discutée par les physiologistes et les cliniciens. Les résultats sont complètement opposés. Pour les uns, la sécrétion thyroïdienne constituerait, d'accord avec la théorie générale, une défense contre l'infection ; et, par conséquent, les organismes hyper-thyroïdiens jouiraient d'une certaine immunité contre les infections ; tandis que, dans l'hypothyroïdisme les infections seraient beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves. En face de cette opinion se trouve celle de ceux qui, comme moi, trouvent que la situation est exactement le contraire, c'est-à-dire, que, ce qui défend l'organisme contre l'agression infectieuse, est précisément l'insuffisance thyroïdienne ; en tant que l'hyperthyroïdisme facilite la fréquence de l'infection et, bien que moins certainement, son intensité.

Je ne veux pas citer, dans cette conférence, la bibliographie considérable qui peut être recueillie, pour ou contre ces affirmations. Je ferai plus tard une critique de son ensemble. D'après moi, les problèmes de controverse doivent, dans une conférence, se réduire au minimum ; ce qui intéresse est le critérium de l'auteur. Je me limiterai donc aux points bibliographiques essentiels.

Il y a près de vingt ans que dans un de mes livres, j'acceptai, moi aussi, l'opinion courante relative à la facilité avec laquelle les organismes hypothyroïdiens se contagiaient par les infections habituelles et spécialement par la tuberculose. Mais peu après j'eus l'occasion d'observer, par hasard, un fait qui me démontra la légèreté de cette opinion, et me mit sur la piste de nouvelles investigations, qui, plus tard, devaient la rectifier. Ce fait fut le suivant : j'avais un groupe de six lapins thyroïdectomisés, vivant avec d'autres lapins normaux ; pendant l'été, se développa une épizootie dont moururent tous les lapins normaux jusqu'au nombre de vingt, et aucun des opérés. J'appelai l'attention sur ce fait, que Garibaldi, dans une thèse à Paris, recueillit, et dont il commenta l'importance.

Les recherches que nous avons réalisées depuis lors, se rapportent exclusivement à la clinique humaine, parce que je fus bientôt obligé de me convaincre de la difficulté à reproduire les phénomènes de l'infection, (telle que spontanément elle se produit chez l'homme), dans des animaux de laboratoire. Je diviserai ces investigations en deux groupes : concernant la manière de réagir des individus hyper et hypothyroïdiens devant les infections générales ; et leur façon de se comporter devant la tuberculose.

III

Pour l'étude des infections générales, je choisis les éruptions infantiles (rougeole, scarlatine), parce que ce sont des maladies qui se produisent avec beaucoup de fréquence et dans des conditions étiologiques très semblables pour chaque groupe de malades.

Une série d'études fut réalisée dans « Las Hurdes », région espagnole, à la frontière du Portugal, dans laquelle existe un foyer de crétinisme endémique, complètement isolé et inconnu lorsque je le visitai, il y a quinze ans, pour la première fois. Les habitants de cette région étaient alors hypothyroïdiens dans leur presque totalité ; pratiquement tous ; et beaucoup d'entre eux, gravement. Ils étaient depuis toujours privés d'assistance médicale, et des soins les plus élémentaires de prophylaxie. Sur 250 hommes et femmes de 16 à 20 ans, nous recherchâmes soigneusement les antécédents par rapport aux fièvres éruptives, qu'ils connaissaient bien et qu'ils traitaient, comme toutes les autres maladies, par des remèdes empiriques ou bien par des

sorcelleries. De ces deux cent cinquante individus, 10 % seulement avaient eu la rougeole ou la scarlatine ou les deux éruptions. Dans les régions voisines de Salamanque et de Caceres, totalement exemptes d'endémie crétinique, mais de conditions de vie analogues, j'y fis, aidé de plusieurs collègues du pays, la même investigation, trouvant positifs les antécédents de ces éruptions dans le 36 % des cas. La différence était donc singulièrement significative, démontrant la résistance de la population hypothyroïdienne vis-à-vis des infections infantiles. Nous verrons plus tard qu'il en sera de même pour la tuberculose.

Nous réalisâmes une nouvelle série d'études sur 62 cas d'hypothyroïdisme, de nature sporadique, dans toutes ses variétés, à la polyclinique de l'Institut de médecine interne de Madrid. Le 16 % seulement de ces hypothyroïdiens avait eu la scarlatine ou la rougeole. Tandis que le tant pour cent des individus avec ces antécédents d'éruptions positifs, parmi les malades non hypothyroïdiens, s'élevait à 41 %.

C'est dire que, dans l'hypothyroïdisme sporadique, s'observe la même résistance aux infections, que dans l'hypothyroïdisme endémique.

La troisième recherche eut lieu parmi les malades infectieux de l'hôpital général de Madrid, dont je dirigeai le service pendant dix ans. Sur 2.000 histoires de malades atteints de tous les genres d'infections aiguës (la tuberculose exceptée), nous étudiâmes l'état antérieur de la glande thyroïde : et l'évolution de l'infection chez les individus atteints de maladies de cette glande. Parmi ces 2.000 malades, un seul cas existait ayant de l'hypothyroïdisme préalable, parfaitement diagnosticable : c'est-à-dire, un 0,05 %. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, affectée de mélitococcie, bactériologiquement vérifié : la maladie dura six semaines, avec une fièvre ne dépassant pas 38°, sans aucun autre symptôme, et avec un excellent état général. Bien que les cas bénins de fièvre de Malte ne soient pas rares parmi nous, est à noter l'absolue légèreté de ce cas. Dans ces mêmes 2.000 infectieux, se trouvaient cinq individus préalablement hyperthyroïdiens, c'est-à-dire, un 0,25 %. Dans deux de ces cas il s'agissait d'un homme et d'une femme souffrant, les deux, d'une fièvre typhoïde de forme adynamique très grave avec forte hyperthermie et l'un terminé par collapsus mortel ; dans le troisième cas il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, avec une amygdalite toxique et septicémique consécutive, d'une durée de deux semaines et état général très grave qui se termina par la guérison ; le quatrième cas était un hyperthyroïdien de 40 ans, avec typhus exanthématique très grave, hémorragique, terminé par la mort ; le cinquième cas se rapportait a une femme de 36 ans, avec pneumonie lobaire, qui évolua normalement et qui finit par la guérison. La différence de sensibilité, dans l'une et l'autre altération de la glande thyroïde vis-à-vis des infections, est donc également évidente.

IV

Les auteurs ont étudié avec beaucoup plus d'attention le rapport de l'infection tuberculeuse avec les états thyroïdiens. C'est d'ailleurs, dans cet aspect du problème, que se trouve le point culminant de leur contradiction, tant au point de vue expérimental, qu'au point de vue clinique. On peut lire un résumé de ces discussions dans les livres de Braum et de Rolleston. Pour les uns, parmi lesquels je me compte, l'hyperthyroïdisme constitue un état de prédisposition à la tuberculose. D'autres auteurs, à partir des travaux de Morin, soutiennent, au contraire, que l'état hyperthyroïdien crée une véritable défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. Je citerai, parmi les cliniciens les plus récents qui soutiennent cette thèse, Richard, Stevenin et Franchel. Cette dernière opinion est sans doute celle qui compte le plus de partisans.

Mes arguments, en opposition à cette thèse, sont fondés sur des recherches à propos de la fréquence et l'évolution de la tuberculose dans l'hyperthyroïdisme : mais, en plus, sur un autre groupe de faits importants, que les auteurs oublient : sur la manière de se comporter de la tuberculose dans l'état thyroïdien opposé, dans l'hypothyroïdisme.

En ce qui concerne le rapport de la tuberculose avec l'hyperthyroïdisme, je publiai mes premiers résultats en 1931. Les observations recueillies depuis lors confirment les conclusions que j'y exposai. Au total, mes observations se rapportent à 326 cas d'hyperthyroïdisme bien contrôlés. Le nombre de tuberculoses actives rencontrés dans ces cas-là s'élève à 21 %. Stevenin et Franchel m'ont objecté que le diagnostic d'hyperthyroïdisme n'était pas sûr dans tous mes cas, étant donné que le métabolisme basal ne se fit pas chaque fois : et ils ajoutent, que, peut-être, il ne s'agissait pas, en effet, de véritables hyperthyroïdismes mais de ces réactions neuro-végétatives, plus ou moins semblables au syndrome hyperthyroïdien, que présentent souvent les jeunes tuberculeux. Il est vrai que dans quelques cas, le diagnostic d'hyperthyroïdisme se fit sans le métabolisme basal ; mais, moi je crois, que cette recherche, indispensable dans les cas douteux, est absolument inutile pour un médecin d'expérience moyenne, quand le syndrome clinique est d'une évidente clarté. J'ai la certitude de mes diagnostics d'hyperthyroïdisme quand je me décide à les faire, avec ou sans métabolisme. D'autre part, j'ai exposé, ailleurs, mon opinion de ce que la majorité de ces névroses végétatives d'apparence hyperthyroïdienne, sont, en réalité, de véritables cas d'hyperthyroïdisme avec symptomatologie plus ou moins incomplète. Mais, et je répète, que dans cette série d'hyperthyroïdiens, la sûreté du diagnostic était absolue.

Récemment, les Docteurs Benito Fuertes, Del Rio et Pertierra, chargés du service des tuberculeux dans notre Institut de pathologie médicale de Madrid, ont répété cette même recherche dans une nouvelle série d'hyperthyroïdiens, absolument typiques, tous avec des chiffres élevés de métabolisme basal, et recherchant, non seulement les lésions tuberculeuses actives, mais encore les lésions régressives et les états de tuberculose latente, par tous les moyens modernes d'exploration ; atteignant une proportion de tuberculose positive, dans 66 %.

Les résultats anatomo-pathologiques sont relativement rares, mais aussi démonstratifs. Wegelin, sur 16 cadavres de cachexie hyperthyroïdienne, trouva, chez deux, des lésions tuberculeuses. Mon expérience se rapporte à 8 hyperthyroïdiens jeunes, morts à la suite de l'intervention chirurgicale ; parmi eux, chez 3, on trouva des lésions tuberculeuses actives ; et sur 5 hyperthyroïdiens morts spontanément de cachexie on rencontra des lésions tuberculeuses, chez 1. Au total, pour les cas de Wegelin, 12,5 % et 30 % pour le total de mes cas,.

La proportion n'est pas excessivement élevée si nous la comparons, par exemple, avec celle qu'atteignent les lésions tuberculeuses chez les diabétiques cachectiques ; mais elle est, cependant, significative.

Il est, néanmoins, indéniable, que la tuberculose évolue avec une évidente bénignité chez les hyperthyroïdiens, jusqu'au point que la mort est exceptionnelle, consécutivement à la lésion pulmonaire. Ce fait a été une des raisons sur lesquelles se sont basés la majorité des auteurs qui soutiennent l'hypothèse du rôle défensif de l'hyperthyroïdisme, face à cette infection. Nous reviendrons plus tard sur cet aspect du problème. Mais maintenant nous devons remarquer qu'une chose est la bénignité de l'infection et autre chose la sensibilité de l'organisme pour l'acquérir. L'une et l'autre ne coïncident pas toujours, ici non plus qu'en d'autres nombreux chapitres de la pathologie infectieuse.

Il y a encore d'autres raisons pour renforcer ma façon de penser : et c'est que, lorsque chez les tuberculeux avec hyperthyroïdisme les symptômes d'hyperthyroïdisme s'améliorent spontanément ou par le traitement, la tuberculose s'améliore aussi. Ce fait est si certain que, pour moi, l'existence d'une lésion tuberculeuse est une des indications importantes pour décider l'extirpation de la glande dans le Basedow. L'amélioration de l'évolution de la lésion tuberculeuse est si immédiate qu'on ne peut l'attribuer à l'amélioration de l'état général qui suit presque toujours la thyroïdectomie. C'est dans ce même sens que s'exprime une si grande autorité dans la pathologie hyperthyroïdienne, telle que Crile qui a observé dans 75 % des cas d'hyperthyroïdisme avec tuberculose opérés par lui, une amélioration extrêmement rapide du procès tuberculeux.

V

Passons maintenant à l'étude de l'évolution de la tuberculose dans l'hypothyroïdisme. Les données sur ce sujet ne peuvent être plus significatives. Mes recherches se rapportent à l'hypothyroïdisme sporadique et à l'hypothyroïdisme endémique. Du premier point de vue nous avons étudié 100 hypothyroïdiens sporadiques, de tous âges, dans notre polyclinique de Madrid et nous avons recontré des lésions tuberculeuses seulement chez 7 % de ceux-là. Le contraste avec le 21 % que, comme nous l'avons vu, on trouve chez les malades hyperthyroïdiens recueillis dans les mêmes conditions, ne peut pas être plus évident.

Les observations anatomo-pathologiques sont très rares, parce qu'il est très rare que ces malades meurent à l'hôpital. Moi seul, ai eu occasion d'autopsier deux myxœdémateux, un adulte et un enfant ; et, chez aucun des deux ne se recontrèrent de lésions tuberculeuses. La statistique la plus importante de celles que je connaisse, est celle de Wegelin, qui sur 42 autopsies


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

de crétins à Berne trouva, chez 5, des lésions résiduales (11,8%) ; et, chez 2, des formes de dissémination hématogène (4,7 %). Si l'on tient compte de l'état de misère organique dans lequel vivent et meurent ces crétins hospitalisés, les chiffres exposés donnent l'impression d'une résistance évidente à l'invasion de la tuberculose.

Les observations relatives à l'influence du traitement thyroïdien sur l'évolution des lésions tuberculeuses chez les hypothyroïdiens porteurs de ces lésions, ont une grande importance. Ceci est aussi un point sur lequel on rencontre à peine des renseignements chez les auteurs.

La première observation qui nous mit sur la piste fut celle d'un enfant de 12 ans, atteint de myxœdème congénital et anémie hypothyroïdienne. De temps en temps il avait de petites hémoptysies qui alarmaient justement ses familiers. Soigneusement examiné, on découvrit une petit lésion infiltrative de la région sous-claviculaire gauche. Comme cette lésion était fort petite et que l'état hypothyroïdien prédispose, parfois, à l'hémorragie, je recommandai de faire un énergique traitement thyroïdien, dans le double but de guérir le myxœdème et d'arrêter les hémorragies, qui faisaient empirer son anémie. On obtint rapidement l'effet anti-hémorragique et l'amélioration de l'hypothyroïdisme ; mais la lésion tuberculeuse, jusqu'alors endormie, évolua activement ; la fièvre et l'expectoration recommencèrent sans augmentation des hémorragies, mais avec une visible augmentation de la lésion tuberculeuse sur la radiographie. La suspension de l'opothérapie fit réapparaître le myxœdème, mais il atteignit la lésion, remise en activité, qui retourna à sa phase latente.

Très démonstrative est la seconde observation (recueillie par mon collaborateur le Docteur Martinez Diaz). Il s'agissait d'une femme de 50 ans atteinte de myxœdème grave. Dans sa jeunesse elle avait eu plusieurs fièvres « de cause inconnue », suspectées de poussées tuberculeuses. Quand nous l'avons vue, elle était forte et ne présentait d'autre symptomatologie que celle du myxœdème. On institua un énergique traitement opothérapique, thyroïdien, qui fit rapidement disparaître les symptômes de myxœdème ; mais, subitement, au cours du traitement, apparut une méningite tuberculeuse mortelle.

Une autre observation intéressante est celle-ci : une femme tuberculeuse, mère de trois enfants, morts tous les trois peu après leur naissance de méningite tuberculeuse. Elle s'abstint pendant plusieurs années de devenir enceinte. Enfin, elle a un autre fils, que les parents croient aussi appelé à mourir, avec d'autant plus de motifs, que le mari s'est, durant cet intervalle, aussi contagié (et, de plus, ont empiré les conditions sociales du foyer). L'enfant, cependant, vit, bien que, selon ce que nous raconte la mère, « rachitique », toujours « faible » et mentalement arriéré ; malgré de nombreux toniques qui lui ont été ordonnés. Un jour la mère l'amène à l'hôpital. L'enfant a 5 ans ; il est un myxœdémateux, typique, que, sans aucun doute le xœdème a sauvé de la contagion tuberculeuse, qui tua tous ses frères. Il est inutile de dire que je m'abstins absolument de traiter le myxœdème de cet enfant, considérant que son état myxœdémateux était préférable au danger de remettre en activité sa presque inévitable lésion tuberculeuse familiale.

Les données que j'ai recueillies dans la région crétinique de Las Hurdes sont plus démonstratives encore. C'était déjà un fait d'observation classique, (bien que les médecins modernes l'eussent oublié), la rareté de la tuberculose chez les populations atteintes d'endémie crétinique. Nous lisons dans le livre de Rolleston que « vers le milieu du XIXe siècle, les tuberculeux étaient envoyés pour leur guérison dans les régions où existait de l'endémie crétinique ». Les auteurs ne citent pas, non plus, une intéressante thèse de Niepce, de 1851, dans laquelle est étudiée avec des détails nombreux, et fort bien observés, l'immunité du crétin endémique envers la tuberculose, de même publié par l'importante thèse de Coulaud, en 1922. Par contre, la majorité des commentateurs de ce problème s'appuient sur les travaux de Morin (1851), médecin de Leysin et, par conséquent, en possession d'une grande expérience sur le goître et sur la tuberculose. Morin arrive à cette conclusion : que l'hyperthyroïdisme est un facteur de bon pronostic pour la tuberculose qui évolue unie à lui. Mais il est évident qu'étant donné l'insuffisance des connaissances endocriniennes à la date où il travailla, nous ne pouvons pas donner une grande valeur à ses diagnostics d'hyperthyroïdisme ; et, de plus, il confond, peut-être, la bénignité de la tuberculose, avec la fréquence de l'invasion.

Notre expérience dans la région crétinique de Las Hurdes, est très importante. Quand, en 1922, je visitai pour la première fois cette région, dans laquelle jamais un traitement anti-crétinique n'avait été tenté, nous surprit extraordinairement le fait de la rareté des lésions tuberculeuses. Encore qu'il fut impossible de faire une exploration clinique extrêmement minutieuse, parce que les installations des rayons X nous manquaient, nous pûmes évaluer à un 5 % des habitants, les cas de porteurs de lésions tuberculeuses cliniquement vérifiables. Il faut tenir compte qu'à cette époque, les crétins qui habitaient ce pays vivaient dans des conditions d'alimentation et d'hygiène déplorables, affamés, et presque tous infectés de paludisme qui, d'ailleurs, se développait sous une forme chronique, avec peu d'hyperthermie, mais avec une profonde anémie.

A partir de cette époque, on établit à Las Hurdes trois centres médicaux : on commença et réalisa d'importants travaux de routes qui, en peu de temps, mirent la région en communications faciles avec ses voisines ; on institua un traitement en masse de la population par le sel iodé ; et dans beaucoup de cas, par la thyroïdine ; de plus, les conditions d'alimentation qui d'après moi, ont une importance décisive dans la pathogénie de l'endémie goitreuse, s'améliorèrent considérablement. Les résultats de cette transformation furent surprenants du point de vue de l'amélioration de l'état général ; de la disparition extrêmement rapide du paludisme ; et de l'atténuation du crétinisme ; amélioration qui, en quatre ou cinq ans, était déjà très visible. Mais, du même coup, les cas de tuberculose active commencèrent à se multiplier. Le Mémoire, qu'en 1932, publia le Docteur Olivera, chef d'un des centres médicaux, constate la rapide diminution du crétinisme mais l'augmentation parallèle de la tuberculose. Dans un nouveau Mémoire, en 1935, le même auteur accentue, en termes encore plus alarmants, l'évolution divergente des deux maladies. On peut calculer que depuis ces années, où commença l'hygiénisation de Las Hurdes, le nombre des tuberculeux, cliniquement diagnosticables, a triplé, malgré l'importante amélioration de l'état général et la disparition du paludisme.

Comme cette augmentation de la tuberculose s'observe principalement chez les adultes, il n'y a pas lieu de penser qu'il s'agit d'infections nouvelles, produites à la faveur des contacts croissants avec les régions voisines dans lesquelles la tuberculose atteint le niveau moyen existant dans le reste de la population rurale d'Espagne. Au contraire, il s'agit certainement de tuberculoses anciennes, latentes, dont le foyer s'est activé en même temps qu'a diminué l'obstacle favorable de l'insuffisance thyroïdienne, à la suite du traitement iodé, opothérapique et alimentaire.

Tous ces renseignements nous permettent d'affirmer, en toute certitude, que l'hyperactivité de la glande thyroïde favorise la fréquence de la contagion tuberculeuse ; alors que l'hypothyroïdisme diminue cette fréquence et maintient à l'état latent, les lésions déjà acquises.

VI

Pour nous expliquer maintenant cette action défensive de l'insuffisance thyroïdienne nous devons nous souvenir que l'organisme hypothyroïdien est un organisme à métabolisme éteint à combustions lentes ; un organisme qui, d'une certaine façon rappelle, au point de vue métabolique, l'organisme sénile ; de même que l'organisme hyperthyroïdien, hypermétabolique, de combustions vivaces, peut se comparer à un organisme adolescent. Il est évident que l'organisme juvénile est beaucoup plus prédisposé que l'organisme sénile à contracter les infections, précisément parce que les oxydations actives favorisent le développement de l'infection. C'est-à-dire que l'organisme hyperthyroïdien possède la même sensibilité à s'infecter que l'organisme de la jeunesse ; tandis que l'organisme hypothyroïdien possède la même résistance que l'organisme des vieillards. Les vieux sont, cependant, enclins à ce que les foyers d'infections évoluent chez eux avec une lenteur extraordinaire par suite du trophisme défectueux de leurs tissus ; et nous verrons que cela même a lieu dans les organismes hypothyroïdiens.

Je rappellerai encore que, dans l'hypothyroïdisme existe une hypercholestérinémie, aussi constante ou davantage, que l'hypométabolisme ; au contraire dans l'hyperthyroïdie existe un abaissement de la cholestérinémie. Et il se peut que cette hypercholestérinémie hypothyroïdienne soit un indice de la résistance anti-infectieuse que (en dehors du métabolisme) possèdent les humeurs de ces malades.

Si tous ces faits énumérés sont indubitables, sur quoi s'appuient alors les auteurs qui soutiennent la thèse contraire, c'est-à-dire le rôle défensif de l'hyperthyroïdisme face à l'infection ? Les causes de l'erreur sont, à mon avis, les suivantes :

1° Il existe une série de faits expérimentaux qui, en effet, semblent démontrer que les animaux hyperthyroïdiens résistent mieux aux infections que les animaux normaux et beaucoup mieux que les hyperthyroïdiens; mais beaucoup d'autres expé-

riences prouvent le contraire. Dans le livre de Houssay sur ce thème sont très bien exposés les arguments de l'un et l'autre parti, mais il y a une chose certaine : que les conditions expérimentales de production de l'infection, et surtout de l'infection tuberculeuse, ne reproduisent pas les conditions de l'infection spontanée, tout au moins en ce qui se rapporte au terrain, et pour cela elles ont beaucoup moins de valeur que les attestations cliniques. Quand il survient, comme chez mes lapins, une infection spontanée, la plus grande résistance des hypothyroïdiens, est évidente ;

2° Nous avons déjà dit que beaucoup d'auteurs appuient leur position dans ce problème, sur des renseignements de cliniciens anciens, comme ceux déjà cités de Morin, qui ne peuvent être comparés aux données actuelles ;

3° Quand les cliniciens parlent de la sensibilité des hypothyroïdiens aux infections, ils se fondent, parfois, comme Léopold Lévi et autres, sur la fréquence avec laquelle persistent durant un long temps, chez ces hypothyroïdiens, les infections chroniques focales, par exemple : les amygdalites chroniques, les infections dentaires, les infections de la peau, etc... Mais le problème de l'infection focale n'a rien à voir avec celui de l'infection générale. Dans l'infection focale, le trophisme des tissus influe pardessus tout. Dans l'infection générale, influent les défenses générales, métaboliques et humorales, le terrain dans le sens les plus large ; et nous avons vu que ces défenses générales sont plus importantes dans l'organisme hypothyroïdien ;

4° Une dernière cause d'erreur est celle déjà citée, qui consiste à confondre la fréquence de la contagion et l'intensité avec laquelle l'infection évolue. Il est évident que dans l'hyperthyroïdisme les infections s'acquièrent avec une plus grande facilité ; mais il est aussi vrai que si quelques-unes évoluent avec une particulière gravité, d'autres, comme la tuberculose, évoluent d'une façon relativement bénigne. Il est difficile d'interpéter cette réelle bénignité de l'évolution tuberculeuse chez les hyperthyroïdiens. Je n'ai rencontré pour cela aucune explication. Mais ce fait paradoxal n'invalide pas la valeur de nos conclusions générales.

VII

Les faits que nous venons d'exposer amènent à trois conclusions thérapeutiques importantes, se référant, les trois, au problème de la tuberculose ; en effet, dans les infections aiguës une thérapeutique par l'opothérapie est pour le moment irréalisable.

Ces conclusions sont :

1° Chez les malades avec hypothyroïdisme, le traitement immédiat, obligé, l'opothérapie thyroïdienne, ne doit pas se faire sans une étude rigoureuse de possibles lésions tuberculeuses latentes, surtout chez les enfants. Si ces lésions tuberculeuses existent, le traitement se fera avec un maximum de prudence et sous la vigilance fréquente du médecin ;

2° Chez les hyperthyroïdiens avec tuberculose, l'existence de celle-ci constitue une indication importante pour intensifier le traitement antithyroïdien, inclus l'intervention chirurgicale ; même dans les cas d'hyperthyroïdisme non excessif ;

3° Dans certaines formes de tuberculose à marche progressive, on pourrait tenter un traitement anti-thyroïdien, analogue à celui qui est aujourd'hui réalisé dans le diabète et dans l'insuffisance cardiaque chronique, maladies qui, de même que la tuberculose, évoluent avec une moindre gravité dans un terrain hypothyroïdien. Je ne crois pas justifiée, dans de tel cas, l'extirpation totale de la thyroïde. Il me semble plus logique (et plus moral) de produire l'hypothyroïdisme par la radiothérapie intense de la glande. Déjà Coulaud, expérimentalement, avait protégé ses lapins de l'infection tuberculeuse en leur irradiant la thyroïde. Nous avons commencé ce même traitement sur un certain nombre de tuberculeux d'évolution grave. D'après mes observations, il est évident que chez les tuberculeux qui conservent leur capacité générale défensive, malgré des lésions étendues, on trouve presque toujours un métabolisme plus bas que chez ces autres tuberculeux avec un état général grave, bien que atteints peut-être de lésions modérées. La réaction défensive de l'organisme semble donc être en rapport avec le métabolisme basal. (Ainsi le démontrent les travaux récemment publiés par nos collaborateurs.) Par conséquent il paraît logique de tenter la diminution du métabolisme des tuberculeux, moyennant l'inhibition thyroïdienne par la radiothérapie. Les résultats que nous avons obtenus me semblent justifier cette tentative. Néanmoins je ne me crois pas encore autorisé à préciser ses résultats. Le clinicien doit porter sa prudence à l'extrême quant il tente de déduire des conclusions sur le bénéfice d'une thérapeutique et spécialement quand il s'agit de maladies infectieuses, spontanément sujettes à de si nombreuses variations individuelles. C'est seulement après un nombre multiple de cas, présentant toutes les formes cliniques et très longuement observées, que l'on peut préciser le résultat d'un traitement déterminé.

Mais nos observations, en ce qui touche le problème général et nos premiers essais thérapeutiques, semblent légitimer cette hypothèse de travail qui, de plus, du point de vue théorique, renouvelle notre intérêt envers le grand problème du terrain dans la pathogénie des infections, problème qui s'éclaire davantage chaque jour à la lumière des sécrétions internes ; et qui égale en importance celui de la bactériologie.

J'ai terminé. Il me reste seulement à renouveler ma gratitude au Professeur Loeper et à vous, les collaborateurs de son œuvre magnifique.

CLINIQUE MÉDICALE

Le diagnostic des céphalées (1)

Par M. J. HAGUENAU

Je vais insister devant vous sur la très grande difficulté du diagnostic des céphalées. Cette difficulté, vous le savez, tient à la banalité même du symptôme. Qui n'a pas eu, et à plusieurs reprises, « mal à la tête » ? Fatigue, écart alimentaire, exposition prolongée au soleil ou dans une atmosphère humide, surmenage intellectuel, période menstruelle sont des causes très banales qui, chez beaucoup de sujets, provoquent le mal de tête. Il n'est pas d'affection générale, d'affection locale — céphalique certainement, mais aussi splanchnique, thoracique ou abdominale — il n'est pas d'épine viscérale, nerveuse, végétative, vasculaire, il n'est pas de trouble circulatoire, d'infection, d'intoxication qui ne puisse déterminer la céphalée.

C'est vous dire que je ne saurais vous parler de toutes les céphalées. J'éliminerai d'emblée les maux de tête qui ne sont qu'un épiphénomène ou qu'un des symptômes d'un syndrome bien défini. Je ne vous parlerai pas des maux de tête qui accompagnent les *affections fébriles*, les maladies infectieuses quelles qu'elles soient. Je ne vous signalerai que ce fait clinique bien établi : dans certaines de ces maladies, la céphalée est un symptôme quasi-constant ; en pratique, ne faites qu'avec circonspection le diagnostic de fièvre typhoïde, de grippe — de paludisme aussi, dit-on — s'il manque ce maître symptôme.

Je ne vous parlerai pas non plus des *syndromes méningés aigus* : méningite otogène, cérébro-spinale, tuberculeuse, hémorragie méningée, etc... La céphalée domine le tableau clinique de toutes les méningites aiguës.

J'éliminerai aussi les céphalées qui accompagnent les *affections mentales*. Vous savez qu'autrefois on estimait que celles-ci ne provoquaient jamais de maux de tête ; c'est faux puisque la céphalée accompagne bien souvent la confusion mentale.

Nous ne nous intéresserons donc qu'aux affections au cours desquelles la céphalée est, non pas un épiphénomène, mais un symptôme dominant, souvent le seul symptôme, du moins pendant un certain temps. Je ne vous parlerai que des *céphalées au long cours*.

I. Mais peut-être me demanderez-vous d'abord de *définir le terme de céphalée*. Cette définition est difficile, comme toutes celles qui ont trait à la douleur. Contentez-vous d'en faire un synonyme, en langage médical, du « mal de tête » de l'homme de la rue. Mais faut-il distinguer *céphalée* et *céphalalgie* ? Pen-

(1) Conférence faite dans le service de M. le Professeur CLERC le 4 juin 1937, recueillie par Mlle Fortier.

dant longtemps, cette distinction était basée sur l'intensité du symptôme : la céphalalgie était une douleur plus ou moins superficielle, légère, passagère, tandis que la céphalée était profonde, gravative et tenace. En réalité, je crois que c'est à bon droit qu'on les distingue, mais cette discrimination doit porter sur un autre facteur. La désinence « algie » évoque à bon droit le mot de « névralgie ». *La céphalalgie* est une douleur qui a comme caractéristique, à mon sens, d'être relativement définie quant à son *territoire*, qui doit correspondre à la zone cutanée d'un ou plusieurs filets sensitifs précis. De plus, il doit s'agir d'une douleur *superficielle* et qui s'accompagne presque toujours d'hyperesthésie au contact. Par exemple, l'algie de la zone du nerf occipital d'Arnold — bien qu'elle puisse reconnaître une cause profonde — est une céphalalgie. *La céphalée*, elle est une douleur *profonde*, donnant au malade l'impression d'une affection endocranienne ; elle est souvent *diffuse*, bien que pouvant être maxima dans certaines zones ; elle est souvent *bilatérale*.

II. *Comment interroger et examiner un malade atteint de céphalée* ? Tout d'abord il faut se renseigner sur sa *durée* : le mal de tête est-il établi depuis longtemps ? Puis, il faut faire préciser le *siège* de la céphalée ; vous allez en voir toute l'importance. Est-elle unilatérale ou bilatérale, antérieure ou postérieure, droite ou gauche ? La douleur est-elle *diffuse*, déborde-t-elle sur la nuque, les épaules ? Cette notion est d'une importance extrême ; je vous en dirai toute la valeur sémiologique.

Autre question essentielle : la céphalée est-elle *continue ou discontinue* ? Renseignez-vous aussi sur ses *conditions d'apparition* ; survient-elle à heure fixe, a-t-elle un horaire, est-elle cyclique ? Tel malade vous dira, par exemple, ne ressentir son mal de tête qu'à 5 ou 6 heures du soir, parfois avec une régularité très impressionnante.

La céphalée *réagit-elle*, soit en plus, soit en moins, *à tel ou tel facteur*, position couchée ou debout, sommeil, alimentation, menstruation, etc. ? Cherchez aussi à savoir si la céphalée est *pure ou associée* ; certains nerfs craniens sont-ils atteints, n'y a-t-il pas de troubles de la vue, de l'audition ? D'autres organes ne présentent-ils pas, eux aussi, des réactions particulières ?

Quand vous aurez terminé cet interrogatoire, vous aurez acquis des notions extrêmement importantes, d'autant que les malades qui se présentent pour des maux de tête n'ont en général que des maux de tête et que l'examen clinique courant est presque toujours négatif chez eux. En général, *il n'y a pas de symptômes physiques* accompagnant la céphalée. Les anciens avaient bien écrit l'habitus du céphalalgique, mais en réalité, il est très banal : c'est celui de tous les douloureux, de tous les insomniques, des intoxiqués par abus de médicaments analgésiques et hypnotiques. Je le répète, l'examen clinique est, en général, négatif. Cependant, il faut toujours le pratiquer attentivement et, en particulier, palper la tête rechercher les points douloureux, etc... Mais, encore une fois, l'interrogatoire, la recherche des caractères propres de la céphalée est de toute importance et je vais vous en donner un exemple.

Il est, une variété de céphalée dont fait le diagnostic par le simple interrogatoire : c'est la *migraine*. Ses caractères sont bien précis. C'est une hémicranie, une douleur qui frappe d'une façon exclusive un côté de la tête ou du moins y prédomine très nettement. Les crises se présentent toujours de même façon, elles sont stéréotypées aussi bien chez le même malade que d'un malade à l'autre. Après quelques prodromes, le mal de tête s'installe, succédant souvent à quelques troubles visuels, mouches, scotome oscillant... : il s'agit alors d'une migraine ophtalmique. Son siège est en général antérieur, parfois postérieur. Son intensité va croissant au cours des heures par ondes successives. Elle s'accompagne d'une photophobie intense, presque toujours d'un état nauséeux, de vomissements. Le migraineux a alors un habitus bien caractéristique : parfois rouge, mais le plus souvent pâle, les yeux cernés, il est couché dans son lit, dans l'obscurité, redoutant tout mouvement, toute conversation, tout bruit, indifférent à tout ce qui n'est pas sa douleur.

L'examen, chez la migraineuse véritable — car c'est une affection presque exclusivement féminine — est toujours négatif ; ni par l'examen clinique, ni par les diverses recherches humorales, on ne peut déceler quoique ce soit d'anormal.

La crise dure de quelques heures à un jour ou deux, parfois plus ; elle cesse brusquement, laissant la malade éreintée, mais pratiquement guérie. La crise de migraine est si caractéristique — bien qu'il existe quelques variantes, dont les migraines «accompagnées» sur lesquelles je ne veux pas insister — que l'on en fait le diagnostic par le simple interrogatoire.

III. Quand la céphalée ne se présente pas d'une façon aussi typique et que l'interrogatoire ne fait pas apparaître de symptômes formels, nous en sommes réduits à procéder par élimination, méthode diagnostique peu élégante, mais ici nécessaire. *Il nous faut donc connaître les causes habituelles des céphalées et, tour et tour, explorer les divers appareils.* Le diagnostic se présente d'une façon assez différente selon l'*âge* du malade ; chez les gens âgés, l'apparition de la céphalée a toujours une certaine gravité, quand auparavant ces malades n'avaient pas souffert de la tête : on trouvera généralement son origine, soit dans une des grandes causes toxiques ou infectieuses dont je vais vous parler, soit plus rarement dans une compression endocranienne. Au contraire, chez les jeunes, il existe bien plus fréquemment, en dehors de ses causes importantes, des origines multiples, soit locales au niveau du massif facial, soit lointaines (céphalées réflexes), et infiniment moins graves.

Chez un malade se plaignant d'une céphalée sans caractères bien précis, quels sont les facteurs étiologiques à envisager d'abord ?

a) Dans ce service où les affections cardio-vasculaires sont particulièrement étudiées, je vous signalerai en premier lieu la *céphalée des hypertendus*. Sur cette forme, je serai très bref, espérant que le Professeur Clerc voudra bien nous dire ce qu'il en pense. En ce qui me concerne, je crois que cette céphalée est réelle et fréquente, mais n'a pas les caractères si précis qu'on a voulu lui décrire. On a dit que c'était une céphalée matinale, essentiellement variable avec la position du malade, que son siège était surtout postérieur, etc. ; ces caractères sont inconstants. D'ailleurs, il n'est pas douteux que s'il y a souvent céphalée au cours de l'hypertension, ces deux phénomènes ne sont cependant pas parallèles ; il n'y a pas de rapport direct entre l'intensité de l'une et la valeur de l'autre. J'ai souvent vu céder la céphalée chez des hypertendus sans que la tension se soit modifiée ; inversement, ce n'est pas chez les grands hypertendus qu'il y a les plus fortes céphalées. Bref, céphalée et hypertension peuvent avoir la même origine, sans que l'une soit sous la dépendance de l'autre.

Dans l'hypertension aiguë paroxystique, il existe aussi des céphalées, mais le problème pathogénique est tout autre.

b) Les hypertendus étant presque toujours des « rénaux » ne serait-ce pas à une *cause endotoxique* qu'il faudrait rapporter leur céphalée ? En effet, dans l'insuffisance rénale, la céphalée est un des symptômes habituels, en particulier en cas d'azotémie prononcée. Aussi, chez tout malade atteint de céphalée, doit-on faire examiner les urines (recherche de l'albumine, des cylindres) et faire effectuer tous les examens sanguins habituels.

Et pour la commodité de la classification, rangeons dans ce groupe des céphalées par « auto-intoxication », la céphalée due à des intoxications digestives, celle des constipés, des hépatiques.

Outre ces causes vasculaires et endotoxiques, nous devons envisager les deux grands syndromes étiologiques suivants : les infections et les compressions.

c) Parmi les *infections* chroniques, la *syphilis* est la grande pourvoyeuse des maux de tête. Vous savez déjà qu'au cours de la période secondaire, la céphalée est un des symptômes les plus habituels ; quelquefois même, c'est le seul symptôme : le chancre a passé inaperçu, la roséole également, les plaques muqueuses n'ont pas encore fait leur apparition et le malade se plaint seulement de céphalée. Aussi, pensez à la syphilis en présence d'un céphalalgique jeune recherchez les plaques

muqueuses et faites pratiquer les examens de sang. La céphalée est aussi un symptôme fréquent au cours de la syphilis tertiaire, chez les gens plus âgés ; là encore, elle peut être le seul symptôme et, en présence d'une céphalée qui ne fait pas sa preuve, vous devez au moyen de tous les examens cliniques, l'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien, rechercher s'il n'existe pas une infection syphilitique. J'attire votre attention sur un point particulier : si la céphalée est habituelle dans la syphilis secondaire, si elle est fréquente dans la syphilis tertiaire, elle n'existe pas dans les formes tardives que l'on étiquetait autrefois parasyphilis ; elle n'existe pas chez les tabétiques ni chez les paralytiques généraux. La discordance entre l'importance des lésions méningitiques chez ces malades et l'absence totale de céphalée est curieuse, mais évidente. L'existence de maux de tête chez un sujet doit suffire à vous faire suspecter le bien-fondé du diagnostic de paralysie générale. C'est un point important que je veux préciser encore dans vos esprits. Il y a bien longtemps, à l'époque où nous cherchions, avec Sicard, à troubler la perméabilité méningée des paralytiques généraux — et cela dans un but thérapeutique — il nous est arrivé fréquemment de ponctionner des cavités sous-arachnoïdiennes pendant plusieurs heures ; or, après des ponctions, de trois ou quatre heures, les malades se levaient, allaient déjeuner, se promenaient, menaient leur vie normale, sans avoir le moindre mal de tête. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il en faut beaucoup moins chez les sujets autres que des paralytiques généraux pour provoquer la céphalée ; chez un sujet normal, la soustraction de liquide détermine vite des maux de tête intenses et c'est là le principal inconvénient de la ponction lombaire chez des sujets sains.

d) J'en arrive maintenant à cet important facteur étiologique qu'est l'*hypertension crânienne*. En somme, chez certains malades, je dirai presque que c'est tout le problème du diagnostic des céphalées. Autrefois — et je ne parle que de quinze à vingt ans — le diagnostic d'hypertension crânienne ne se faisait pas ou se faisait très tardivement, chez des malades présentant au complet le grand syndrome céphalée, vomissements, cécité, ralentissement du pouls. Actuellement il en est tout autrement. Grâce aux travaux des précurseurs, grâce au génie de Cushing et de ses élèves, on sait faire ce diagnostic d'une façon relativement précoce et on fait opérer ces malades à un stade où l'intervention est moins dangereuse et plus efficace. Dans cet hôpital, vous êtes placé mieux que quiconque pour l'apprendre ; un seul étage vous sépare du service de mon maître Clovis Vincent.

Or, presque toujours, le symptôme qui, le premier attire l'attention de ces malades, c'est la céphalée. Certes, il peut arriver que des tumeurs cérébrales évoluent sans céphalée ; parfois le symptôme initial est une crise épileptique, un vertige, une diminution de la vue. Pourtant, presque toujours, il y a céphalée et céphalée très précoce. Aussi, je vous le disais, chez certains malades, le diagnostic consiste à savoir s'il y a ou non tumeur cérébrale. Je dis « tumeur cérébrale », mais le terme est mauvais ; il faut dire plutôt « hypertension crânienne ». La douleur de la tumeur est une douleur d'emprunt, due uniquement au facteur hypertensif, quel qu'en soit la cause. En dehors des tumeurs cérébrales, il existe en effet des hypertensions crâniennes par méningite séreuse, qui donnent les mêmes céphalées. *C'est pourquoi en présence d'un sujet présentant une céphalée au long cours, vous devez demander des examens complémentaires et avant tout l'examen oculaire* (FOND D'ŒIL, *champ visuel, acuité visuelle*). Ne pas faire pratiquer un examen oculaire, c'est commettre une faute lourde.

Dans ces cas douteux, vous devez aussi recourir à d'autres examens complémentaires, non pas à la ponction lombaire (qu'il faut éviter si l'on soupçonne une tumeur cérébrale) mais à l'examen radiographique du crâne, parfois même à l'encéphalographie.

Voilà toute une série d'affections provoquant la céphalée, mais je vous disais qu'en dehors de ces grandes causes morbides, il y avait — heureusement — surtout chez les jeunes, des maux de tête d'étiologie tout autre. Et tout d'abord il existe des céphalées, non plus d'origine endocranienne, mais faciale ; c'est tout le problème des céphalées nasales et oculaires.

e) La céphalée peut apparaître au cours de nombreuses *affections de l'œil*, qu'elles prennent leur origine soit dans l'orbite, soit dans le globe oculaire lui-même : kératites, iritis, sclérites, épisclérites s'accompagnent de mal de tête. N'oublions pas surtout que c'est un symptôme important du glaucome ; pensez à cette éventualité et vous pourrez éviter des erreurs grossières de diagnostic et de traitement, comme j'en ai vu commettre. En dehors de ces affections plus ou moins graves, chez les jeunes, vous devez penser à la possibilité de céphalées par trouble de l'accommodation. On insiste beaucoup sur leur fréquence, mais pour ma part, je dois dire que je ne les ai constatées que rarement. Bien souvent, les enfants atteints de céphalée, envoyés chez un ophtalmologiste, reviennent munis de lunettes, utiles je n'en doute pas, mais sans action sur leur mal de tête. Cependant, on doit faire pratiquer cet examen oculaire, puisque dans quelques cas, le port de lunettes correctrices peut être nécessaire. Toutes les altérations de l'accommodation, presbytie, hypermétropie, peuvent déterminer ces céphalées.

f) Beaucoup plus importantes sont les *céphalées d'origine nasale*, dont on avait déjà notion depuis longtemps, mais qui, depuis vingt ans, ont attiré l'attention des neurologistes et des oto-rhino-laryngologistes. Cette céphalée nasale est d'ailleurs banale et, sans doute, certains d'entre vous l'ont-ils ressentie au cours d'un coryza aigu. Mais connaissez surtout la céphalée qui s'installe souvent après la guérison apparente de ce coryza : douleur de la région frontale sus-orbitaire ou même de la nuque, qui a fréquemment un caractère cyclique très particulier, avec maximum à heure fixe-heure variable avec chacun. Au bout de huit à dix jours, tout rentre dans l'ordre : il s'est agi d'une poussée de sinusite catarrhale qui dans certains cas, le coryza ayant été minime, semble être primitive et le premier symptôme est-il une céphalée. Aussi dans les maux de tête que rien n'explique, il faut examiner les cavités de la face et pratiquer la diaphanoscopie et la radiographie. Que de céphalées sont guéries par un drainage opportun des sinus.

Une éventualité fréquente et intéressante est celle où la sinusite n'est qu'ébauchée, où les examens sont négatifs ou douteux et où, pourtant, une manœuvre très simple endonasale, le dégagement du canal naso-frontal, suffit à guérir la céphalée.

Signalons aussi la céphalée des sujets à nez étroit, chez lesquels le cornet moyen arrive au contact de la cloison ; il suffit de le réséquer pour que le malade soit soulagé. Disons enfin que l'on attribue à l'atteinte des cavités postérieures (cellules ethmoïdales postérieures, sinus sphénoïdal) certaines céphalées. Le diagnostic en est fort difficile, mais l'attention a été attirée sur elles surtout par Segura qui a attaché son nom à une opération qui consiste à effondrer le sinus sphénoïdal pour obtenir la disparition des douleurs.

Voilà donc toute une série d'affections où la présence de phénomènes congestifs ou purulents dans les fosses nasales ou les cavités sinusiennes, l'existence de gros cornets, d'une déviation de la cloison expliquent l'utilité d'opération endonasales. Mais il est des cas où la céphalée est soulagée par une manœuvre endonasale sans que l'on trouve le moindre signe physique à l'exploration la plus attentive. Ce sont ces cas qui sont exploités par les empiriques, les réflexothérapeutes. Il faut blâmer les procédés publicitaires qu'ils emploient pour la plupart, leur charlatanisme, l'absence de tout effort diagnostic, de tout effort médical, mais il est certain qu'ils guérissent au moyen de manœuvres endonasales un certain nombre de malades, par un processus encore mal expliqué. Et, à ce propos, on ne saurait trop rendre justice à Bonnier qu'il ne faut pas confondre avec eux. C'était un homme de science et de bonne foi qui a fait des travaux intéressants sur divers sujets. Son livre sur le vertige est, pour l'époque où il l'a écrite, une œuvre remarquable. La méthode réflexothérapique qu'il a proposé et qu'il appelait centrothérapie — croyant agir par ses manœuvres sur les centres bulbaires — a été certainement, par lui-même, trop étendue par ses applications, mais, je le répète, elle peut être utile dans certains cas.

Si, après avoir pratiqué toutes ces explorations et parfois ces essais thérapeutiques, votre malade continue à souffrir, vous serez alors obligé de rechercher encore d'autres causes possibles de céphalée. Quelles sont-elles ?

g) On parle beaucoup des *céphalées par cellulite*. Qu'est-ce que la cellulite et quels sont ses rapports avec la céphalée ? La cellulite est une affection apparue dans les régions scandinaves (Henschen et Norstrom) et qui a gagné peu à peu tous les pays. Il en est partout question. C'est l'inflammation d'origine infectieuse ? goutteuse ? du tissu cellulaire sous-cutané et profond et la constitution de petites nodosités qu'il suffit, dit-on, de palper pour établir le diagnostic, et de masser pour les faire disparaître. Leur production au niveau des filets nerveux expliquerait les douleurs de tête qu'elles provoquent. Sur ces deux points, je serai en désaccord avec ce que l'on dit habituellement. Apprécier par le palper la nodosité cellulitique de façon précise, c'est pour moi impossible dans la très grande majorité des cas. A une époque déjà ancienne où cette notion de cellulite n'était pas encore très répandue, le Docteur Forestier, d'Aix-les-Bains, s'y était intéressé et nous avait appris à rechercher profondément les noyaux de cellulite. Pour cela, on fait asseoir le malade à califourchon sur une chaise, la tête inclinée vers le bas ; le médecin, placé en face, palpe superficiellement puis profondément la nuque en profitant du relâchement musculaire. Or, malgré tous mes efforts, malgré un palper trè attentif, je n'ai réussi que très rarement à apprécier de telles nodosités.

Cependant, je ne me suis pas refusé à faire soigner ces malades par le massage ; queques-uns d'entre eux ont été soulagés, mais la plupart n'en ont tiré aucun bénéfice. Chez les premiers, j'ai constaté fréquemment des récidives, sur lesquelles de nouveaux massages n'ont plus agi. Dans ces conditions, je ne saurais donner à la cellulite l'importance que certains lui attribuent dans la pathogenèse des céphalées. En tout cas, je m'inscris en faux contre la théorie cellulitique de la vraie migraine. La migraine, telle que je vous l'ai décrite, n'est jamais en rapport avec la cellulite. Je n'ai jamais vu, chez un migraineux vrai, la disparition des crises à la suite du massage, même pratiqué par un spécialiste de cette thérapeutique. Il n'en est pas moins vrai que quelques *céphalalgies* (et non céphalées) bénéficient du massage.

h) Enfin, je suis obligé de vous signaler une théorie des céphalées sans signes objectifs, qui a eu son heure de vogue, théorie exotoxique : ces céphalées seraient dues à une *intoxication chronique par l'oxyde de carbone*. On a beaucoup exagéré cette origine. Cette intoxication est de plus en plus rare puisque les méthodes modernes de chauffage, chaque jour plus répandues, mettent à l'abri de cette intoxication : or, nous voyons toujours autant de céphalées.

Cependant, dans certains cas de chauffage défectueux, dans certaines professions, une atmosphère oxycarbonée peut provoquer des céphalées chroniques, mais ces cas sont exceptionnels.

i) Et quand nous aurons ainsi passé en revue toutes ces causes possibles de céphalées et que nous n'aurons rien trouvé, que dirons-nous ? Faudra-t-il parler d'*algie psychique* ? C'est notre tendance à tous, quand nous ne savons pas expliquer un symptôme qui, par sa ténacité et parfois son caractère aberrant, met en échec notre perspicacité. Là encore, je crois qu'il faut se garder de faire facilement ce diagnostic, non pas qu'on puisse mettre en doute l'existence de céphalées au cours de la *neurasthénie*, de la *psychasthénie*, mais le mal de tête, le casque, la sensation de vide que décrivent ces malades ne sont qu'un des symptômes qu'ils présentent ; la céphalée n'est pas isolée, mais s'accompagne de toute une série de signes qui permettent de faire facilement le diagnostic. C'est une erreur de parler de céphalée psychasthénique quand les autres symptômes du syndrome manquent. Même si par ses caractères : sensation de compression, d'étau, de vide, paresthésies diverses, diffusion de la douleur, variations inexpliquées de cette douleur sous l'influence de l'émotion, de l'heure, des préoccupations du malade, etc., une céphalée semble s'apparenter aux céphalées d'ordre mental, on ne peut faire ce diagnostic quand elle reste un symptôme isolé.

Je pense vous avoir montré combien est difficile le diagnostic des céphalées, de quelles garanties il faut vous entourer avant de conclure. Si, comme je vous le répète, la palpation de la tête, la recherche de déformations, de points douloureux précis à une certaine valeur, c'est surtout en s'associant vos efforts à ceux des spécialistes, ophtalmologistes, rhinologistes, radiologistes, biologistes (pour l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien) que vous arriverez à faire le diagnostic et que vous éviterez toutes les fausses manœuvres qu'il est si fréquent de voir faire dans le traitement des « douleurs de tête ».

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Cardiopathies et grossesse

Le problème des cardiopathies au cours de la grossesse, malgré qu'il s'agisse d'une éventualité fréquente, est diversement interprété. Certains — et non des moindres — sont optimistes ; d'autres prennent toujours la question au tragique. C'est pourquoi j'ai cru intéressant de résumer, ici, les chiffres que vient de publier récemment un excellent accoucheur américain H.-J. STANDER (1) dont un livre sur la toxémie a été présenté par mes soins au public médical français (2) sans préjudice des emprunts que j'ai faits à ses publications pour divers mémoires.

***

La statistique de STANDER comprend 563 séjours en Maternité pour un total de 418 femmes (certaines ayant fait plusieurs séjours) du 1er septembre 1932 au 31 décembre 1936 ; pendant ce temps, il y a eu dans le service, 14.157 séjours pour grossesses normale ou pathologique, ce qui représente, pour les cardiaques par rapport au nombre total des femmes enceintes, un pourcentage de 3,97 %. Sur le nombre, 41 % des femmes ignoraient qu'elles eussent une cardiopathie.

La *mortalité maternelle* a été de 7,1 pour mille au lieu de 2,8 pour le tout venant. La mortalité totale des femmes enceintes se répartit comme suit : cardiopathies 10 %, hémorragies 22,5 %, affections pulmonaires et embolies 17,5 %, infections 15 %, pyélonéphrites 10 % (chiffre qui étonnera les lecteurs français), toxémies 7,5 %, accidents vasculaires 5 %, rupture utérine 2,5 %, divers 10 %.

La *mortalité fœtale* et néo-natale a été de 3,84 et 4,24 respectivement.

Les *maladies cardiaques observées* ont été les suivantes : 175 maladies mitrales (41,87 %), 35 maladies mitrales et lésions aortiques (8,37), 53 affections mitrales (insuffisances ou rétrécissements) associés à une lésion aortique (12,68), 76 rétrécissements mitraux (18,18), 6 lésions aortiques (1,44), 21 maladies valvulaires non précisées (5,02), 2 lésions congénitales (0,48) et 50 cas divers. On peut déduire qu'il y a eu, au moins, 90 % de lésions d'origine rhumatismale.

STANDER utilise pour grouper ses observations, la classification de la *New-York Heart Association* :

Classe I. — Malades qui peuvent supporter une activité moyenne sans gène (fatigue exagérée, palpitation, dyspnée, douleur) ;

Classe II. — Malade qui ne peuvent supporter cette activité :
II *a*) légère diminution (apparition des signes fonctionnels ci-dessus énumérés sans signe d'asystolie ni de poussée évolutive) ;

II *b*) diminution accentuée (signes fonctionnels ci-dessus ou un signe de

---

(1) H.-J. STANDER et Katherine KUDER. — The treatment of Heart disease complicating pregnancy. *The Journal of the Amer. Med. Ass.*, 19 juin 1937, t. 108, p. 2092.

(2) H. VIGNES et E. JACOB. — Les toxémies gravidiques d'après un livre récent. *Concours Médical*, 15 juin 1930, p. 1888.

la série asystolique ou un signe de la série angineuse ou signes de poussée évolutive) ;

Classe III : signes d'insuffisance cardiaque au repos.

Les 418 femmes se répartissent ainsi : 138 classes I, 92 classe II*a*, 32 classe II*b*, 5 classe III, 151 non classées. Les quatre morts se répartissent en deux classe II*b* et deux classe III.

L'*étiologie* a été établie dans 58,4 % des cas : 131 fois rhumatisme (33,9 %), 18 fois rhumatisme + scarlatine (4,6), 4 fois rhumatisme + scarlatine + chorée (1), 11 fois rhumatisme + chorée (2,8), 17 fois scarlatine (4,4), 8 fois scarlatine + chorée (2,1), 24 fois chorée (6,2), 13 fois angines à répétition (3,4), 161 fois étiologie inconnue (41,6).

La *grossesse s'est terminée* 32 fois par avortement et 386 fois par accouchement près du terme.

1° Il y a eu 7 avortements spontanés et 25 avortements provoqués (3 hystérectomies, 3 petites césariennes, 16 curettages, 2 poses de ballon et une salpingectomie pour extra-utérine).

2° Les accouchements ont été spontanés 267 fois et opératoires 119 (76 forceps, 25 césariennes, 4 délivrances artificielles, 5 poses de sonde, 9 versions ou extraction).

En réalité, les interventions ayant été parfois pratiquées pour d'autres motifs, il faut imputer aux cardiopathies seulement 12 avortements (2,87), 17 césariennes (4,07), 50 forceps (11,96), 1 provocation (0,24) soit un total de 20 % du nombre des malades.

Etant donné le grand nombre de femmes qui ignoraient leur cardiopathie, STANDER insiste sur la nécessité d'examiner toute femme enceinte au point de vue cardiologique.

Le *repos complet* réalisé par séjour en maison de santé ou hôpital systématiquement avant l'accouchement est le point capital du traitement : quinze jours ou un mois pour les I et II*a*. Ces malades-ci seront justiciables d'un forceps en cas de tachycardie (au delà de 110) ou de tachypnée au cours du travail. Anesthésie à l'éther.

Pour les II*b* et III, l'hospitalisation sera plus longue : les patientes de ces deux classes ont fait en moyenne six séjours à la clinique pendant la grossesse. Le forceps est très souvent indiqué. La digitale sera employée en cas de besoin et, systématiquement, avant l'accouchement. Pour la classe III, la césarienne avec stérilisation s'impose, à moins qu'un avortement n'ait été nécessaire. En cas d'avortement, il faut penser à une stérilisation si elle est possible en tenant compte, dit STANDER, de l'âge, de la parité, du nombre d'enfants vivants, du désir de la patiente (et de son mari) et, enfin, de la gravité de l'état cardiaque.

Une femme que l'on voit pour la première fois étant en travail et en asystolie sera placée dans une chambre à oxygène et accouchée le plus rapidement possible par moyens obstétricaux plutôt que par moyens chirurgicaux. L'ouabaïne est, souvent, utile.

Henri VIGNES.

«..... Rappellerons-nous encore, sur le même sujet (*les novateurs*), le passage caractéristique, d'une lettre adressée à Pouchet par Broca ? Bien que nous l'ayons déjà cité dans nos ouvrages, nous le reproduirons encore une fois, parce que cette remarque dépeint justement la triste position des novateurs qui ont souffert, cruellement parfois de l'apathie, du peu de bonne foi, de la jalousie et des bas sentiments humains qui ont frappé leurs découvertes d'interdit.

« Une vérité nouvelle, écrit Broca, dressée à l'encontre des préjugés de nos Maîtres, n'a aucun moyen de vaincre leur hostilité. Il n'y a ni raisonnements, ni faits qui vaillent ; la mort seule peut en triompher ; les novateurs doivent s'y résigner et savoir attendre l'arrivée de cette alliée, comme les Russes ont attendu l'arrivée du général Hiver ». (Auguste LUMIÈRE. — Les horizons de la médecine. Un vol., 1937. Editions Albin Michel.)

« L'épreuve de titres au concours d'agrégation a suscité des travaux hâtifs et peu intéressants, à de jeunes candidats. Notre ancien maître Augagneur, avec son esprit caustique, avait traité cette épreuve « *d'excitation des mineurs à la débauche.* »

(B. LYONNET. — L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples. Ses remèdes possibles. Une broch., Lyon, 1937.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

On sait que des manifestations pulmonaires peuvent être produites par le paludisme et revêtir diverses formes depuis la simple dyspnée jusqu'à la fausse pneumonie lobaire ; on a décrit des syndromes hémoptoïques, bronchitiques, pneumoniques, asthmatiformes ; voici un cas de pseudo œdème :

Un homme de 46 ans présente un œdème pulmonaire de forme atténuée, mais ce n'est pas un œdème franc pour les raisons suivantes :

1° La saignée n'a pas produit la sédation habituelle, classique immédiate :

2° Il existe une fièvre élevée.

3° Enfin les causes ordinaires œdémateuses manquent ; il n'y a ni néphrite chronique, ni hypertension, ni insuffisance cardiaque, ni intoxications préexistantes.

Il y a surtout la fièvre élevée de cause inconnue et on se demande s'il ne s'agit pas tout simplement d'un œdème infectieux prémonitoire d'une pneumonie (mais il existerait aux deux bases) ou mieux d'un œdème pulmonaire grippal.

La réponse du laboratoire fait le diagnostic : paludisme aigu. La quinine, à la dose de 2 grammes par jour, donne la guérison en quelques jours.

(L. Arnaud. Un cas de paludisme aigu à masque d'œdème pulmonaire. *Maroc Médical*, 15 juillet 1937.)

L'étude physio-clinique du syndrome de Westphal-Strümpell reste entièrement à faire.

Une observation patiente, sans esprit de système et sans hâte, permet de tirer la conclusion provisoire que trois facteurs interviennent à des titres à vrai dire divers.

1° Une instabilité motrice de type choréiforme ou semi-choréiforme, traduisant un trouble de la fonction d'immobilisation ou, pour mieux dire, de la fonction d'inhibition des mouvements parasites troublant inopportunément les contractions musculaires volontaires, que celles-ci soient de station ou d'action.

2° Une dérégulation de la répercussivité motrice émotive, qui se donne libre cours, par véritables décharges, sans que ces réactions explosives correspondent à des états affectifs d'intensité corrélative.

2° Un état de déséquilibre statique, qui perturbe assez notablement la station debout, immobile.

Ces trois facteurs réagissent les uns sur les autres.

(J. Froment. En quoi exactement consistent l'agitation motrice et le pseudo-tremblement de la pseudo-sclérose ? *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1937.)

L'étiologie traumatique des paralysies récurrentielles est rarement invoquée sauf lésion directe (par un projectile par exemple). Cependant elle se rencontre dans deux groupes de cas.

Dans le premier groupe il y a absence de choc direct sur le cou ; la paralysie apparaît après un intervalle libre ; il s'est formé un épanchement sanguin autour du nerf ou dans sa gaine, en respectant l'intégrité des fibres elles-mêmes ; lorsqu'il s'évacue ou se résorbe, le nerf récupère son rôle moteur au bout de peu de mois.

Dans le second groupe il y a un choc direct sur le cou, la paralysie est immédiate et il s'est sans doute produit une lésion immédiate et irrémediable des fibres nerveuses ou bien un épanchement sanguin siégeant dans le névrilème et dissociant ses fibres. La paralysie est définitive.

Ces paralysies récurrentielles traumatiques doivent être distinguées des hémiplégies laryngées associées à des paralysies des nerfs craniens (de la VIIe à la XIIe paires), qui sont dues à leur lésion au niveau des trous d'émergence consécutivement à une fracture de la base du crâne.

(Berton. Paralysies récurrentielles par traumatisme indirect. Intérêt médico-légal. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1937.)

Le dinitrophénol reste le meilleur traitement de l'obésité, à condition de suivre les règles élémentaires de sa posologie.

Sur 7 cas il y eut une hématurie et une insuffisance hépatique ; encore l'origine réelle est-elle discutable. Par contre on eut à signaler quelques incidents : sueurs, chaleur intérieure, bouffées congestives, nervosité, diarrhée légère.

(Delrous. Quelques cas d'obésité traités par le dinitrophénol. *Gazette Médicale Limousine*, mai 1937.)

M. LAFONT.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique médicale

Il est une notion sur laquelle on n'insiste pas assez dans les traités classiques, c'est que le cancer de l'œsophage est une affection essentiellement indolore. Si la dysphagie en est le signe capital et pour ainsi dire constant (98 pour 100 des cas dans la statistique de l'auteur), il s'agit d'une dysphagie purement mécanique et non douloureuse. Aussi il n'est peut-être pas d'affection à début plus insidieux que le cancer de l'œsophage. Chez des malades à dysphagie incomplète qui se nourrissent encore suffisamment de demi-liquides, n'ayant pas maigri, on trouve souvent déjà des lésions cancéreuses tout à fait étendues.

Lorsque chez un malade ayant dépassé la cinquantaine, des troubles dysphagiques apparaissent même au milieu d'une bonne santé apparente, lorsque tout d'un coup, en mangeant, il sent un arrêt de la bouchée de viande ou de pain, même si ce symptôme ne se produit que par intermittence, il faut se méfier c'est là le cri d'alarme du cancer.

La généralisation est, quoi qu'on en ait dit, exceptionnelle dans le cancer de l'œsophage, ou plutôt le malade meurt de faim avant qu'elle ait pu se produire. Mais qu'on lui donne un moyen de s'alimenter suffisamment pour qu'il puisse survivre, soit par une gastrostomie ou, mieux, par des applications locales de radium, on peut alors voir se produire des métastases péritonéales, adénites cancéreuses, tumeur du foie, tumeur du bassin, etc...

Que doit-on penser de la radiumthérapie ? Sans doute, il faut savoir en poser les indications et les contre-indications, connaître les principes de la technique endoscopique. La grande difficulté est d'irradier la tumeur dans toute sa hauteur avec des doses suffisantes. La méconnaissance ou l'inobservance de ces règles fait que l'on s'expose à de véritables désastres, d'où le discrédit dans lequel est injustement tombée cette methode.

Certains cancers sont plus radiosensibles que les autres, en général les basi-cellulaires qui sont, du reste, les plus fréquents dans l'œsophage. Cependant dans certains cas favorables où les lésions n'avaient pas dépassé les limites même de l'œsophage, par la radiumthérapie locale, on a pu obtenir des survies prolongées, s'étendant à plusieurs années, avec le retour à une alimentation et à une vie normales. Un malade, père d'un médecin, vient de mourir à l'âge de 87 ans, après une survie de vingt-six ans.

La radiumthérapie rétablit très rapidement la perméabilité œsophagienne et permet au malade de s'alimenter pendant un temps plus ou moins long. Un bon signe est le retour de l'appétit qui redevient souvent très vif, et l'augmentation du poids. Les malades et leur entourage redeviennent optimistes, le médecin l'est moins qu'eux, car il ne s'agit là, dans la grande majorité des cas, que d'un moyen simplement palliatif, les lésions étant, au moment de l'examen et au début du traitement, trop étendues pour qu'on puisse espérer autre chose.

(Jean Guisez. — Quelques remarques sur le cancer de l'œsophage. *La Presse Médicale*, 4 août 1937.)

Dans le cancer du foie, la mort par hémorragie intra-hépatique est un mode de terminaison auquel on ne pense pas assez. La rupture d'un noyau, très vascularisé, sillonné de vaisseaux fragiles, peut-être aussi de capillaires développés dans les zones portales voisines, provoque un épanchement dans le parenchyme voisin, dissocie les trabécules et sépare même la capsule du tissu sous-jacent.

Le premier symptôme en est une douleur hépatique brusque inhabituelle, violente, angoissante, irradiant vers l'abdomen et l'épaule, ressemblant par son acuité à une colique hépatique, par son irradiation et souvent la dureté de l'abdomen à une perforation, par l'anxiété dont elle s'accompagne aussi et la faiblesse du pouls à l'*angor pectoris*.

Elle se calme difficilement, persiste sept à douze heures et se termine par la mort, parfois en pleine connaissance, les poussées d'infection aiguë de l'organe, la généralisation cancéreuse rapide, voire même le développement exubérant d'un noyau secondaire, aussi la périhépatite, peuvent produire les mêmes signes. Mais la fièvre est plus fréquente, la mort est moins rapide, le pouls moins petit, la douleur moins subite, la dépression moins immédiatement inquiétante.

Le traitement est purement palliatif et l'on ose à peine dire qu'une terminaison de ce genre, alors même qu'elle est douloureuse, est presque heureuse chez un sujet condamné à la cachexie progressive irrémédiable et à la mort.

(Maurice Loeper. — La mort par hémorragie intra-hépatique dans le cancer du foie. *La Presse Médicale*, 24 juillet 1937.)

Un abcès du foie se présentant avec une symptomatologie d'asystolie est un fait rarement observé. MM. H. Sohier et Soulage en rapportent un cas. Si les observations de retentissement des abcès du foie sur le système circulatoire sont assez nombreuses, il n'apparaît pas, à en juger par les recherches bibliographiques, que « le masque » de l'asystolie soit souvent

emprunté par l'abcès du foie. Dans la littérature, on ne retrouve qu'une seule observation superposable à celle que rapportent MM. Sohier et Soulage.

Il s'agit d'un soldat de l'infanterie coloniale. De mars 1936, époque présumée de l'apparition de son hépatite suppurée, jusqu'à son entrée à l'hôpital, le diagnostic ne fut pas posé. L'aspect à l'entrée à l'hôpital de Marseille était celui d'une asystolie avec tous ses signes. Seuls la fièvre et la formule sanguine restaient alors sans explication.

Ce fut seulement l'effet restreint de la médication digitalique sans action sur l'ascite, la circulation veineuse collatérale, les œdèmes volumineux des membres inférieurs, ainsi que sur l'hépatomégalie et la splénomégalie, qui fit éliminer l'hypothèse d'une asystolie.

La formule leucocytaire avec leucocytose à 19.000, polynucléose à 80 pour 100 et légère réaction myéloïde ainsi que la fièvre à grandes oscillations ont mis ensuite sur la voie d'une suppuration profonde.

Enfin les selles liquides avec nombreux kystes à 4 noyaux la localisation au foie d'une douleur qui s'exagérait de jour en jour avec perception d'une zone douloureuse exquise au niveau de l'hypocondre droit ont permis de localiser la suppuration dans la glande hépatique et ont indiqué la ponction qui confirma ces vues.

L'opération, dont les suites furent compliquées d'accidents entraînant la mort, a suivi immédiatement la ponction.

Cette asystolie semble avoir été tributaire, d'une part : d'une toxémie myocardique, conséquence de la longue évolution de l'abcès, d'autre part et surtout de la gêne considérable apportée à la circulation de retour du fait de la compression porto-cave.

(H. Sohier et Soulage. — Abcès du foie à symptomatologie, larvée se présentant comme une asystolie *La Presse Médicale*, 21 juillet 1937.)

Clinique médicale infantile

La statistique de la *Clinique médicale des enfants* de 1921 à 1935 donne 344 méningites tuberculeuses rencontrées sur 13,331 enfants âgés de quelques jours à 14 ans 11 mois. — Elle autorise les conclusions suivantes :

1° La méningite tuberculeuse cause 2,5 pour 100 de la morbidité hospitalière.

2° Elle ne se rencontre pas avant 3 mois et est rare de 3 à 12 mois (1,2 pour 100 de la morbidité générale), un peu plus fréquente de 12 à 18 mois (2 pour 100 de la morbidité générale) : elle augmente à partir de 18 mois ; elle réalise 5,2 pour 100 de la morbidité générale dans les troisième, quatrième, cinquième et sixième années ; son maximum de fréquence (6,2 pour 100 de la morbidité générale) est dans la cinquième année.

A partir de 6 ans, sa fréquence diminue ; elle cause 3,5 pour 100 de la morbidité générale de la septième à la dixième année ; 2,2 pour 100 de la onzième à la quinzième année.

En ce qui concerne le rapport du nombre des méningites tuberculeuses et du nombre des cutiréactions positives à la tuberculine, en général, il n'y a pas de relation entre la fréquence de l'infection tuberculeuse et celle des méningites ; il y a cependant une proportion plus élevée des méningites jusqu'à 6 ans.

3° La méningite tuberculeuse se rencontre avec la même fréquence chez les garçons et les filles ; toutefois, dans la deuxième année, elle est deux fois plus fréquente chez celles-ci que chez ceux-là.

4° Elle a son maximum de fréquence en mars (12,2 pour 100 des cas annuels), son minimum en octobre (14,3 pour 100 des cas annuels) ; elle est plus fréquente d'avril à septembre (57,6 pour 100 des cas annuels) que d'octobre à mars (42,4 pour 100 des cas annuels) ; ces variations sont indépendantes du nombre des enfants hospitalisés.

La fréquence de la méningite tuberculeuse a diminué légèrement de la période 1921-1925 (2,5 pour 100 de la morbidité générale) à la période 1931-1935 (2,3 pour 100 de la morbidité générale) ; cette diminution semble liée à la diminution de fréquence de l'infection tuberculeuse.

6° Par rapport aux autres affections tuberculeuses, le pourcentage de la méningite est relativement faible avant 18 mois (25,5 et 25 pour 100) ; il augmente ensuite et a son maximum (53,5 pour 100) dans la cinquième année ; puis il diminue et tombe à 18,5 pour 100 de la onzième à la quatorzième année.

7° Les sources certaines ou probables de contagion sont découvertes dans 38 pour 100 des cas pour la totalité des enfants, dans 50,9 pour 100 des cas avant 18 mois, dans 25,1 pour 100

des cas à partir de 18 mois. Il s'agit de contagion familiale.

Nombreuses sont donc les méningites tuberculeuses pour lesquelles les sources de contagion restent inconnues ; ces cas sont plus nombreux à partir de 18 mois qu'avant cet âge ; ils révèlent, pour la plupart, d'une contagion extra-familiale.

(Pierre Nobécourt et Sotirios B. Briskas. Étude statistique sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse. *La Presse Médicale*, 4 août 1937.)

Pathologie générale

Le biotropisme bismuthique vis-à-vis de virus neurotropes semble bien démontré par l'observation rapportée par Massière. Chez un sujet atteint d'ulcère de jambe syphilitique coexistent des amyotrophies avec diminution des réflexes, traces probables d'une poliomyélite ancienne.

Un traitement bismuthique est institué. A la huitième piqûre, apparition d'albumine dans les urines, puis d'hématurie. On cesse le traitement et l'on voit se dérouler en quelques jours les accidents suivants :

Double parésie des membres inférieurs, puis paraplégie complète avec abolition des réflexes et troubles sphinctériens ; paralysie des muscles des gouttières vertébrales, parésie des membres supérieurs, troubles de la déglutition, troubles respiratoires et mort subite par syncope bulbaire.

Ce tableau neurologique est celui d'une paralysie ascendante du type Landry.

La notion de biotropisme a été introduite en pathologie par Milian qui en a donné la définition suivante :

Le biotropisme est le processus biologique qui détermine l'apparition de phénomènes infectieux dus au réveil d'un microbisme latent par une influence extérieure.

La possibilité de réveils biotropiques déclenchés par des injections de bismuth entraîne une conclusion pratique.

Avant de commencer un traitement il faut examiner minutieusement le malade et dresser un inventaire précis des divers syndromes morbides qu'il peut présenter. Il est nécessaire d'approfondir le passé pathologique.

En cours de traitement il faut s'assurer par de fréquents examens qu'il n'existe aucun signe de réveil d'infections anciennes vis-à-vis desquelles le malade semble parfaitement guéri.

(R. Massière (de Bordeaux). Le biotropisme bismuthique. *Gazette des hôpitaux*, 28 juillet 1937.)

Biologie

Il est devenu possible non seulement de maintenir en vie des organes en dehors du corps, mais aussi d'observer la manifestation de leurs activités normales ou pathologiques sous l'influence du liquide circulant. Ainsi se trouve réalisée l'idée que le physiologiste français Le Gallois exprimait dans ses *Expériences sur le principe de la vie*, il y a plus d'un siècle. « Si l'on pouvoit suppléer au cœur par une sorte d'injection, et si en même temps on avoit... une provision de sang artériel, soit naturel, soit formé artificiellement... on parviendroit sans peine à entretenir la vie indéfiniment dans quelque tronçon que ce soit... ». Aujourd'hui, l'appareil de Lindbergh apporte les ressources presque illimitées de la méthode de la culture des organes à l'étude de la pathologie et de la physiologie, en particulier des glandes à sécrétion interne.

(Alexis Carrel. La culture des viscères dans l'appareil de Lindbergh. *Paris Médical*, 31 juillet 1937.)

Gonococcie

Parmi les nombreux produits chimiques utilisés dans le traitement de la gonococcie, la plupart ne constituent qu'une thérapeutique adjuvante, dont l'utilisation doit être limitée à certaines complications de la blennorragie ou dans les cas où le traitement par les grands lavages est impossible. Deux médicaments semblent cependant pouvoir, dans un avenir plus ou moins rapproché, remplacer les grands lavages, ce sont le mercurochrome et la gonacrine qui ont donné aux expérimentateurs de brillants résultats dans un grand nombre de cas.

(Marcel Parienté. La chimiothérapie de la gonococcie. *Gazette des Hôpitaux*, 24 juillet 1937.)

Ophtalmologie

Chez une personne ayant dépassé la quarantaine, la brusque apparition d'une triade symptomatique composée d'une crise de migraines, d'une inflammation oculaire du même côté, et de vomissements, doit obligatoirement aiguiller vers le diagnostic d'un accès de glaucome aigu.

(N. Salgro. L'accès de glaucome aigu. Diagnostic d'urgence du médecin praticien. *Journal des Praticiens*, 8 mai 1937.)

Varia

Quoiqu'on ait dit qu'après l'ingestion du bismuth, le malade ne doit plus prendre les quatre positions classiques (décubitus dorsal, décubitus ventral, sur le côté droit et gauche), préconisées par le Professeur Hayem et que le bismuth se répandait, en tout cas, à la surface de la muqueuse gastrique, nous avons observé que l'effet est meilleur, si le malade prend les quatre positions, pendant dix minutes chacune.

(Docteur Léon Rodescu (de Bucarest). Considérations à propos du traitement de l'ulcère gastro-duodénal. ***Journal des Praticiens*, 5 juin 1937.)**

Echos et Glanures

Le Docteur Henri Favre et Dumas fils. — *M. Marc Helys évoque dans le* Journal des Débats (15 septembre 1937) *la curieuse figure du Docteur Henri Favre qui ne fut pas sans exercer une grande influence sur Dumas fils et à qui on pourrait attribuer, en grande partie, « le mysticisme », le côté « prophète d'Israël » qui se manifeste dans l'œuvre de Dumas depuis* Les idées de Mme Aubray.

J'ai toujours entendu parler du Docteur Favre avec enthousiasme ou avec une réprobation un peu dédaigneuse. La réprobation s'adressait surtout à son candide mépris des avantages matériels, qui assuraient les gens sages, le conduirait fatalement à la ruine. (Il l'y conduisit en effet.) Son originalité le desservait aussi auprès des mêmes personnes. Comment, en effet, prendre au sérieux un homme « qui ne savait pas ce qu'il mangeait », un homme à qui l'on servait un fricandeau mijoté pendant quarante-huit heures, et qui le traitait sans plus de déférence qu'un vulgaire bœuf bouilli ? (Une de mes tantes ne le lui pardonna jamais.) Et comment accorder confiance et considération à un savant qui, allant étudier le microbe du choléra en Egypte où il faisait rage, s'aperçoit sur le paquebot qu'il voyage depuis Paris chaussé d'un soulier noir à un pied et d'un soulier blanc à l'autre ?

Mais à tout prendre les enthousiastes l'emportaient et l'emportèrent jusqu'à la fin. Il y avait ceux qu'il avait guéris, ceux qu'il avait révélés à eux-mêmes ou qu'il avait sauvés de quelque fatale erreur d'aiguillage. Les paysans de son pays poitevin l'appelaient le *Sorcier*, et ses amis le *Magicien*, le *Voyant*, le *Prophète*. Tous ces noms lui convenaient.

Il possédait le don de voir les êtres tels qu'ils étaient, avec toutes leurs possibilités latentes d'action ou de développement. Il croyait à la concordance de l'être intérieur et de son enveloppe physique. Les formes lui parlaient. Que d'êtres nouveaux il a ainsi aidés à naître ! Que d'âmes et d'esprits désemparés il a guidés aux tournants difficiles de leurs routes ! Depuis longtemps qu'il avait quitté Paris on allait le trouver dans sa vieille demeure de Prémarie. C'était une maison rustique ancienne entre une cour de ferme et un grand verger herbu, bourdonnant d'abeilles. Ces abeilles courtoises connaissaient leur monde et respectaient les amis. On apercevait leurs ruches coiffées de paille dorée parmi des poiriers touffus.

La maison aux vastes pièces carrelées était, du haut en bas, bourrées de livres. Dans cette grande salle du rez de-chaussée, que je ne puis évoquer sans émotion, je me rappelle aussi une énorme mappemonde et des cartes de géographie très anciennes.

Les pèlerins de Prémarie venaient y chercher, non un conseil — le Docteur n'en donnait jamais — mais de la lumière. Ils demandaient à ce voyant de les aider à distinguer leur *sort* de leur *destinée*. Car c'était une de ses convictions profondes que l'on *subit* son sort, mais que l'on *fait* sa destinée.

Comme il aimait ses aises, ce docteur avait adopté le costume qui lui était le plus commode : une robe de chambre gris brun, une espèce de froc et un capuchon pointu qu'il ramenait sur son front ou rejetait en arrière, selon la température. C'est ainsi qu'il circulait dans son jardin et sur les routes. Les abeilles l'escortaient. On le voyait s'avancer, lisant son journal, tout nimbé d'or par des milliers de petites ailes.

Il était entré dans la vie possesseur de beaux et grands biens. Il ne lui restait guère que Prémarie. Le reste s'en était allé, on peut le dire en fumée. Du temps où il s'occupait de science, il avait fait construire des fours pour ses expériences. On disait dans le pays qu'il fabriquait de l'or. Ses travaux devaient offrir un certain intérêt puisque Napoléon III envoya un chimiste de la Monnaie les suivre (j'ai entendu dire que ce chimiste avait une femme qui fut peut-être pour quelque chose dans l'idée première de la *Femme de Claude*). Le Docteur Favre sortit de ses recherches ruiné, ce qu'il prit avec une grande philosophie.

Que lui importaient, en effet, ces « contingences extérieures et passagères », à lui qui vivait dans l'éternité ? Cette impression de ne plus appartenir à une époque, de planer au-dessus du temps, tous ceux qui passèrent à Prémarie l'ont éprouvée. C'était comme si l'on contemplait le monde du sommet d'une montagne. A la voix du magicien, les âges se déroulaient, les peuples se mettaient en marche, se croisaient, se mêlaient, s'entrechoquaient, disparaissaient dans un abîme et ressortaient plus loin sous d'autres vêtements et avec d'autres noms. Comme on suivrait un fleuve de sa source à son embouchure, le Docteur Favre suivait les courants humains à travers l'Histoire. Sa merveilleuse intuition lui découvrait les causes mystérieuses qui les avaient détournés de leurs voies et qui, d'instruments providentiels, avaient fait des agents de destruction. Cette intuition, appliquée à la politique contemporaine, se traduisait par des visions vraiment prophétiques. Il avait prévu et annoncé tout ce qui s'est produit dans le monde depuis cinquante ans, et nous en sommes à la période de l'invasion barbare qu'il redoutait.

Toutes ces idées débordaient, se répandaient en improvisations étincelantes. Il fallait être accoutumé à son vocabulaire un peu spécial. Il créait des mots imagés. Il était magnifique à voir et à entendre lorsqu'il parlait de la mission dévolue aux peuples et aux races. Il disait qu'une nation, comme un individu, est libre d'accepter ou de rejeter sa mission, mais si, égarée, elle y manque, c'est au risque des pires catastrophes et peut-être de la mort. La configuration des pays, leur situation géographique indiquent aux peuples leur devoir supérieur, et les aident à le remplir. Chacun d'eux a des lieux prédestinés. Les Champs catalauniques la plaine de Poitiers ont par deux fois sauvé la France, mais, consciente de sa destinée, elle avait *voulu* être sauvée. Il avait l'habitude de conduire dans la plaine de Poitiers, sur l'emplacement de la bataille, ses visiteurs français. Il la leur expliquait, a dit un officier, « comme s'il l'avait gagnée ». La Marne fut sa joie suprême de Voyant et de Français.

Il aurait fallu hélas ! capter au vol cette parole brillante, ces fulgurantes visions. Il en a passé quelque chose dans la préface de la *Femme de Claude* et dans la pièce même. Le Docteur Favre n'écrivait pas et n'a rien laissé. Sa fille Céline (Mme Bessonnet), remarquable intelligence, et qui vivait avec son père dans une union complète de pensée et de travail, l'avait tenté. Elle l'interrogeait et notait ses réponses. Une mort rapide ne lui laissa pas le temps d'achever et de publier son travail.

Le Docteur Favre, né en 1827, mourut en 1916 des suites d'une chute. Jusqu'à la fin son esprit continua de travailler, lucide, tendu sur les événements et sur des problèmes d'ordre scientifique. Aux dernières heures de sa vie, dans une sorte de demi-sommeil, il entretenait sa fille d'une invention qui l'occupait : « Je presse un bouton, lui disait-il, et je pulvérise une armée ».

« Nous avons relaté déjà l'histoire de ce Maître qui, appelé il y a une trentaine d'année, au chevet d'une de nos petites malades, atteinte d'une fièvre continue dont on ne put déceler l'origine nous demanda devant les parents avec le plus grand sérieux : « Avez-vous cherché l'indican dans l'urine ? » Et comme nous avouions que nous n'y avions pas songé : « Comment, nous dit-il, vous n'avez pas cherché l'indican ? Il faut chercher l'indican. » Et la famille nous regardant avec méfiance répétait : « Le Docteur n'a pas cherché l'indican ? » Nous eûmes notre revanche, l'enfant était guérie spontanément le lendemain, malgré le pronostic sérieux du Maître et son traitement qui n'avait pas été appliqué ». (J. Noir. — Le danger des réflexions inconsidérées au sujet des soins antérieurs donnés à un malade tant à l'hôpital que dans la clientèle privée. *Le Concours Medical*, 29 août 1937.)

« ... Cet ironique écrivain (*l'abbé Bremond*) a reproché quelque part aux médecins « *d'exploiter le péché originel* ». On aurait pu lui répondre que lui aussi n'avait sa raison d'etre que grâce à la faute de nos premiers parents ; sans la traitrise du serpent, il n'y aurait pas eu besoin de prêtres ni de médecins, l'homme étant parfait et sans maladies. » (B. Lyonnet. — L'encombrement de la thérapeutique. Ses causes multiples. Ses remèdes possibles. Une broch., Lyon, 1937.)

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 50 Centimes — N° 41 — 9 OCTOBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale
à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — La visite médicale facultative) des nouveaux étudiants aura lieu dans les divers services de clinique auxquels ils seront affectés pour le stage hospitalier. Les renseignements nécessaires seront donnés en temps utile dans les cliniques.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a été autorisé à accepter la donation de 31.500 francs de rente française faite à cet établissement par le Docteur Mannheimer, d'Amsterdam, et dont les arrérages seront employés à l'enseignement de la cardiologie, aux recherches relatives à cette branche de la science médicale, au fonctionnement de la clinique cardiologique de la Faculté de médecine.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. de Sèze, Etienne Bernard, Chiray, Armand-Delille, Lévy-Valensi, Duvoir, Comte, Meillère, Velter, Maurice Chevassu, Charles Lenormant, Quénu, Heitz-Boyer, Robineau et Séguy.

MM. Chiray et Lenormant ont déjà fait connaître leur acceptation.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 4 octobre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. Chirurgie courante de la main : Traitement des panaris, phlegmons de la main. Sutures tendineuses. Amputations partielles et totales des doigts. — Les assistants répéteront : Les incisions de drainage des panaris et phlegmons de la main, les sutures tendineuses des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. Chirurgie des parois thoraciques : Résection costale, pleurotomie. Ablation du sein pour cancer. — Les assistants répéteront : La pleurotomie avec résection costale, l'ablation du sein avec curage axillaire.

III. Chirurgie des parois abdominales : Hernies inguinale, crurale, ombilicale. — Les assistants répéteront : La cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. Chirurgie du tube digestif : Généralités sur les sutures intestinales ; la suture bord à bord. Résections intestinales. Gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront : la résection intestinale, la gastro-entérostomie.

V. Chirurgie du tube digestif : Gastrostomie. Appendicectomie. Anus artificiel. — Les assistants répéteront : la gastrostomie, l'ablation de l'appendice, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche.

VI. Chirurgie de la vésicule biliaire : Cholécystostomie, cholécystectomie. — Les assistants répéteront : la cholécystostomie, la cholécystectomie.

VII. Chirurgie de l'appareil génital de la femme : Hystéropexie, colpopérinéorraphie, colpotomie. — Les assistants répéteront : l'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. Chirurgie de l'appareil génital de la femme : Hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale. — Les assistants répéteront : La castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. Chirurgie de l'appareil génital de l'homme : Opérations sur le testicule et ses annexes (hydrocèle, épididymectomie, castration). — Les assistants répéteront : Le retournement de la vaginale, l'épididymectomie, la castration.

X. Chirurgie du rein : néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie. — Chirurgie vésicale : La cystostomie sus-pubienne. — Les assistants répéteront : La néphrostomie, la néphropexie, la pyélostomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine, métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (insuffisance cardiaque, angine de poitrine, syncope).* — Ce cours, qui aura lieu du 15 au 25 novembre 1937, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; H. Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; J. Facquet, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service ; Abaza, Alibert, Brocard, Deparis, Even, Frumusan, Ménétrel, Moricard, Odinet, Pautrat, Puech, Siguier, anciens interne du service ; Marchal, assistant d'électro-radiologie ; Golblin, assistant d'électro-cardiographie ; Baraige, assistant de laboratoire ; Mme Meurs-Blatter, assistante de physiothérapie ; G. Minot, ingénieur E. P. C. I. ; J.-J. Welti, interne du service.

Tous les matins à 10 heures, conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service.

Tous les après-midi de 15 à 17 h. 1/2 ; deux conférences cliniques avec projections ; à 16 heures, démonstration pratique.

Programme du cours. — Lundi 15 novembre, 10 heures, M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Facquet : Exercices cliniques ; 15 heures, M. Facquet : Dyssystolie et hyposystolie ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro cardiographie ; 17 h. 1/2, M. Brocard : Asystolie.

Mardi 16 novembre, 10 heures, M. Lian : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Gilbert-Dreyfus : La toux cardiaque ; 16 heures, M. Deparis : Démonstration de sphygmomanométrie auscultatoire ; 17 h. 1/2, M. Frumusan : Encombrement ventriculaire gauche et encombrement ventriculaire droit.

Mercredi 17 novembre, 10 heures, M. Lian : Le bruit de galop ; 11 heures, M. Golblin : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. Odinet : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire ; 16 heures, M. Golblin : Démonstration d'électro-cardiographie ; 17 h. 1/2, M. Haguenau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 18 novembre, 10 heures, M. Lian : Le pouls alternant ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. Merklen : Les cyanoses ; 16 heures, M. Pautrat : Démonstration d'oscillométrie ; 17 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 19 novembre, 10 heures, M. Lian : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. Facquet : Formes étiologiques de l'insuffisance cardiaque ; 16 heures, M. Baraige : Mesure du débit cardiaque ; 17 h. 1/2, M. Alibert : L'insuffisance cardiaque des affections respiratoires.

Samedi 20 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures, M. Marchal : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. Siguier : Myo-

cardie et hypodynamie du myocarde ; 16 heures, M. FACQUET : Mesure de la vitesse circulatoire ; 17 h. 1/2, M. MORICARD : Accidents gravido-cardiaques.

Lundi 22 novembre, 10 heures, M. FACQUET : Le syndrome angine de poitrine ; 11 heures, M. LIAN : Exercices pratiques d'interprétation des électro cardiogrammes ; 15 heures, M. DEPARIS : Forme commune de l'angine de poitrine et angor abdominalis ; 16 heures, M. EVEN : Mesure et valeur séméiologique de la pression veineuse ; 17 h. 1/2, M. MERKLEN : Angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 23 novembre, 10 heures, M. LIAN : Démonstration de clinique à la consultation de cardiologie du service ; 15 heures, M. PUECH : Les anxieux ; 16 heures, M. MÉNÉTREL : Injections d'oxygène et de gaz carbonique ; 17 h. 1/2, M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine.

Mercredi 24 novembre, 10 heures, M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures, M. GOLBLIN : Démonstration clinique (traitement des varices) ; 15 heures, M. FACQUET : Angors réflexes et névrosiques ; 16 heures, M. BARAIGE : Epreuve du pas gymnastique sur place ; 17 h. 1/2, M. MARCHAL : Physiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 25 novembre, 10 heures, Mme MEURS-BLATTER : Cellulite précordiale ; 11 heures, M. MARCHAL : Démonstration de radiologie cardiaque ; 15 heures, M. ODINET : Les syncopes ; 16 heures, M. MINOT : Auscultation collective des bruits et souffles cardiaques, leur inscription sur films et sur disques ; 17 h. 1/2, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours ; ils pourront ensuite faire un stage dans le service.

Chaque année, avant la Pentecôte et à la mi-novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques 3° artères, veines et capillaires ; 4° maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le cours de juin 1938 portera sur les maladies des artères, des veines et des capillaires,

Droit d'inscription : 250 francs. S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon auprès du Docteur Facquet, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

— *Cours de revision d'une semaine* (8 *au* 13 *novembre* 1937) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu sous la direction du Professeur Emile Sergent et MM. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami et Harvier, professeurs à la Faculté ; Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Cottenot, chef de laboratoire d'électro-radiologie ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, ancien internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 heures, exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures, à midi, démonstration pratique.

Lundi 8, M. Lian, hôpital Tenon ; Mardi 9, M. Aubertin, hôpital de la Pitié ; mercredi 10, M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Guillain) ; Jeudi 11, M. PRUVOST, hôpital Tenon ; vendredi 12, M. CHABROL, hôpital Saint-Antoine : samedi 13, M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach).

L'après-midi à l'hôpital Tenon, 3 à 4 heures, démonstration pratique (service ou laboratoire de M. Lian) ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon).

Lundi 8, 3 à 4 heures, M. Henri Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 9, 3 à 4heures. M. Lian (cœur et vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Harvier (thérapeutique).

Mercredi 10, 3 à 4 heures, M. Périsson (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Chabrol (foie et voies biliaires) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gilbert-Dreyfus (endocrinologie et nutrition).

Jeudi 11, 3 à 4 heures, M. Cottenot (électro-radiologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Abrami (pathologie générale).

Vendredi 12, 3 à 4 heures, M. Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (intestin) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. Joannan (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Samedi 13, 3 à 4 heures, M. Blechmann (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Sergent (appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

Droit d'inscription : 200 francs.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours

de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'hôpital Tenon, auprès de M. Lian, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Hôpital de la Glacière (35, rue de la Glacière). — *Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique* du Professeur Georges Portmann donné à Paris du jeudi 21 au mercredi 27 octobre 1937 avec la collaboration de MM. J. Auzimour et Chabert, Despons et Paul Leduc. — PROGRAMME. — Jeudi 21 octobre, 9 h. 30 : Indications techniques et résultats de la laryngectomie totale ; 15 heures : Les otites aiguës ; 16 heures : sinusites fronto-maxillaires. Traitement chirurgical.

Vendredi 22 octobre, 9 h. 30 : Mastoïde ; anatomie, pathologie ; 15 heures : La mastoïdectomie.

Samedi 23 octobre, 9 h. 30 : Ethmoïde ; anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures : Insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.

Lundi 25 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures : Amygdales ; anatomie, pathologie, chirurgie.

Mardi 26 octobre, 9 h. 30 : Les otites chroniques ; 15 heures : Traitement chirurgical des otites chroniques.

Mercredi 27 octobre, 9 h. 30 : Tumeurs malignes du larynx ; 15 heures : Chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le Professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Service de santé militaire. — *Promotions trimestrielles.* — Au grade de médecin colonel : les médecins lieutenants-colonels : Théobalt, de l'hôp. Percy à Clamart ; Brizon, de l'Ecole polytechnique ; Perrignon de Troyes, des troupes de Tunisie ; Charton, de l'hôp. de Belfort ; Marchal, de l'insp. permanente des établ. du Service de santé ; Benazet, de l'hôp. Hippolyte-Larrey à Toulouse.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : les médecins commandants : Sorlat, de l'hosp. mixte d'Angoulême ; Mulot, de l'hôp. de Sedan ; Lambert, de l'hôp. Maillot, à Alger ; Blazy, de l'hosp. mixte de Caen ; Bret, de la commission consult. médicale ; Vermelin, de l'hôp. Sédillot à Nancy ; Birat, de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand, à Strasbourg (hôp. Gaujot).

Au grade de médecin commandant : les médecins capitaines Carillon, de l'Ecole d'applic. du Service de santé ; Fière, du 8e génie ; Andrieu, de l'hôp. Hippolyte-Larrey, à Toulouse ; Michel, du 19e C. A. ; Bernard, du 509e chars ; Tonnaire, du 117e d'inf. ; Malevielle, du 20e d'art. ; Uberti, du 103e d'art. ; Bergeret, de la base aérienne de Tours ; Clément, du 69e d'inf.

Au grade de médecin capitaine : les médecins lieutenants : Raymond, des troupes du Maroc ; Suze, du 107e d'inf. ; Terver, de l'hôp. Edmond-Delorme, camp de Mourmelon ; Vidal, des troupes de Tunisie ; Soulé, des troupes de Tunisie ; Marter, du 1er génie, au 3e hussards ; Vernede, des troupes de Tunisie ; Ristorcelli, des troupes de Tunisie ; Bolot, du 61e d'art. ; Ory, du 4e d'art. ; Girard, du 19e C. A. ; Schneyder, des troupes du Maroc.

A la mémoire des morts du Service de santé militaire — M. Justin Godart, sénateur du Rhône, ancien sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, au cours d'une cérémonie à laquelle assistaient MM. Edouard Herriot, président de la chambre des députés, maire de Lyon ; le général Garchery, gouverneur militaire ; le Professeur Nicolas et le médecin général Plirson, directeur du Service de santé de la XIVe région, a posé la première pierre du monument qui doit être élevé à la mémoire des morts du Service de santé militaire.

Le monument est situé place d'Arsonval à Lyon, en face de l'hôpital Edouard Herriot. Il sera inauguré au printemps prochain en même temps que le nouvel hôpital militaire, par le président de la République.

Ecole du Service de santé militaire. — Candidats admis à la suite du concours spécial d'admission en 1937 (candidats à vingt inscriptions) : MM. Ravelonanozy, Gaslonde, de Verbizier, Daurand.

Fédération nationale des médecins du Front. — La Fédération nationale des médecins du front qui groupe les huit

associations de médecins ayant fait la guerre, invite le Corps médical à ses manifestations d'Automne 1937.

Le vendredi 22 *octobre*, la cérémonie de la Flamme sous l'Arc de Triomphe aura lieu à 18 h. 30. Les membres de la Fédération sont instamment priés de se réunir dès 6 heures du soir sur le trottoir de gauche de l'avenue des Champs-Elysées, à la hauteur de l'Hôtel Astoria.

Tous les confrères qui ont le culte du souvenir voudront se joindre à eux, ainsi que les étudiants en médecine désireux de participer à cette pieuse manifestation.

Le jeudi 11 *novembre*, la cérémonie traditionnelle en commémoration de l'Armistice aura lieu à 9 h. 30 du matin dans la salle des pas perdus de la Faculté de médecine, devant le monument aux Morts.

Le samedi 27 *novembre*, grande fête de bienfaisance, organisée au bénéfice de la caisse de secours, au Pavillon Dauphine (dîner par petites tables, soirée dansante).

Marine. — Les étudiants en médecine et en pharmacie, dont les noms suivent, ont été nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1937 :

A. — Ligue médicale : Darrasse, Le Bas, Authmean, Barroux, Goasguen, Dubourg, Mathe, Georgelin, Zuccarelli, Ramanantsoa, Le Gall, Bouvet de La Maisonneuve, L'Hermitte, Guizol, Sine, Waquel, Bouhier, Cassou, Lacouture-Dugue, Gala, Escolivet, Huraux, Lorcy, Klefstad-Sillonville, Doucet, Mourgues, Genet, Rouayrenc, Bouchère, Mouraud, Brumpt, Varon, Rosat, Grandbarbe, O'Connor, Vuillet, Bernot, Carli, Guyader, Cheval, Trouillot, Vallino, Amouroux, Dechazal, Poher, Blache, Palanque, Daveau, Autric, Kerjan, Catala, Bars, Bellon-Serre, Doche de Laquintane, Coirre, Heyraud, Ledan, Dutour, Bouexel.

B. — Ligue pharmaceutique et chimique. — Badre, Le Moniès de Sagazan, Carnet, Flandrin, Duclos, Risgallah, Bouquet, Merland, Breteau.

Asiles d'aliénés. — Mme la Doctoresse Gardien-Jourdheuil, reçue au concours du médicat des asiles en 1937, a été affectée, en qualité de médecin chef de service, à l'asile d'aliénés Saint-Joseph-de-Cluny, à Limoux (Aude).

— M. le Docteur Chaurand, reçu au concours du médicat des asiles en 1937, a été affecté, en qualité de médecin chef de service, à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à Privas (Ardèche).

Hospices du Mans. — Un concours pour trois places d'interne en médecine titulaire et une place d'interne en médecine provisoire aura lieu le samedi 6 novembre prochain, à 8 heures du matin, aux Hospices civils du Mans, 194, avenue Rubillard.

Avantages : indemnité mensuelle de 400 francs la première année et de 500 francs la seconde année. Logement, nourriture, chauffage, éclairage en sus.

La liste des inscriptions sera close le 31 octobre.

Pour tous renseignements concernant les inscriptions et le concours, s'adresser à M. le Secrétaire général des hospices civils du Mans, 194, avenue Rubillard.

Les candidats devront être titulaires au minimum de douze inscriptions validées.

Hôpital-Hospice régional de Rambouillet. — Un concours sur titres est ouvert à l'hôpital de Rambouillet pour deux places d'internes. Nombre d'inscriptions exigées : 20. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur.

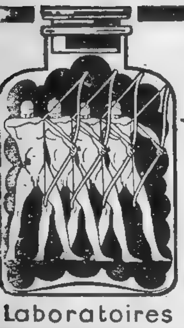
Hommage au Docteur Siredey. — On nous informe que la date de la remise du volume offert en hommage au Docteur Armand Siredey a été fixée au 17 octobre 1937, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem).

Les amis et admirateurs du Docteur Armand Siredey pourront apposer leur signature sur des feuillets qui seront joints à l'exemplaire personnel du Docteur Siredey. Ces feuillets sont d'ores et déjà à leur disposition aux Editions Doin, 8, place de l'Odéon.

Hommage au Professeur Raymond Grégoire. — Les élèves et les amis du Professeur Raymond Grégoire ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion du 46e Congrès français de chirurgie, qu'il préside.

Tout souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille due au talent du maître graveur Pillet.

Prière d'adresser le montant des souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain. Chèques postaux n° 599.





TRAVAUX ORIGINAUX

Le diagnostic de la cachexie hypophysaire

Anorexie mentale et Insuffisance glandulaire par inanition

Par M. LOEPER et J. BROUET SAINTON

Résumé clinique. — La cachexie hypophysaire décrite par Simmonds en 1914, se caractérise essentiellement par un amaigrissement progressif, une forte diminution du métabolisme basal ; des troubles génitaux ; de l'aménorrhée chez la femme ; de l'hypotension et de la cachexie. Un certain nombre de symptôme accessoires achève de donner son individualité au tableau clinique : altération de la peau et des phanères ; aspect sénile du visage ; troubles digestifs et troubles psychiques ; modifications humorales et sanguines, dont l'hypoglycémie est la plus importante.

Nous rappellerons rapidement les traits essentiels de la maladie que nous avons décrits plus en détail ailleurs.

La cachexie hypophysaire se rencontre à l'âge adulte mais avec une élection frappante chez la femme. Elle apparaît plus spécialement après des grossesses répétées, un accouchement compliqué, une fièvre puerperale ou des hémorragies.

L'amaigrissement s'installe d'une manière progressive et insidieuse. Il est global, rapide et atteint quelquefois 1 à 2 kilos par mois. Dans les cas très exceptionnels, pendant une courte période il est précédé d'œdèmes transitoires. Il s'accompagne souvent d'une *asthénie* progressive, mais qui n'est pas fatalement proportionnelle à la maigreur, telle la malade de Bickel, qui. malgré une perte de 19 kilos, continuait à jouer au tennis et à faire des courses en montagne.

Les manifestations génitales se traduisent chez la femme par une aménorrhée précoce, totale. Cette aménorrhée peut s'accompagner d'une atrophie progressive de l'utérus et des ovaires que des examens anatomiques ont pu d'ailleurs démontrer.

Notons que l'épuisement ovarien succède souvent à une exagération fonctionnelle : grossesses répétées, hémorragies, à un traumatisme abdominal ou à une intervention.

Chez l'homme, l'appétit sexuel est diminué mais les organes génitaux externes sont peu modifiés et prennent rarement le type infantile.

L'hypotension artérielle est presque constante. La maxima à peine atteint le chiffre de 9 et 10, tandis que la minima se tient à 5. Parallèlement, le pouls se ralentit et la *bradycardie* peut s'abaisser jusqu'à 50 et 40 pulsations à la minute. L'hypothermie et la frilosité sont fréquentes ainsi que des troubles circulatoires périphériques.

A ces signes essentiels, peuvent s'en ajouter d'autres que l'on recherchera systématiquement : *sécheresse de la peau*, qui jaunit, se ride et se plisse ; plus tard troubles des phanères, chute des poils, même des cheveux, altérations trophiques des ongles Les dents se déchaussent et s'éliminent, si bien que le malade présente une sénilité précoce.

Les *troubles psychiques* sont essentiellement des troubles du caractère : instabilité, hypersensibilité, egocentrisme, mélancolie. La mentalité se transforme et des désirs ou habitudes juvéniles reparaissent.

Plus rarement, il existe une diminution de l'activité intellectuelle ; exceptionnellement, des troubles hallucinatoires ou délirants, de la confusion mentale. L'insomnie, si fréquente, peut etre due non seulement à l'insuffisance hypophysaire antérieure, mais encore à la compression des centres du sommeil par une tumeur hypophysaire que les observations signalent dans quelques cas de cachexie hypophysaire.

Troubles digestifs. — Ils se traduisent avant tout par de l'anorexie, des douleurs gastriques, des vomissements et de la diarrhée. Et ces troubles, parfois, dominent à ce point le tableau clinique, que des malades atteints de cachexie hypophysaire ont pu être traités, voire opérés pour des affections digestives.

Les examens de laboratoire mettront en évidence deux signes importants de la maladie :

— *l'abaissement du métabolisme basal*, oscillant en général de — 30 à — 40 % ;

— *la chute de la glycémie* qui s'abaisse en général à 0 gr. 70, ce qui explique la sensibilité à l'insuline de ces sujets.

L'examen de sang décèle une anémie légère à 3 ou 4 millions avec parfois une éosinophilie discrète (5 %).

L'examen radiologique, sauf les cas de tumeur, montre une selle turcique habituellement normale.

L'évolution de la cachexie hypophysaire est progressive. Elle conduit inexorablement à la mort, si la thérapeutique par les extraits hypophysaires n'est pas instituée.

La durée va, de quelques semaines à plusieurs années.

La symptomatologie est loin d'être toujours aussi complète ; un des signes cardinaux peut manquer. En raison de leur allure presque monosymptomatique les formes digestives et les formes psychiques sont particulièrement intéressantes.

Bickel a individualisé récemment le tableau clinique de l'hypopithuitarisme antérieur qui n'est que la phase de début de la cachexie hypophysaire et qui correspond aux formes atténuées de la maladie.

On y rencontre l'abaissement du métabolisme basal, l'intolérance à l'insuline, la diminution du sucre du sang ; l'amélioration considérable et rapide presque extraordinaire de l'état général du malade se fait, non par le repos ou l'isolement, mais par les injections d'extraits hypophysaires.

* * *

A la lecture des observations qui ont été publiées et qui ont été rassemblées dans la thèse de Robert faites sous la direction de M. May, il nous a semblé que sur les 90 cas étiquetés de cachexie hypophysaire, 42 méritaient seulement d'être retenus de façon certaine, les autres devant être rapportés à d'autres affections. Les symptômes sont certes analogues à ceux de la cachexie hypophysaire, mais on peut se demander s'ils ne sont pas la conséquence d'autres déficiences glandulaires que de celle de l'hypophyse. Il existe certainement, à côté de ces cachexies endocriniennes, des cachexies d'autre nature qui méritent d'être discutées.

A) LES AUTRES CACHEXIES GLANDULAIRES.

Quelque nouvelle et séduisante que soit la cachexie hypophysaire, il faut penser aussi, ne fût-ce que pour les éliminer, à tous les syndromes voisins, causes d'erreurs possibles.

1° *La cachexie de Basedow* a des signes classiques : la tachycardie non la bradycardie, la sensation de chaleur et de fièvre non l'hypothermie et la frilosité. Il y existe d'ailleurs aussi des signes d'intolérance gastrique avec vomissements, intestinale avec diarrhée, quelquefois aussi, mais rarement, des douleurs aussi violentes que celles signalées au cours de la cachexie hypophysaire.

Le métabolisme basal y est modifié aussi mais en sens inverse : il est accru et non pas diminué, il atteint + 40, + 80 % et davantage. Ce sont là des moyens différentiels qui ont leur valeur et qui permettent même, en l'absence de goitre et d'exophtalmie, d'affirmer qu'il s'agit d'une maladie thyroïdienne, et non d'une maladie hypophysaire.

2° *La cachexie surrénale*, quand elle est pigmentaire, est d'un diagnostic facile. Mais, sans pigmentation ou avec une pigmentation discrète ou anormale, le tableau peut se rapprocher de celui de la cachexie hypophysaire ; l'amaigrissement est toujours très marqué, les troubles digestifs, l'asthénie, l'hypotension artérielle, la sensibilité à l'insuline sont de rège. Il est vrai que cette anesthésie est précoce alors qu'elle apparaît tardivement au cours de la cachexie hypophysaire ; l'hypotension artérielle est plus immédiate et plus prédominante. Enfin le visage n'a jamais l'aspect sénile des cachectiques hypophysaires.

3° La *cachexie pinéale* est bien rare ; le diagnostic est d'exception mais bien difficile. S'il n'existe pas de modifications des organes génitaux, comme dans l'observation de Baudouin, Lhermitte, Lereboullet, il est presque impossible. Leur malade âgé de 18 ans, présentait un amaigrissement considérable, une dénutrition assez marquée, des vomissements et de la constipation ; de l'asthénie, de l'hypotension artérielle ; il mourut assez rapidement. On escomptait une lésion hypophysaire : on trouva une tumeur de la glande pinéale.

Des observations pubiées dans la thèse d'un de nos élèves,

Gabriel, on trouve d'ailleurs aussi la relation de deux cas de pinéalomes qui par leur amaigrissement, leur cachexie et leurs troubles généraux, ressemblaient considérablement à la précédente.

4° *La cachexie parathyroïdienne* pourra être spécifiée par des modifications de la calcémie ou des crises tétaniques.

5° *La cachexie œdémateuse* décrite par Akanasy et Roch, de Genève, mérite intérêt. Elle est désignée parfois sous le nom de *polynésie* ou de *macronésie*, en raison des hyperplasies des îlots de Langerhans. Elle se traduit par un amaigrissement considérable sans anorexie ; par des œdèmes de la moitié inférieure du corps, sans lésion du cœur ; par une hypotension artérielle très marquée avec hypothermie et bradycardie ; par de l'aménorrhée et de l'hypertrichose et enfin par une cachexie progressive. L'insulinisme dû au développement anormal des îlots s'accompagne d'une hypoglycémie importante, qui peut s'abaisser jusqu'à 0,39 cent. Ce dernier symptôme est un point important pour le diagnostic étiologique. Dans les observations ou les constatations anatomiques ont pu être faites, l'hypophyse antérieure est intacte.

6° *La cachexie d'origine ovarienne* pose un problème délicat et que l'on envisage trop rarement quand on discute l'origine et la nature des cachexies glandulaires. Peut-être certaines *cachexies sont-elles plus ovariennes qu'hypophysaires.* On ne peut oublier que 70 observations de cachexie hypophysaire concernent des femmes et 20 seulement des hommes. Et parmi ces 20, encore 11 sont-elles liées à une tumeur de l'hypophyse qui est quelque chose de bien spécial. Faut-il simplement enregistrer cette disproportion comme le font beaucoup d'auteurs ? Faut-il soupçonner l'existence d'une labilité plus grande de l'hypophyse chez la femme comme May et Robert l'admettent, labilité qui dépend elle-même du retentissement sur l'hypophyse des diverses phases du cycle génital féminin ? Faut-il admettre la prédominance de l'ovaire ? Précisément les manifestations psychiques des femmes arrivées à la ménopause et celles des femmes cachectiques hypophysaires sont bien analogues. Sur 29 cas de cachexie hypophysaire chez la femme, on en relève 21 avec troubles psychiques, dont 10 avec aménorrhée, et atrophie hypophysaire simple. On peut supposer que l'ovaire n'y est pas étranger. Chez l'homme au contraire, elles sont exceptionnelles, deux cas seulement de cachexie hypophysaire masculine comportent des troubles psychiques et, dans ces deux cas même, il existe une tumeur de l'hypophyse.

Les troubles psychiques de la cachexie hypophysaire nous semblent relever en partie de l'insuffisance ovarienne et ce rôle si important de l'ovaire ne permet-il pas de qualifier certains syndromes de Simmonds du nom de cachexies hypophyso-ovarienne ? Cette hypothèse semble trouver quelque appui dans l'observation de MM. May et Layani.

Voici cette observation :

Mlle V..., 16 ans, entre à l'hôpital Cochin pour un amaigrissement extrême accompagné d'acro-cyanose. Les antécédents héréditaires sont négatifs ; dans les antécédents personnels, on retrouve de petits signes endocriniens. Toute petite, son embonpoint avait frappé son entourage : à 33 mois, elle pesait 21 kilog. A 8 ou 9 ans, elle avait encore les mains extrêmement potelées avec un poignet à peine marqué par un léger sillon entre deux masses adipeuses. Elle était très frileuse, ayant constamment les mains et les pieds froids, couverts d'engelures, malgré les gants de laine qu'elle portait constamment pendant la saison froide. Vers 10 à 11 ans, les engelures ont disparu, mais les mains sont restées froides et ont commencé à devenir violettes.

Elle a été réglée à 15 ans et d'une façon tout à fait normale pendant un an ; durant ce temps, elle a grandi beaucoup. A 16 ans, les règles se sont supprimées et n'ont plus reparu. En même temps, la cyanose des extrémités a beaucoup augmenté et surtout la malade a commencé à maigrir ; cet amaigrissement a pris bientôt des proportions importantes, à tel point que lorsque nous voyons la malade, son poids n'est plus que de 33 kgr.300. Son état général est peu touché par cette fonte tissulaire, et si elle se sent vite fatiguée, elle mène pourtant une vie normale et reste capable d'aider ses parents dans leur commerce de marchands de vin.

A l'examen, cet amaigrissement est véritablement impressionnant. Le visage est creux et tiré, sur le corps, le panicule cellulo-adipeux semble avoir complètement disparu ; les apophyses épineuses, les crêtes iliaques sont saillantes et paraissent vouloir percer la peau. La malade est peu active, apathique, très sensible au froid. Les mains sont le siège d'une acrocyanose très marquée ; elles sont d'un violet foncé, extrêmement froides par tous les temps et constamment moites. Les pieds présentent des phénomènes du même ordre, mais beaucoup moins accentués : les jambes ont une coloration violacée, diffuse avec une peau épaisse, un peu infiltrée, difficile à plisser. Le nez et les oreilles sont également froids et cyanosés. La malade saigne facilement du nez et des gencives ; elle présente des ecchymoses pour le moindre traumatisme et parfois même spontanément.

L'examen systématique ne révèle par ailleurs aucun trouble organique. Le pouls est à 76, la tension artérielle à 12,7 ; la radiographie montre un cœur petit, en goutte.

Les examens de laboratoire donne les résultats suivants : un métabolisme basal à — 34 ; une glycémie à 1,38 (en général, on trouve 0,60 à 0,80 dans la cachexie hypophysaire), une cholestérinémie à 1 gr. 80, une constante d'Ambard, une urée sanguine normales. Le réflexe oculo-cardiaque est positif ; le réflexe solaire est indifférent.

Les différents tests glandulaires ne donnent pas de renseignement bien net. L'épreuve de Gœtsch est négative ; l'injection de lobe postérieur d'hypophyse n'augmente pas la tolérance aux hydrates de carbone.

La formule sanguine est normale ; mais il y a des troubles de la coagulation ; le temps de saignement est de 6 minutes ; le temps de coagulation est nettement augmenté : la coagulation n'est complète qu'en 40 minutes et elle se fait suivant le type plasmatique. Le signe du lacet est légèrement positif. Les hématoblastes enfin sont diminués, on en compte 60.000 par millimètre cube.

Le repos et une alimentation copieuse amorcent une reprise de poids qu'accentue pendant trois mois une injection quotidienne d'insuline. Les autres symptômes ne se sont guère modifiés. Sous l'influence d'une thérapeutique *thyro-ovarienne*, le métabolisme redevient normal, la malade fait une ébauche de menstruation ; elle pèse 58 kilos, ce qui représente en six mois un gain de 25 kilos.

Cette observation clinique est-elle réellement une cachexie hypophysaire ? Le sucre du sang n'y est pas abaissé, le test à l'insuline est négatif ; les troubles ovariens y sont indiscutables et s'accompagnent d'hémorragies et la guérison est obtenue non par des extraits hypophysaires, mais par l'extrait ovarien et thyroïdien et l'insuline.

Le doute vient d'ailleurs à l'esprit de l'auteur lui-même sur la nature de la maladie et il se croit fondé à admettre que le traitement opothérapique n'est pas toujours spécifique. Nous pourrions citer aussi une observation analogue que l'un de nous a publiée dans le *Monde Médical* avec Fau en 1936.

Nous retiendrons donc que, chez des malades atteintes de cachexie hypophysaire, l'hypophyse paraît moins en cause que l'ovaire lui-même.

Résumons les caractères distinctifs de ces cachexies endocriniennes. C'est d'abord le métabolisme : dans la maladie de Basedow, le métabolisme est accru, la cachexie s'accompagne d'amaigrissement de tachycardie, de fièvre. Toutes les autres cachexies s'accompagnent d'une diminution de ce métabolisme basal. Mais dans la cachexie surrénale, il y a plus d'asthénie et d'hypotension encore. Dans les affections parathyroïdiennes la calcémie est accrue, et dans les affections hypophysaires, la diminution du sucre sanguin, l'intolérance à l'insuline, l'aspect sénile du sujet sont des éléments importants. Quant à la cachexie ovarienne, elle s'accompagne souvent de signes sanguins et de troubles psychiques.

***

Tout cela est assez précaire et pour affirmer le diagnostic de cachexie hypophysaire, il faut recourir à des tests moins fragiles.

Le premier est celui qui a été proposé par MM. Claude, Baudouin et Porak. On donne au malade un repas de 150 grammes d'hydrates de carbone, sous forme de lait, de sucre et de pain, accompagné d'une injection de lobe postérieur d'hypophyse. Chez l'individu normal ce repas fait apparaître quelques grammes de sucre dans l'urine. Chez le cachectique hypophysaire rien. Ce test vise surtout à explorer le lobe postérieur il ne nous renseigne que d'une manière tout à fait secondaire sur le fonctionnement du lobe antérieur qui nous intéresse à peu près uniquement au cours de la maladie de Simmonds.

Le second test a été proposé par Aron. Il consiste à rechercher dans l'urine du malade les deux hormones antéhypophysaires thyréotrope et gonadotrope. On injecte les urines à un cobaye. S'il s'agit d'un cas de cachexie hypophysaire, les ovaires et le corps thyroïde ne présentent aucune modification ; s'il s'agit d'un sujet normal et d'une urine normale, la maturation ovariennes au cinquième jour est marquée et la colloïde thyroïdienne est diminuée.

On ne peut croyons nous accorder à ces éléments d'information une valeur définitive et bien des erreurs sont possibles qui

dépendent de l'âge de l'animal, de son sexe, des autres substances contenues dans l'urine, du point de l'organe où on fait les coupes, de la richesse aussi des urines injectées puisque l'excès d'hormones produit l'atrésie des ovules du cobaye.

***

B) Les cachexies pluriglandulaires.

Il faudrait encore pour que ces épreuves soient vraiment intéressantes que les cachexies soient toujours pures et monoglandulaires. Or, elles sont *pluriglandulaires*. Ce qui amène à discuter dans certains cas, cette *insuffisance glandulaire globale* de quoi parlaient Claude et Gougerot. Certains auteurs la distinguent nettement du syndrome de Simmonds, mais d'autres pensent qu'elle se confond avec lui car le dysfonctionnement pluriglandulaire est constant dans le syndrome de Simmounds. Pourtant, on peut se demander si les déficiences électives d'autres glandes que l'hypophyse ne peuvent pas reproduire le syndrome de la cachexie hypophysaire parce qu'elles atteignent l'hypophyse à son tour. L'altération profonde d'une glande retentit toujours sur toutes les autres ; quand une défaille, les autres souvent la suivent quelle que soit la première atteinte. Les carences glandulaires s'abattent toutes successivement.

Une observation de M. de Gennes et ses collaborateurs concerne une maladie de Simmonds chez une institutrice de 35 ans, qui vient consulter le 23 février 1934 pour un œdème énorme des jambes, des cuisses, des parties inférieures du corps jusqu'à la base du thorax. Cet œdème déclive constraste avec l'intégrité complète de la face, du thorax et des membres supérieurs. L'amaigrissement remonte à plus de 20 ans, époque à laquelle les règles disparurent. A l'âge de 13 ans, elle a pesé 52 kilos, elle ne pèse plus, au moment de l'examen, que 32 kilos et même 24 par la suite. Le malade prend une allure sénile extraordinaire, la peau est ridée, il existe des troubles vaso-moteurs des extrémités : cyanose des mains, des pieds, et du nez. La glycémie est abaissée à 0 gr. 64. L'insuline ne donne aucun résultat, bien au contraire, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, la malade se cachectise de plus en plus, présente des troubles psychiques : hallucinations, mélancolies, idée de persécution, accusant les infirmières de vouloir l'emprisonner. Survient une débâcle diarrhéique et le 6 mars, la malade meurt en état de collapsus.

L'autopsie montre que les reins présentent un tissu conjonctif interstitiel anormal, le foie également, de même la rate. Le pancréas, chose curieuse, n'est pas fibreux, mais les îlots de Langerhans sont très anormalement développés. Les surrénales sont minces, avec une augmentation de la quantité du tissu conjonctif cortical, à peu près complètement dépourvus des éléments spongiocytaires. Les ovaires sont complètement atrophiés, ressemblant à une pastille ; la structure des ovaires est frappante, on ne retrouve aucun élément noble du follicule, rien que du tissu fibreux : le tout semble confusément réparti. Le corps thyroïde pèse 26 grammes : les vésicules sont un peu larges, les colloïdes intensément colorées par l'éosine, ce qui est un peu anormal. Les glandes parathyroïdes n'ont pas été retrouvées.

L'hypophyse *est parfaitement normale*, aucune coupe, aucun examen ne montre des modifications de cette glande. S'agit-il vraiment ici d'une cachexie hypophysaire ? L'auteur en est convaincu et pense qu'une glande peut ne présenter aucune altération reconnaissable alors qu'elle est complètement inactive. N'y a-t-il pas cependant quelque paradoxe à négliger les altérations si importantes de l'ovaire et de la surrénale et à admettre une inhibition si complète de l'hypophyse pourtant intacte ? Il serait possible aussi, à l'instar de Cornil, de voir dans l'observation de M. de Gennes un cas de cachexie œdémateuse d'Askanasy et Roch puisque l'hyperplasie des îlots de Langerhans y est formellement indiquée.

Pour conclure, à côté des cachexies monoglandulaires qui ne sont pas hypophysaires, il est des cachexies pluriglandulaires où après l'hypophyse ou avant elle ou parallèlement à elle, les ovaires, les parathyroïdes, les surrénales, le pancréas, la thyroïde sont atteints et où l'on ne sait vraiment qui domine et qui a commencé.

Peut être a-t-on tendance actuellement à élargir d'une manière abusive les cadres de la maladie de Simmonds.

Son existence indéniable, son individualité n'empêche pas, comme l'ont montré MM. Etienne May et Robert, l'existence des autres cachexies endocriniennes.

***

C. L'anorexie mentale.

Les cachexies mono ou pluri-glandulaires se distinguent plus ou moins aisément de la cachexie hypophysaire, il est une affection dont les frontières avec la cachexie hypophysaire sont difficile à délimiter. Nous voulons parler de l'*anorexie mentale*.

Tous les malades atteints de cachexie hypophysaire sont des anorexiques et l'anorexie marque le début de l'affection ; ce sont donc des inanitiés et des amaigris autant que des psychiques. Chose curieuse, ils se présentent quelquefois comme des psychiques avant d'etre des inanitiés et l'on a peine à distinguer derrière leur inanition la volonté de ne pas manger ou l'altération hypophysaire.

Qui ne voit combien de tels cas se rapprochent de l'anorexie mentale ?

L'observation suivante publiée avec M. Fau illustrera bien cette discussion. Elle concerne une jeune fille de 30 ans, réglée normalement à 13 ans. Le début de son histoire semble remonter à un régime trop sévère et trop régulièrement suivie, ordonné vers l'âge de 14 ans : à la suite d'une grippe on avait découvert des traces d'albumine. Un régime déchloruré végétarien sévère est prescrit et suivi pendant deux ans. La malade commence à maigrir à ce moment et perd l'appétit. Un peu plus tard, réfugiée de guerre, elle vit dans de mauvaises conditions et commence à présenter des troubles digestifs. Elle souffre de « fringales » mais dès qu'elle mange, elle commence à souffrir ; quelque chose se bloque, les aliments ne passent plus ; elle ne vomit point cependant.

Après la guerre, elle ne retrouve pas la santé et continue à maigrir. Elle souffre de l'estomac sans horaire fixe. En 1924 on lui enlève l'appendice sans résultat appréciable.

En 1929, elle consulte l'un de nous. Un examen radiologique est alors pratiqué et ne montre aucune lésion du tube digestif.

Elle fait alors une cure à Plombières, dont elle ne tire qu'un médiocre résultat.

En 1931, elle souffre de plus en plus et ses douleurs se localisent dans la région pylorique ; elle ne vomit toujours pas. Malgré l'avis de ses médecins, elle exige et finit par obtenir une gastro-entérostomie. Les années suivantes, elle continue à souffrir et à partir de 1932, elle maigrit beaucoup. En 1933, les règles deviennent irrégulières. En janvier, elles disparaissent, malgré plusieurs séries d'injections de folliculine.

En juin 1934, elle revient consulter, et on décide de l'envoyer dans une maison de santé. A ce moment, juillet 1934, l'état général est très mauvais, la malade qui mesure 1 m. 62, pèse 33 kilog. : la peau est sèche : la figure anguleuse, tendue, réalise un aspect saisissant de sénilité précoce.

Il n'y a pas de chute des poils et des cheveux.

L'abdomen est un peu météorisé, le cadre colique douloureux et gargouillant ; les selles sont d'aspect normal.

Les règles n'ont pas reparu depuis six mois ;

La tension artérielle est basse, 7,5-5 à l'appareil de Vaquez

Tous les autres appareils sont normaux.

Le métabolisme basal est de — 18,5.

L'aspect général est mauvais. La malade est très découragée. Cependant, il faut l'interroger longuement et gagner peu à peu sa confiance pour découvrir ce découragement profond. Elle a la certitude d'être atteinte d'un mal incurable mystérieux ; elle éprouve la sensation d'être retranchée du monde des vivants, sensation que la suppression des règles, le fait de « n'être plus une femme comme les autres » est venue en quelque sorte matérialiser. Il n'y a pas là un trouble psychique net, organisé, cohérent, mais un ensemble fait de mysticisme, de résignation, de certitude, d'être atteinte d'un mal incurable extraordinaire, qui forment au total un tableau assez particulier.

Depuis des mois, la malade ne s'alimente plus. Ici encore il faut un long et patient interrogatoire pour arriver à apprécier ce qu'elle peut manger : sa ration alimentaire est nettement insuffisante ; elle est même devenue presque nulle : une compote, un biscuit sec, constituent toute l'alimentation d'une journée. Une ou deux fois la semaine, la malade y ajoute un œuf ou un peu de purée.

Cependant, malgré la cachexie, malgré l'insuffisance de l'alimentation, la malade n'est ni somnolente, ni abattue. Elle a gardé au contraire, un état de fébrilité impressionnante, en discordance avec son état de maigreur extrême.

On prescrit le repos absolu.

Avec les injections, on institue la diète lactée. Un litre de lait par jour, dès le premier jour, puis deux litres de lait, une farine lactée et une bouillie au lait. Au bout de quinze jours, on ajoute à ce régime un yaourt et un jus de fruit.

A partir du 15 août, on impose à la malade des légumes, des œufs et des entremets. A partir du 1er septembre et, malgré une vive opposition, on prescrit de la viande tous les jours. En octobre, la malade mange de tout et en quantité suffisante.

Le traitement médicamenteux a été réduit au minimum.

Pendant le mois d'août on a donné du Prolan pendant vingt jours ; aucun extrait hypophysaire total n'a été utilisé.

Depuis le début du traitement, la malade n'a cessé de s'améliorer. Son poids passe de 33 à 45 kilog en octobre, 50 kilog l'année suivante, les règles ont reparu , la malade mène une vie normale, mais elle est toujours un peu nerveuse et agitée.

C'est là un beau cas d'anorexie mentale, anorexie pure pourrait-on dire. Nous pourrions en citer un autre observé chez le Docteur Maillard et qui est de nature plus formellement *hystérique*. La malade pour impressionner son entourage cesse de s'alimenter ; elle se donne en spectacle et joue avec complaisance une tragédie qui peut etre fatale. Elle en arrive à se prendre à son propre piège, elle prend peur, et ne peut se ressaisir.

Il n'est pas inutile de rappeler la description de Lassègue que nous reproduisons presque intégralement : « cette malade, dit-il, est entourée d'une famille fort attentive, et la famille n'a à son service malheureusement que deux méthodes qu'elle épuise toujours : prières et menaces et qui servent l'une et l'autre comme pierre de touche, à tour de rôle. On multiplie les délicatesses de la table, et plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétit diminue. La malade boude dédaigneusement les mets nouveaux, et, après avoir ainsi marqué sa volonté, elle se considère comme dégagée de l'obligation de faire plus.

« L'excès d'insistance appelle un excès de résistance, une seule concession la ferait passer à l'état d'enfant capricieuse et, cette concession, elle ne la consentirait jamais.

« L'anorexique devient l'objectif unique de toutes les conversations, il se forme autour d'elle une sorte d'atmosphère à laquelle elle n'échappe à aucune heure. Les amis se joignent aux parents et chacun contribue à l'œuvre commune.

« A la volonté de ne point manger s'oppose parfois un anormal besoin d'attente : la malade heureuse d'être un sujet de préoccupation et, par une sorte de défi, paraît d'autant plus active qu'elle est plus amaigrie. Elle accepte les médicaments pour montrer sa docilité ; plus tard, elle finit tout de même par s'alimenter, sa volonté devient défaillante ; elle voudrait bien se sauver, mais elle ne peut plus revenir à l'alimentation ».

A côté de l'anorexie mentale, pure ou hystérique où la volonté pathologique de maigrir est à l'origine de la maladie, une autre où des idées obsédantes d'ordre *mystique* sont en cause, où le désir de se rendre intéressant est remplacé par le désir de se mortifier et de plaire à Dieu. Il y a aussi la malade qui *veut mourir* et qui y parvient par inanition. Il y a celle, *hypocondriaque* ou négativiste qui s'imagine n'avoir plus d'estomac ni d'intestin. Mais il y a aussi *celle qui souffre* ou croit souffrir quand elle s'alimente et qui cesse de manger pour ne plus souffrir. Tout cela c'est de l'anorexie, si l'on veut, psychique. L'inanition aboutit ainsi à une cachexie agrémentée de troubles psychiques qui ressemble beaucoup à la cachexie hypophysaire.

Elle en a l'amaigrissement voire la sénilité, et les troubles psychiques, le pessimisme, l'aboulie, le délire. Elle s'accompagne toujours d'aménorrhée chez la femme ; de troubles digestifs, d'atonie gastrique et intestinale ; le foie est petit, il a 50 % de sa matité et sans doute de son poids. L'hypotension artérielle est marquée.

Il est difficile de voir dans ce tableau clinique des différences essentielles avec la cachexie hypophysaire ? Les réactions humorales sont les mêmes et l'hypoglycémie peut aller jusqu'à 0,50 ; le métabolisme basal s'abaisse à — 20, nous ne dirons donc pas que l'insuffisance hypophysaire conditionne l'anorexie mentale mais que l'anorexie mentale y conduit. Tout l'organisme y compris les endocrines participe donc à cette inanition.

* * *

D) INSUFFISANCES GLANDULAIRES PAR INANITION. — La malade atteinte d'anorexie mentale meurt de faim et d'inanition. Les glandes endocrines meurent de faim comme tout l'organisme et l'anorexie mentale rejoint la cachexie hypophysaire. Elle part d'un phénomène nerveux mais aboutit à un phénomène endocrinien ? L'inanition atrophie les organes et trouble profondément tous les tissus. La graisse, puis le sucre, puis les albumines s'effondrent et les muscles diminuent comme le reste. Chose curieuse c'est le cerveau qui résiste le plus longtemps. Il semble que le système nerveux perde 2 % en vingt-quatre jours de sa substance, alors que la graisse perd 93 %, le foie 52 %. Il y a même quelquefois des modifications du rapport azoturique, modification temporaire. Des éosinophiles apparaissent dans le sang comme on les a signalés chez les hypophysaires.

Le glycogène du foie fond dans la proportion de 4/5 et la graisse disparaît après lui (Achard). A ces modifications se joignent des lésions endocriniennes qui sont connues depuis peu et portent sur la thyroïde, la pituitaire, la surrénale. En un mot, le syndrome endocrinien se greffe sur l'inanition.

Cette notion apparaît d'ailleurs nette dans les recherches faites pendant la famine de Kiew par un auteur russe Nicolaïef. Elles ont été rapportées à trois reprises dans la *Revue d'Endocrinologie*.

Le thyroïde s'atrophie, son épithélium s'abaisse, le subtratum colloïde devient basophile. Les cellules de parathyroïdes se raréfient.

Chez l'enfant le thymus, (car souvent il s'agit d'enfant), s'atrophie quand la mère est en état d'inanition.

La surrénale passe par trois états : la corticale diminue, le pigment également ; puis le noyau devient pauvre en chromatine et, à la longue, la couche corticale elle-même devient presque poreuse.

On a peu étudié l'hypophyse ; pourtant les éosinophiles y semblent moins nombreux. Cela est intéressant car on pense que les cellules éosinophiles sont le subtratum histo-chimique de l'hormone somatrotope qui préside au développement de l'individu.

Dans les ovaires, les follicules n'évoluent pas : les follicules primordiaux même disparaissent. Dans les testicules il n'y a pas de spermatozoïdes. La glande pinéale est atrophiée.

Ces recherches sont très importantes elles donnent au syndrome endocrinien de l'inanition une base solide.

D'ailleurs, en étudiant les bêtes à cornes inanitiées pendant la guerre, en Allemagne particulièrement, Moro a vu que les surrénales sécrétaient trois fois moins d'adrénaline que les surrénales des animaux normaux et les mêmes constatations ont été faites chez l'homme.

Un autre point mérite d'être noté : incontestablement, l'inanition ne porte pas seulement sur les substances directement assimilables et constituantes de nos cellules : elle porte sur les vitamines aussi. La carence nutritive devient une carence chimique et biologique vraiment spécifique. Or, cette absence de vitamines est capable de déterminer des modifications des glandes endocrines.

L'avitaminose agit sur la corticalité surrénale qui s'atrophie et s'appauvrit en graisse, sur le testicule, qui présente peu d'éléments de la lignée séminale et sur les autres organes dont les lipides diminuent notablement.

L'avitaminose B provoque des caries dentaires, facilite la furonculose, la diarrhée ; l'avitaminose C provoque des hémorragies.

On ne connaît certes pas exactement le subtratum chimique de ces avitaminoses, mais on connaît incontestablement des altérations cellulaires qu'elles provoquent dans les glandes à sécrétion interne. Si bien que Franck a eu raison d'écrire : « l'inanition agit souvent par l'absence de vitamines, les carences en vitamines n'agissent parfois que par l'intermédiaire des glandes vasculaires sanguines.

* * *

Conclusions

La maladie de Simonds est sortie du cadre anatomo-clinique que son auteur lui avait assigné et des limites très précises que lui avait fixées MM. May et Robert.

Il ne faut pas oublier les autres cachexies glandulaires qui peuvent simuler la maladie de Simmonds.

Il ne faut pas oublier non plus que des *insuffisances glandulaires peuvent être réalisées par l'inanition et que ces insuffisances par inanition rejoignent l'insuffisance endocrinienne totale ou élective.* De cette inanition à la fois somatique et glandulaire l'anorexie mentale peut être l'origine. C'est assez dire combien peut être difficile le diagnostic de la maladie de Simmonds.

En Australie, il y a actuellement trois écoles de médecine à Sydney, Melbourne et Adelaïde. Une quatrième va être ouverte à Brisbane. Le latin ne sera pas obligatoire pour les étudiants qui pourront, à la place, choisir le français ou l'allemand avec recommendation de préférer l'allemand lequel permet à l'étudiant de se procurer une plus abondante documentation médicale. (*Journ. of. the Amer. Med. Ass.*, 17 juillet 1937, p. 221.)

Les accidents des rues et des routes sont en diminution dans le Royaume-Uni. Alors que, jusque-là, il y a eu proportionnalité entre les piétons tués et le nombre d'autos en circulation, en 1936 il y a eu 18 % de diminution de la mortalité des piétons ; le chiffre est encore plus marqué pour les enfants. Le nombre des cyclistes occis a augmenté de 69 %, cette augmentation étant en rapport avec une plus grande popularité de la bicyclette. (*Journ. of. the Amer. Ass.*, 7 août 1937, p. 442.)

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Le traitement des cirrhoses alcooliques avec ascite

Le traitement de la cirrhose alcoolique avec ascite est bien souvent décevant. Il vaut cependant d'être entrepris et l'on sait que, du moins dans le cas des cirrhoses hypertrophiques, la guérison est possible, soit totale, soit plutôt apparente par régression des principaux symptômes.

Nos connaissances sont légères sur la pathogénie intime des cirrhoses et le traitement demeure très empirique.

A) Préoccupations étiologiques

On supprimera bien entendu le toxique considéré comme directement responsable : l'alcool, sous toutes ses formes, alcool en nature, apéritifs, vins, cidre, bière, etc...

On cherchera à éviter toute intoxication supplémentaire (professionnelle, alimentaire). En particulier en prescrira, outre le repos, un régime hypotoxique de lait et laitages (au besoin en partie écrémés), d'aliments glucidiques, de viandes maigres grillées ou rôties, de fruits. Tous les aliments toxiques, fermentés, les charcuteries, les fromages forts, seront exclus.

On aura cherché l'existence de la tuberculose et de la syphilis, affections auxquelles certains accordent une part prépondérante dans la genèse des cirrhoses éthyliques. En réalité cette part semble maigre. S'il existe une tuberculose associée on la soignera au mieux en tant que telle, mais on sait assez combien peu nous sommes armés contre elle. Si la syphilis est décelée, il est prudent de ne la combattre qu'avec des moyens qui ne soient pas trop dangereux pour le foie. C'est à dire qu'il faut exclure le novar. Par contre les bismuthiques et surtout les mercuriaux (cyanure d'hydrargyre) pourront être utilisés. Mais on n'en attendra pas trop.

Il reste enfin que dans quelques rares cas on a pu penser que la cirrhose était d'origine splénique et l'on sait que parfois la splénectomie a pu « guérir » des cirrhoses ascitiques comme elle a guéri des cirrhoses biliaires.

B) Préoccupations pathogéniques

Du point de vue pathogénique on peut essayer de lutter contre l'insuffisance hépatique proprement dite (atteinte parenchymateuse) d'une part, contre l'hypertension portale d'autre part.

I. Médications de l'insuffisance hépatique

On peut d'une part tenter d'exciter le fonctionnement des cellules hépatiques, d'autre part tenter d'en activer la régénérescence.

Excitants du fonctionnement hépatique

L'opothérapie hépatique est théoriquement séduisante. On peut la réaliser très simplement par l'ingestion de 100 à 200 grammes de foie de veau cru, pulpé dans du bouillon tiède, ou diversement assaisonné. Malheureusement le dégoût survient vite et de plus il se produit souvent dans le tube digestif, à partir de ce produit riche en histidine, des dérivés toxiques histaminiques (Loeper) qui vont déterminer des phénomènes indésirables et adultérer plus encore le foie du malade. Les extraits de foie buvables et injectables sont d'ailleurs passibles des mêmes reproches et l'on peut se demander s'ils n'agissent pas simplement à titre d'irritants toxiques légers de la cellule hépatique. De toute sorte si l'on fait de l'opothérapie hépatique il faut la faire puissante (extraits correspondant à au moins 100 grammes de foie frais).

Les toxiques hépatiques dont le type est le cyanure d'hydrargyre semblent, comme le pense Fiessinger, à petites doses répétées exciter le fonctionnement cellulaire, à condition que la cellule puisse encore réagir. Il est probable que les cellules les plus malades sont frappées à mort tandis que les cellules voisines, selon un processus biologique général, résistent et prennent une vitalité nouvelle.

Les aliments de la cellule hépatique sont mal connus encore. Il semble que le glucose, à la dose de 100 grammes par jour, seul ou associé à de petites doses d'insuline (2 fois 10 unités) soit particulièrement utile. L'acide ascorbique semble également devoir être utilisé, à doses importantes : dix à cinquante centigrammes par jour en injection, ou sous forme d'ingestion de jus de citron (6 à 12 citrons *pro die*).

La diathermie hépatique semble utile. Elle est en tout cas sans danger.

Les cholagogues et cholérétiques légers :

— *a*) dans l'ordre minéral, il faut retenir surtout le bicarbonate, le phosphate et le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, le sel de Seignette. On prescrira par exemple :

Bicarbonate de soude		6 gr.
Sulfate de magnésie		4 gr.
Benzoate de soude	} àâ	3 gr.
Salicylate de soude		
Eau		1 litre

Un verre à Bordeaux le matin à jeun.

Ou encore eau de Vichy (ou de Vals) tiédie, à la même dose,

— *b*) dans l'ordre végétal,

— le boldo, sous forme d'infusion de feuilles de boldo, 2 grammes pour 150 d'eau, le soir au coucher, ou sous forme d'extrait fluide XV à XX gouttes.

— le combretum, X à XX gouttes d'extrait fluide avant chaque repas.

— *c*) dans l'ordre animal,

— la bile : bile de bœuf, 0 gr. 05 pour une pilule à la fin de chaque repas.

— le petit lait (lacto-sérum), 200 gr. le matin à jeun.

Régénérateurs des cellules hépatiques

Pour activer le processus, normal et constant, de régénération cellulaire on a proposé :

— *la diathermie hépatique*, — *l'injection de lobe antérieur d'hypophyse* (Fiessinger et Moricard).

II. Médications de l'hypertension portale et de ses conséquences

Ce sont essentiellement les méthodes de dérivation. Dérivations chirurgicales par anastomoses veineuses : elles sont abandonnées. Dérivation intestinale par les purgations et lavements hydragogues : ce ne sont guère que des médications symptomatiques. Citons encore la *diathermie hépatique* qui a pu en quelques cas faire disparaître ou atténuer l'ascite.

C) Médications symptomatiques

Je n'insiste pas sur le traitement des hémorragies.

En règle on lutte surtout contre l'ascite et les œdèmes. C'est dire qu'on aura surtout à resteindre l'apport hydrique et à administrer des diurétiques.

Resteindre l'apport hydrique est une préoccupation capitale : donc peu de lait, pas de tisanes ou de « cures » d'eaux minérales diverses.

Régime peu salé sans tomber dans l'excès d'un régime déchloruré strict.

Diurétiques : tous ont été vantés mais leur intérêt est très inégal. La lactose, le lacto-sérum, le lait déchloruré ont une action souvent heureuse mais peu intense.

Les cures d'oignons, de raisins ne sont que des adjuvants.

La théobromine, les xanthiques voisins, la scille ne donnent que des résultats médiocres en général.

Les digitaliques n'ont que de rares indications. L'extrait thyroïdien de même.

Deux médications semblent efficaces, qu'on a intérêt d'ailleurs à associer : la médication acidifiante par le chlorure de calcium ou mieux les sels d'ammonium (nitrate ou bromhydrate à la dose de 4 à 8 grammes par jour) ; les diurétiques mercuriels, non pas tant sous forme du classique calomel ou du cyanure d'hydrargyre que sous forme de composés organométalliques administrés par injection intra-musculaire, intraveineuse, intra-péritonéale, ou en suppositoires, une ou deux fois par semaine.

En résumé, repos, régime hypotoxique, opothérapie hépatique, diurétiques mercuriels, excitants du fonctionnement hépatique, voilà l'essentiel du traitement qu'on peut opposer aux cirrhoses éthyliques avec ascite. Bien souvent on sera contraint de recourir aux paracentèses répétées. Cependant l'usage judicieux des diurétiques mercuriels est susceptible de les espacer et de permettre la guérison sinon de la cirrhose du moins des manifestations œdémateuse et ascitique.

Dr Marcel PERRAULT,
Chef de clinique à la Faculté.

CLINIQUE INFANTILE

Les règles actuelles de l'alimentation dans les six premiers mois de la vie

Par le Professeur **P. LEREBOULLET** (1)

L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson doit être, nous l'avons dit dans une leçon antérieure, dirigée de façon à ce que leurs besoins soient satisfaits.

Fort heureusement la nature y a pourvu en dotant sa nourriture d'un aliment qui, sous la forme de lait maternel, ou de lait de vache ou encore de lait artificiellement modifié, permet l'alimentation régulière des premiers mois de la vie.

Cette alimentation, exceptionnellement bien composée et harmonisée pour subvenir aux besoins du nouveau-né, est à peu près exclusive pendant un certain nombre de mois puis peut être élargie ; aussi a-t-on pris l'habitude de distinguer deux périodes dans la première année de la vie :

— la période où il y a *lactation exclusive* ou à peu près ; cette période varie selon les médecins, selon les mères, selon, les circonstances ; elle a un minimum, pour nous Français, de six mois. C'est, je le répète, un minimum, car autrefois cette période était habituellement plus étendue ;

— suit une deuxième période, dite de « *sevrage* » qui serait mieux dénommée période d'*ablactation progressive* et pendant laquelle non seulement on diminue, on espace l'allaitement au sein ou au biberon mais on y ajoute peu à peu d'autres aliments.

Ici je dois ouvrir une parenthèse pour rappeler que sevrage et ablactation ne sont pas nullement synonymes, le sevrage étant la séparation de sein, l'ablactation la suppression partielle ou totale de lait dans l'alimentation, mais l'usage veut que le terme de sevrage soit pratiquement le plus employé.

Allaitement au sein. — Il est hors de doute que le *lait de sein, et avant tout le lait maternel est l'aliment idéal dans les six premiers mois.* Quels que soient les progrès de l'allaitement artificiel « *il n'y a pas pour le nouveau-né de meilleure nourriture que le lait de sa mère.* Toute femme bien portante est capable le plus souvent, et doit toujours essayer, d'allaiter son enfant. Il est très rare que le lait d'une femme saine soit de mauvaise qualité. On l'accuse souvent d'avoir produit des troubles digestifs ; cette accusation est presque toujours injuste. Ce n'est pas le lait de la mère qui est coupable, c'est le tube digestif de l'enfant. Il faut le soigner, et *ne pas abandonner l'allaitement maternel* » (Marfan).

Cette affirmation a été souvent confirmée et, à proprement parler, *il n'y a pas de mauvais lait maternel* ; le lait de la mère est supérieur à tout autre lait et, pour en avoir la preuve, il n'y a qu'à consulter de nombreuses statistiques publiées et notamment celle apportée en 1934 par Grulee de Chicago, Sandford et Herron que Et. Burnet et Aykroyd ont avec raison reproduites dans leur rapport sur l'alimentation, à la Société des Nations.

Ces pédiatres américains sont convaincus de la valeur de l'allaitement maternel et M. Grulee et ses collaborateurs ont étudié la mortalité et la morbidité au cours de l'alimentation au sein exclusive : voici ce qu'ils ont trouvé :

Sur 20.000 enfants allaités sous surveillance ;

De la naissance au 9e mois :

48 % étaient allaités exclusivement au sein,
43 % étaient allaités en partie au sein,
5 % étaient nourris avec des préparations lactées (autrement dit avec du lait condensé ou du lait sec).

Aux trois groupes on donnait des aliments accessoires, c'est-à-dire du jus d'orange.

Dans le premier groupe où l'alimentation au sein a été exclusive, la morbidité est de 37,4 % et la mortalité de 6,7 %.

Dans le second groupe (alimentation partielle au sein), les pourcentages de la morbidité et de la mortalité s'élèvent respectivement de 52,8 % et de 27,2 %.

Dans le troisième groupe enfin (alimentation avec des préparations lactées), MM. Grulee, Sandford et Herron ont relevé les chiffres considérables de 63.6 % de morbidité et 66,7 % de la mortalité totale.

La supériorité de l'allaitement au sein est donc évidente et constatée par toutes les autres statistiques établies en France. Malheureusement cette alimentation au lait de sein, nous ne pouvons pas toujours, ni en France ni dans d'autres pays, la donner à l'enfant pendant le temps nécessaire et de façon complète, mais on doit presque toujours commencer par l'appliquer, réserve faite des obstacles physiologiques et médicaux qui ne sont que très limités.

Je ne puis insister sur la *technique* de l'*allaitement au sein,* je vous rapellerai simplement certains principes indispensables à respecter :

Le premier jour on ne donne pas cet allaitement maternel à l'enfant, on se borne à lui faire ingérer quelques cuillerées d'eau bouillie sucrée.

Dès le deuxième jour l'allaitement au sein est donné et continué de façon progressive les jours qui suivent.

Certains accoucheurs sont assez partisans de laisser le nouveau-né à la diète assez marquée pendant les deux ou trois premiers jours ; il n'y a toutefois pas avantage à prolonger longtemps cette diète relative parce que la perte de poids initiale qui suit l'évacuation du méconium est considérable chez certains enfants et elle doit être réparée le plus tôt possible ! Normalement elle doit l'être vers le dixième jour. Le mieux est donc d'alimenter assez vite le nouveau-né d'abord avec de l'eau sucrée puis avec le lait de sa mère dans la mesure du possible, en répétant les tétées de façon à ce que la reprise du poids et la croissance régulière se fassent vite.

Dès le quatrième jour, il doit y avoir six tétées ; au bout de la première semaine sept tétées de 40 grammes.

Au bout de deux semaines : huit tétées de 50 grammes environ.

D'après M. Marfan il faut aller vite et donner à 3 mois sept tétées par jour de 100 à 110 grammes.

Certains médecins tendent à réduire très rapidement le nombre des tétées à six. Il est évident qu'on peut le faire de façon à permettre à la mère de dormir la nuit et à l'enfant d'être calme. Selon nous cependant, il n'y a pas intérêt à réduire les tétées à six avant le troisième ou le quatrième mois car alors chaque repas est trop abondant pour la capacité digestive de l'estomac de l'enfant. D'après le tableau de M. Marfan c'est à 4 mois en effet que les tétées se réduisent à 6. D'ailleurs la lactation est entretenue par les tétées et si on diminue leur nombre il arrive souvent que la mère n'est pas capable de nourrir pendant longtemps.

La ration alimentaire de l'enfant au sein doit être fixée assez largement. Depuis Natalis Guillot on a pris l'habitude de peser l'enfant avant et après la mise au sein pour déterminer la quantité de lait prise à chaque tétée et par suite celle prise en vingt-quatre heures, fixant ainsi la ration alimentaire du nourrisson sain.

Nombre de recherches ont été faites à ce sujet et M. Marfan a montré que les rations quotidiennes du nourrisson au sein, pourtant bien portant et de croissance normale, étaient extrêmement variables et que la mère donnait du lait de façon très variable également. Du quatrième au dixième jours, il y a une grande variété de lactation d'une mère à l'autre ; et il en est de même dans les semaines qui suivent ; chez une même nourrice d'ailleurs, la quantité de lait est variable d'un jour à l'autre, et même d'une tétée à l'autre et les qualités nutritives

(1) Leçon faite à l'Hospice des Enfants-Assistés (Clinique Parot) et recueillie par Mlle Ducro.

du lait sont elles-mêmes assez variables. On ne peut donc pas établir de règle absolue : telle mère donne plus de lait, une autre moins, mais telle mère qui a moins de lait peut avoir un lait plus riche. Ce n'est donc ni par le nombre des tétées ni par le nombre de grammes de lait ingérés qu'on peut établir exactement la ration alimentaire de l'enfant. M. Marfan a essayé de fixer cette ration dans un tableau qui est accepté par la plupart des pédiatres.

On a voulu fixer cette ration en se basant sur l'âge et sur le poids, sur la taille, et pour essayer de fixer le nombre de calories on a cherché à se rendre compte combien l'enfant devait prendre de lait par kilo de poids. Le Professeur Maurel, de Toulouse, estimait qu'un enfant de 2 à 8 mois devait profiter avec 100 grammes de lait par kilogr. de poids corporel. Ces chiffres avaient été à l'époque adoptés par le Professeur Budin, ils ont été reconnus insuffisants. M. Marfan et d'autres auteurs ont trouvé également ces chiffres trop faibles. M. Marfan a estimé que la ration quotidienne du nourrisson doit être considérée dans les premiers mois de la vie comme étant de 14 à 15 % du poids de l'enfant, c'est-à-dire en somme de 140 à 150 grammes par kilo, qu'ensuite la ration diminue, de telle sorte qu'à six mois elle n'est plus que de 12 % soit 120 grammes par kilo de poids corporel ; de 11 % à un an.

M. Weill, de Lyon, avait adopté une formule analogue. Il calculait que de 3 à 5 kilos l'enfant devait avoir du lait dans la proportion du sixième de son poids ;

— de 5 à 7 kilos, du septième de son poids,

— de 7 à 9 kilos du huitième de son poids.

Ces chiffres sont d'ailleurs sensiblement analogues à ceux de M. Marfan.

D'autres calculs plus compliqués ont été faits qui ont donné des résultats assez voisins de ceux de M. Marfan auxquels je suis resté personnellement fidèle. La règle édictée par M. Marfan permet en effet de calculer mentalement et assez vite la quantité de lait maternel nécessaire à l'enfant (c'est-à-dire jusqu'à 5 à 6 mois une proportion de 14 % du poids) ; on sait ainsi immédiatement si cette ration est de 140, 130 ou 110 grammes par kilo. Cette formule est assez simple et c'est à elle que beaucoup de pédiatres se rattachent.

Certains ont recours à la formule proposée par MM. Variot et Lassablière qui ont fixé la ration de lait du nourrisson par rapport à sa taille et ont calculé qu'il fallait 15 grammes de lait par centimètre de taille. Mais la taille est chose variable : certains enfants de même âge ont une taille grande et sont très maigres ; d'autres sont musclés. La taille d'ailleurs est assez difficile à mesurer chez un nourrisson. De telle sorte que c'est encore la formule basée sur le poids qui reste vraie.

On a essayé de se baser sur le périmètre thoracique, sur la surface corporelle, la surface intestinale.

C'est ainsi qu'un pédiatre éminent, von Pirquet (de Vienne) avait, dans les dernières années de sa vie, proposé d'apprécier les besoins en nourriture du jeune enfant en fonction de la surface de l'intestin. Pratiquement, il déterminait les besoins de chaque enfant en recherchant le carré de la hauteur du sujet assis, qui lui donnait la surface d'alimentation, il l'appréciait en *Nem* (Nährungs Einheit Milch) unités de nutrition en lait. Cette méthode, actuellement mise en pratique par son élève et successeur Nobel (de Vienne), n'a guère été employée en France et, avec mon collègue Babonneix, je ne crois pas qu'elle ait été adoptée systématiquement ailleurs qu'en Autriche. Jusqu'à plus ample informé, mieux vaut rester fidèle à la formule basée sur le poids pour établir la ration en lait du nourrisson, cette méthode étant plus simple.

Le lait de femme contient dans l'ensemble les quantités nécessaires de graisses, d'hydrates de carbone, de protides pour donner à l'enfant les calories d'entretien et les calories de croissance dont il a besoin. On peut un peu dépasser le chiffre théoriquement nécessaire en se rappelant qu'il y a plus d'inconvénients à une ration trop réduite qu'à une ration trop forte.

Le lait de femme contenant les substances nécessaires à l'alimentation du nourrisson, point n'est besoin d'ajouter autre chose. Mais le lait de femme peut être insuffisamment pourvu de vitamines, il est facile de remédier à cet inconvénient en donnant assez vite à l'enfant du jus de fruits frais, qui lui apporte la vitamine C, à partir du deuxième ou troisième mois, il faut se rappeler d'ailleurs que le scorbut est exceptionnel avant cet âge. Lorsqu'on est amené à donner ainsi la vitamine C, il faut pour arriver à une quantité suffisante, donner une dizaine de centimètres cubes de jus d'orange.

On a conseillé aussi d'ajouter un peu de vitamines B et D au moyen d'huile de foie de morue, en particulier dans les temps et les lieux où la lumière est pauvre, comme y a insisté la Commission de la Société des Nations. Ceci concerne surtout les enfants habitant les pays du Nord où la lumière est restreinte. La Commission de Genève a proposé la dose de 500 unités internationales, contenue dans 6 grammes d'huile de foie de morue de la pharmacopée des Etats-Unis. Des préparations artificielles de stérols irradiés peuvent le remplacer.

On a pensé également à ajouter assez vite du fer pour lutter contre la carence possible en cette substance, de l'alimentation lactée. Cette addition est surtout utile chez les prématurés et les jumeaux.

Il est non moins important de surveiller l'alimentation des nourrices. M. Ribadeau-Dumas a fait justement remarquer que le régime des nourrices est quelquefois mauvais : « une nourrice bourrée de viande, de féculents, de boissons diverses, privées de crudités, de légumes verts, de salades ne saurait fournir au nourrisson une alimentation parfaite. Une erreur de ce genre suffit à expliquer l'échec incompréhensible de l'allaitement maternel ».

M. Barbier a de longue date préconisé le régime des légumes verts joint à celui des fruits crus chez les nourrices. Au point de vue spécial des vitamines, M. Marfan signale très justement que l'organisme des animaux supérieurs est impuissant à élaborer les vitamines et qu'il doit les recevoir du dehors, même pendant la vie fœtale que, donc, le lait ne renferme de vitamines qu'autant qu'elles sont présentes dans l'alimentation des nourrices et dans la proportion où elles s'y trouvent. On sait d'ailleurs qu'un enfant dont la nourrice est atteinte de béribéri souffre en général du même mal.

Le régime des nourrices doit par conséquent se composer d'aliments variés et choisis avec discernement.

Ceci dit, l'alimentation au sein ne comporte pas d'incidents. Je n'insiste pas sur les accidents qui résultent de la *suralimentation*, qui ne sont en général pas très marqués, qui sont surtout des accidents cutanés et digestifs (eczéma, intertrigo, diarrhée prandiale). Plus importants sont les accidents *d'hypo-alimentation* et surtout les accidents d'*intolérance* au lait de femme qui sont parfois très impressionnants comme dans le cas classique de MM. Vignes et Leveuf où une mère qui allaitait son enfant dut cesser cet allaitement devant quelques accidents présentés par le nouveau-né. Elle le reprit après dix jours, au moment de sortir de la Maternité, et à peine l'enfant avait-il absorbé quelques gorgées de lait, il fit une syncope mortelle. Ces cas sont exceptionnels mais ils montrent que parfois le lait peut provoquer des accidents chez des sujets hypersensibles.

L'allaitement au sein intégral est facile et sûr mais il est trop souvent impossible dans les circonstances actuelles de la vie parce que beaucoup de femmes, pour des raisons physiologiques morales ou matérielles souvent mises en lumière, ne peuvent longtemps le poursuivre.

Allaitement mixte. — Il faut alors recourir assez vite à l'*allaitement mixte* qui est, dans ces conditions, fort utile. Comme l'a dit M. Marfan, « le sein ne donne parfois qu'une quantité insuffisante de lait pour assurer la croissance régulière du poids de l'enfant. Il est facile de remédier à cette insuffisance en ayant recours à l'allaitement mixte. Celui-ci est très supérieur à l'allaitement artificiel. Il y a dans le lait de la mère des principes que son enfant ne trouvera dans aucun autre aliment et qui, seuls, conviennent à un développement régulier. Si peu qu'il en prenne, il en retire un bénéfice qui n'est pas négligeable ».

Aussi bien ne doit-on pas hésiter à conseiller aux jeunes mères de s'aider, — tout en nourrissant elles-mêmes leur enfant, —

assez vite du secours d'une alimentation complémentaire par le lait de vache. Et c'est ici que nous estimons souvent nécessaire de recourir pour réaliser cet allaitement mixte à l'*allaitement en « sandwich »* proposé par M. Le Lorier. En donnant au milieu d'une tétée, entre deux tranches de lait maternel, une cuiller à café de lait condensé sucré pur, on épaissit le lait maternel, on lutte contre les incidents de l'allaitement et on permet à l'enfant de mieux se développer. Mais souvent il faut aller plus loin et pratiquer soit l'allaitement complémentaire, soit l'allaitement alternant.

L'allaitement complémentaire, lorsque les tétées sont nettement insuffisantes, complète avec bénéfice celles-ci, par l'adjonction de petits biberons de lait de vache ou de lait condensé sucré coupé plus ou moins largement.

L'allaitement alternant consiste à remplacer la tétée de la mère deux ou trois fois par jour par un biberon.

Si l'allaitement intégral au sein est l'idéal dans les trois premiers mois de la vie, bien vite, il y a avantage à encourager la mère à l'allaitement mixte et à lui en faciliter la technique dans une série de circonstances où la ténacité trop grande dans la recherche de l'absolu aboutirait à un échec. Après les trois premiers mois, l'allaitement mixte peut être pratiqué; de cette façon la mère peut continuer l'allaitement partiel au sein jusqu'à huit mois, et même jusqu'à la fin de la première année.

L'allaitement au sein peut être pratiqué en dehors de la mère par une mercenaire, actuellement cela n'existe cependant pour ainsi dire plus. Mais il y a des circonstances où le lait de femme est indispensable et donne des résultats très nets, en particulier chez les débiles, les prématurés. Il faut tout faire alors pour s'en procurer. Ici, aux Enfants-Assistés, dans mon service, nous avons une organisation qui permet d'avoir des nourrices sur place qui, tout en nourrissant partiellement leur enfant, donnent le surplus de leur lait à nos nourrissons. Nous recueillons ainsi environ 25 litres de lait de nourrice par jour qui permettent de sauver la vie de bon nombre de nourrissons jadis voués à l'athrepsie. Cette organisation créée par le Professeur Marfan a fait ses preuves d'efficacité.

Cette question du lait de femme donné à des enfants privés du lait de leur mère est une question qui a été récemment discutée à propos de ce qu'on a appelé les « donneuses de lait ». Une Commission s'est réunie dernièrement au ministère de la Santé publique, afin d'envisager la création de centres départementaux. Il en existe un dans le département de la Seine à la Clinique Baudelocque et il rend d'ores et déjà de réels services. C'est une idée heureuse mais dont la réalisation se heurte à des difficultés de divers ordres car l'allaitement au sein doit être surveillé, or on ne peut pas surveiller les nourrices qui vivent au dehors. Il n'est donc pas aussi facile de réaliser ces centres qu'on le croirait du premier abord.

Allaitement artificiel. — L'allaitement artificiel ne se fait plus guère avec le *lait de chèvre* ni avec le *lait d'ânesse* et c'est le lait de vaches qui, pratiquement, est le seul employé. Celui-ci crée cependant une difficulté car ce lait ne peut être donné cru sauf exception, et par sa stérilisation il perd certaines vitamines ; il est moins adapté à l'estomac du nourrisson qu'à l'estomac du jeune veau. Il ne se modifie pas selon l'âge de l'enfant ; enfin et surtout entre la femelle laitière plus ou moins bien nourrie et soignée qui le produit et le nourrisson qui le consomme, le lait est exposé à des sophistications, des additions, des soustractions, des altérations microbiennes difficiles à empêcher complètement, et la corruption du lait ainsi réalisée peut amener des accidents graves, voire même mortels.

Quoiqu'il en soit, le lait de vache peut convenir au nourrisson, le beurre y est à peine plus abondant que dans le lait de femme ; le lactose y est en quantité notablement moindre, mais le sucrage est facile. En revanche les albumines y sont beaucoup plus abondantes, la caséine surtout et elles sont en grande partie la cause de la digestion plus difficile du lait de vache.

Ce lait apporte les vitamines nécessaires dans les mêmes proportions que le lait de femme, mais la stérilisation fait disparaître facilement la vitamine C, aisément remplaçable d'ailleurs par les jus de fruits. Comme le lait de femme il contient les amino-acides indispensables à la croissance (tryptophane, lysine, etc.). Il contient des matières minérales comme le lait de femme, en plus grande abondance toutefois (7 gr. au lieu de 2) et sa pauvreté en fer reste marquée.

Ce lait peut être administré de différentes façons : on peut se servir de *laits stérilisés bouillis*, coupés d'une certaine façon, et ils peuvent être suffisants.

Mais le plus souvent on a certaine peine à avoir du lait bien stérilisé ; on se sert alors de *laits modifiés*. Ils sont actuellement de plus en plus entrés dans l'alimentation. On emploie à cet effet divers laits.

1° *Les laits humanisés ou maternisés* ; ils sont très chers et employés à titre exceptionnel seulement.

2° *Le lait fixé ou homogénéisé*. Ce lait est très commode au point de vue de la conservation si désirable du lait. Mais cette homogénéisation a un grand défaut et c'est elle qui nous a paru responsable autrefois du scorbut du nourrisson ; peut-être n'est-elle pas aussi néfaste qu'on le croyait. Cette modification du lait a d'ailleurs, au point de vue industriel, une importance très grande ; il est de digestion facile et il n'y a pas lieu d'en proscrire systématiquement l'emploi.

3° L'homogénéisation intervient aussi dans les *laits concentrés non sucrés* ; c'est un aliment très recommandé, qui est vraiment utile dans certains cas, mais qui a l'inconvénient de s'altérer avec une grande rapidité dès que la boîte est ouverte, de sorte qu'en France le lait concentré non sucré est employé plus à titre culinaire que pour l'alimentation du nourrisson très jeune. Récemment M. René Mathieu a toutefois insisté sur l'emploi possible de ce lait concentré non sucré particulièrement bien digéré par le nourrisson à condition d'être coupé de moitié eau et sucré en proportions convenables.

4° Le plus employé des laits concentrés est le lait *condensé sucré*. Une cuillerée à café de ce lait pèse 8 à 9 grammes ; il faut se rappeler ce chiffre, car ce lait garde toutes les matières grasses contrairement à ce que M. Marfan avait pensé : c'est un lait non écrémé ; il ne faut donc pas en donner trop et le diluer pour éviter la fièvre alimentaire qu'il peut exceptionnellement provoquer, comme le *lait sec*.

5° *Le lait sec* est un lait très employé, qui conserve relativement ses vitamines, dont la caséine est d'une digestion plus facile, dont les bactéries sont relativement détruites, à l'exception de quelques spores. Il est fabriqué à l'état de lait maigre ou demi-gras, le lait gras subissant rapidement le rancissement. En France le lait demi-gras (ou demi écrémé) est le plus employé. Une cuillerée à soupe abrasée pèse 4 gr. 5 environ. Il en faut trois pour obtenir avec de l'eau sucrée (à 10 p. 100) 100 centimètres cubes de lait. Je n'insiste pas ici sur la technique d'emploi de ce lait actuellement bien fixée.

Le lait sec a toutefois un inconvénient c'est que lorsqu'on le donne insuffisamment dilué il provoque parfois de la fièvre, dite fièvre de lait sec. Nous l'avons étudié et observé avec MM. Debré, Lelong et Chabrun et nous avons vu que la cause essentielle de la fièvre de lait sec c'est un manque de dilution de l'aliment ainsi donné : il y a déséquilibre entre la proportion d'eau apportée dans l'organisme et la proportion de matières calorigènes qui y sont introduites; il n'y a pas assez d'eau pour permettre à l'organisme de lutter contre l'hyperthermie provoquée. Ce n'est pas grave et il suffit de rectifier l'alimentation pour que tout rentre dans l'ordre.

6° On a ajouté aussi à l'alimentation du nourrisson le *babeurre*, c'est-à-dire le lait écrémé, constitué par le liquide qui reste lorsque le beurre a été extrait complètement de la crème, il est préparé actuellement additionné de sucre et d'une petite quantité de farine sous forme de *bouillie de babeurre*. Il est extrêmement employé chez les nourrissons des villes et M. Marfan, en a, dans son service mis en évidence l'utilité. Il présente des qualités très spéciales sur lesquelles je ne puis insister dans cette leçon d'ensemble.

7° Il y a encore les *laits modifiés*, mais ils sont surtout destinés, comme le babeurre, aux cas pathologiques.

a) Les *laits acidifiés* : MM. Mac Kim-Marriott et Davidson ont voulu les substituer au babeurre. Ce lait acidifié, selon la formule de Marriott est à base d'acide lactique. Il peut rendre des services dans certains cas. Il est actuellement entré dans le

commerce sous forme de *lait en poudre* ; c'est ainsi qu'on peut l'employer, et M. Bohn qui l'a expérimenté à la pouponnière d'Antony et dans mon service en a montré la parfaite tolérance chez certains nourrissons.

b) *Le lait calcique* : Préconisé par Moll en 1922, il a été en France recommandé par M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée qui en ont modifié la préparation et l'ont employé avec succès chez les enfants sains et malades.

Nous avons donc toute une gamme de laits artificiels ; nous les donnons d'une manière assez fréquente à nos nourrissons. Faut-il à ces laits adjoindre des farines ? Cette *adjonction de farines* a été souvent discutée ; elle a été déclarée par certains impossible avant six mois parce que le tube digestif ne digère pas de façon précoce les farines. Néanmoins il ne faut pas être trop absolu. Il y a longtemps que M. Marfan a conseillé de diluer après deux mois le lait ordinaire et certains laits concentrés de même que le lait sec avec une décoction d'orge ou de riz au lieu d'eau pure ; mais il ne permet la première bouillie qu'après six mois. D'autres pédiatres et notamment le Professeur Rohmer estiment que renoncer aux farines pendant les six premiers mois c'est se priver d'un adjuvant puissant qui améliore considérablement la croissance du nourrisson soumis à l'allaitement artificiel ».

Aussi peut-on admettre avec Ribadeau-Dumas que l'enfant ne digère que peu de farines dans les premiers mois de la vie : 1 % au deuxième mois, 2 % au troisième et au quatrième mois. Ces petites quantités sont très voisines de celles recommandées par M. Marfan. Nous sommes donc tous d'accord et l'on peut donner un peu de farines dans les six premiers mois de la naissance. On peut utiliser dans ce but les produits maltés du commerce ou simplement la farine d'orge ou de riz.

Cette addition, chez nombre d'enfants soumis à l'allaitement artificiel, peut aider la digestion gastrique et intestinale et favoriser la croissance. Si elle doit être modérée, on ne peut nier son utilité.

Il faut se rappeler d'autre part que *les régimes sans lait ou pauvres en lait sont des régimes tout à fait d'exception*. Et si l'on a montré avec mon collègue et ami Cathala et nombre de pédiatres que les régimes sans lait peuvent rendre des services dans quelques cas, ils n'en restent pas moins, je le répète, des régimes d'exception. Dans ces régimes les farineux interviennent.

En conclusion, il faut retenir que c'est surtout le lait que l'enfant digère avant 6 mois. Il faut se rappeler que les règles de régime ont leur importance ; qu'il faut adapter le régime alimentaire à l'âge et au poids de l'enfant, l'équilibrer par rapport à ses besoins ; mais que d'autres éléments interviennent encore : Ce n'est pas en effet l'erreur ou l'insuffisance des régimes qui apportent des conséquences néfastes à la santé du nourrisson, ce sont avant tout les troubles apportés par l'infection qui retentissent sur la nutrition et la croissance. Plus nous allons, plus nous nous rendons compte que cette infection est capitale et qu'on a bien beau bien nourrir un enfant, si on laisse pénétrer l'infection dans l'organisme, il présentera des troubles de la croissance.

D'où l'importance de toutes les mesures visant l'hygiène générale de l'enfant et la prophylaxie, chez lui des infections.

En d'autres termes, l'enfant n'est pas une cornue dans laquelle on peut faire les mélanges qu'elle est préparée à contenir, l'enfant est un être vivant qui dépend du milieu extérieur, chez lequel la maladie, l'infection interviennent, de sorte que le régime alimentaire, si important qu'il soit, doit être associé aux mesures d'hygiène générale, sans lesquelles il resterait inefficace.

Ce régime alimentaire se modifie après les six premiers mois par l'adjonction progressive de toute une série d'aliments très variés, depuis les farines jusqu'aux légumes verts, et à toutes les catégories de légumes, jusqu'aux œufs, à la viande, etc... C'est ce qui a transformé ces temps derniers l'alimentation des enfants dans la première année de la vie, et si on regarde ce qui se passait autrefois on voit que beaucoup d'enfants étaient nourris jusqu'à cet âge presque exclusivement au lait. Au contraire, aujourd'hui, dans nos consultations les enfants de 6 à 12 mois ont déjà une alimentation très variée et les résultats sont bien plus satisfaisants ; cela tient aux progrès opérés dans l'établissement des régimes et à la conception actuelle qui veut que l'alimentation des nourrissons soit avant tout équilibrée et en même temps variée. Mais cette question de l'alimentation de 6 à 12 mois mérite à elle seule un autre entretien.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Clinique chirurgicale

L'examen bactériologique préalable des abcès du sein s'impose, semble-t-il, pour qu'on puisse opposer à chaque agent pathogène identifié, le traitement le plus apte à le combattre. 23 cas d'abcès du sein ont été traités par l'anatoxine staphylococcique. 21 malades ont tiré de cette thérapeutique un bénéfice évident, et la guérison a été obtenue avec ou sans ponction, mais en tout cas sans opération et de façon complète, en quinze à vingt jours en moyenne. Par contre, deux observations constituent des échecs, mais — et c'est là le point intéressant — des échecs prévus de par les données du laboratoire. En effet, alors que l'examen microbiologique systématiquement pratiqué de la suppuration mammaire prélevée par ponction aseptique avait montré, dans les vingt et un premiers cas, la présence du *staphylocoque* tant à l'examen direct qu'à la culture, l'analyse bactériologique du pus de l'abcès mettait en évidence, chez les deux dernières malades, la présence, à l'état pur, du *streptocoque*.

Malgré cette indication un traitement identique à celui qui avait été institué dans les cas précédents, fut appliqué. L'affection évolua nettement vers une aggravation et nécessita une intervention.

Dans la grande majorité des cas, on se trouve en présence d'une infection à staphylocoques, et alors l'anatoxithérapie antistaphylococcique paraît bien la méthode de choix, inoffensive et efficace, n'imposant aucune anesthésie, aucune opération, ne laissant de séquelles ni inesthétiques, ni fonctionnelles ; cependant, dans une proportion non négligeable, c'est le streptocoque qui est en cause, et cette constatation doit entraîner une surveillance toute particulière ; d'autre part, elle explique les échecs de l'anatoxine staphylococcique, échecs qui risqueraient d'être injustement portés au passif de la méthode.

R. Soupault, M. Lévy-Bruhl et Suzanne Moulier. A propos du traitement des abcès du sein par l'anatoxine staphylococcique (Importance de l'examen bactériologique préalable). *Paris Médical*, 21 août 1937.)

En présence d'une crise d'appendicite dont il a reconnu ou soupçonné l'existence, le médecin tiendra la conduite suivante : Appeler immédiatement un chirurgien, user à cet effet de toute son influence auprès de la famille ; éviter de se prononcer sur la question de la nécessité et de l'urgence de l'intervention.

Si, en effet, il émet une opinion catégorique et s'il déclare que l'opération doit être immédiate, il peut mettre le chirurgien dans une situation embarrassante. Supposons que le début de la crise remonte à plusieurs jours et que le chirurgien soit d'avis de temporiser, alors que le médecin s'est prononcé pour la nécessité de l'opération. En ce cas : *a*) Ou bien le chirurgien suivra la conduite qu'il estime indiquée et il s'abstiendra. Mais en agissant ainsi, si l'intervention devient ultérieurement utile ou si le malade succombe, la famille ne manquera pas de lui reprocher de ne pas s'être rangé à l'avis formulé par le médecin ; *b*) Ou bien, tenant compte : 1° de l'effet produit sur la famille par le désaveu infligé au médecin, 2° des conséquences qui seront tirées du décès du malade s'il se produit à la suite de l'abstention, 3° de ce que certains chirurgiens sont partisans de l'intervention à toute époque de la maladie, le chirurgien se décidera, malgré lui, à intervenir ; mais il exposera ainsi son opéré à des complications graves, en raison des difficultés de l'intervention, et, si la mort survient, il aura l'amer regret de s'être laissé influencer et de ne pas avoir suivi la conduite qu'il estimait la meilleure.

(Professeur J. Vanverts. Le rôle du médecin en présence d'une appendicite aiguë. *Le Concours Médical*, 15 août 1937.)

Alors que les adénophlegmons sous-maxillaires aigus, francs, chauds, fébriles, sont toujours secondaires à une infection buccale des parties molles, associée ou non à une lésion dentaire, les adénopathies suppurées tièdes sont, la plupart du temps, des adénites tuberculeuses réchauffées, à l'origine desquelles l'infection buccale n'est qu'un épisode. Cette origine apparente ne doit pas nous tromper sur leur véritable nature, que l'évolution clinique, l'examen du pus et l'inoculation au cobaye confirment de façon péremptoire. Elle ne doit pas nous tromper, non plus, sur la thérapeutique soutenue et prolongée, qui seule en triomphera.

(E. Bonnet-Roy. Adénophlegmons et adénopathies subaiguës d'origine bucco-dentaire. *Paris Médical*, 4 septembre 1937.)

Accidents du travail

En présence d'un accident électrique, le médecin ne saurait trop mettre sa responsabilité à couvert et ne rédiger de certificat qu'après avoir longuement pesé les termes et soigneusement envisagé les conséquences.

Que va-t-il faire ?

D'abord un examen très minutieux. Rechercher les symptômes locaux aux points de contact. Ceux-ci peuvent varier du simple érythème à la carbonisation.

Se rappeler que la marque électrique n'est pas une brûlure. Elle est de forme géométrique, de couleur ardoisée avec liséré blanchâtre, entourée d'une zone parcheminée ne suppurant jamais et n'entraînant pas de fièvre. Guérison par cicatrice souple, régulière, non rétractile.

Rechercher les troubles objectifs : troubles vaso-moteurs, œdèmes, asymétrie faciale, enophtalmie, réflexes. Ne décrire que ce que l'on voit et aussi fidèlement que possible, sans interprétation. Un fait bien observé et bien décrit conserve toujours sa valeur. Une interprétation qui semble exacte au moment de l'examen peut se révéler erronée par la suite.

Enfin, décrire les troubles subjectifs ressentis par le malade : vertiges, céphalées, fourmillements.

Indiquer la qualité du courant cause de l'accident. Toujours se rappeler, quand il s'agit d'établir le pronostic d'un accident électrique, qu'il n'y a pas de rapport certain entre la gravité des troubles initiaux et les séquelles neurologiques durables, et que celles ci peuvent apparaître très tardivement.

Etre très prudent en paroles devant le blessé, la sinistrose compliquant trop souvent l'accident si le risque est couvert par une assurance.

Quelle sera la conduite à tenir dans les jours qui suivent immédiatement l'accident ?

Les symptômes cardinaux étant une lassitude extrême et la céphalée.

On prescrira donc le repos absolu. Pour la céphalée : vessie de glace sur la tête ; sédatif ; phénacétine. Mais mieux encore ponction lombaire qui montrera souvent une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Les lésions de contact seront traitées comme des brûlures ordinaires ; toutefois leur irradiation aux rayons ultra-violets diminuera la durée d'évolution et activera la cicatrisation. Ce n'est pas là d'ailleurs une modalité thérapeutique spéciale à l'accident électrique.

En général, la reprise du travail est possible dans la huitaine qui suit l'accident, parfois au bout de vingt-quatre heures, même s'il doit se produire des lésions graves par la suite.

Le blessé devra donc être vu souvent, longtemps et d'une manière aussi objective que possible.

L'examen électrique devra être pratiqué plusieurs fois à intervalles plus ou moins éloignés, mais toujours en liaison avec l'examen clinique et thérapeutique.

Penser au pithiatisme, mais ne pas éliminer d'emblée la notion d'organicité parce qu'on ne peut pas la mettre en évidence. Attendre au moins quatre ans avant de porter un jugement définitif. Un taux d'invalidité provisoire sera fixé avant ce délai.

(Charles Cruche. — L'électrocution industrielle. *Paris Médical*, 28 août 1937.)

L'étude des relations entre un traumatisme d'une part, des troubles fonctionnels ou des lésions organiques du myocarde d'autre part, doit, en ce qui concerne leur répercussion médico-légale et plus particulièrement en ce qui concerne l'application de la loi sur les accidents du travail, tenir compte de multiples éléments :

— âge et état habituel de santé du sujet,

— genre de travail qu'il accomplissait d'ordinaire et qu'il accomplissait au moment de l'accident incriminé,

— circonstances étiologiques précises (effort brusque et violent, choc direct et sa localisation),

— troubles fonctionnels immédiats, constatations médicales initiales, évolution.

L'emploi des techniques modernes d'exploration cardiaque : orthodiagraphie, méthodes graphiques, électrocardiogrammes, peut être nécessaire.

Comme Ribierre y insistait à propos des ruptures valvulaires, ce n'est pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de faits que doivent s'établir le diagnostic et l'interprétation.

Lorsque l'intégrité antérieure du sujet est certaine et que l'importante de l'accident est démontrée, il n'y a lieu à aucune discussion.

Si même le sujet était suspect au point ce vue cardiaque, mais dans un état d'équilibre permettant un travail régulier et si, à la suite d'un violent effort ou d'un choc démontré, sont apparus les symptômes d'insuffisance cardiaque, il n'y a pas davantage de difficultés : l'accident est intégralement responsable de la suppression de latence de l'affection cardiaque connue ou supposée.

Plus délicat peut paraître le problème si le sujet âgé, manifestement hypertendu, n'a été soumis qu'à un effort ou à un choc minimes. De toute évidence, la présence d'un état antérieur déjà sérieux a seule pu permettre le déclenchement si facile d'accidents myocardiques. Toutefois, en l'état actuel de la jurisprudence, la responsabilité de l'accident ne pourrait être écartée que si l'apparition de troubles cardiaques était *sans rapport d'aucune sorte* avec le traumatisme invoqué ; dans le cas contraire, cette responsabilité est entière.

L'évaluation de l'incapacité permanente partielle en cas de troubles fonctionnels graves, de myocardite diffuse ou de myocardite régionale doit toujours être élevée, variant suivant l'importance des symptômes et de la gêne qu'ils occasionnent entre 40 et 80 %, pouvant même aller jusqu'à l'incapacité absolue.

(E. Duhot. Myocarde et traumatisme. *Le Concours Médical*, 15 août 1937.)

Rœntgen-curiethérapie

L'ordre de succession des deux thérapeutiques — radium et rayons de Rœntgen — n'est pas indifférent

dans le traitement par les radiations du cancer cervico-utérin. — Pour la méthode d'irradiation fractionnée et étalée, l'irradiation externe transcutanée (rœntgenthérapie ou éventuellement télécuriethérapie) doit précéder, dans la plupart des cas, le temps local (curiethérapie intra-cavitaire, et plus récemment, rœntgenthérapie directe, intra vaginale).

L'irradiation externe première, sans qu'il soit question de l'employer systématiquement, doit néanmoins être d'une pratique plus généralisée, notamment dans les cas du degré II et III (classification des cancers du col d'après la Commission de la S. D. N.). Elle a l'avantage d'agir comme traitement d'attaque du cancer en milieu fermé, de balayer par les faisceaux convergents une large zone cervico-pelvienne, d'atteindre primitivement les relais lymphatiques et les ganglions si fréquemment infestés, de diminuer les risques d'infection.

Dans le cancer endo-cervical, on peut espérer par l'irradiation externe première une notable proportion de récupération de la perméabilité du canal endo-cervical, permettant secondairement une curiethérapie correcte, c'est-à-dire utéro-vaginale. Sur un total de 316 cas traités et suivis de 1932 à 1935 inclus on enregistre de la sorte un pourcentage de 48 à 49 p. 100 de libération du canal endo-cervical pour les cas du début ou à la limite entre 40 et 41 pour 100 pour les cas plus avancés : pour tous degrés réunis, ce pourcentage est chiffré à 44-45 pour 100.

Avec l'irradiation transcutanée, premier temps du traitement du cancer cervico-utérin, le shock est très diminué, la tolérance est le plus souvent parfaite, l'allure des courbes de température plus stable et les épisodes infectieux, si fréquents avec l'application intra-cavitaire de radium au premier temps, sont réduits à un minimum. Les modifications locales sont généralement appréciables dès la première semaine.

Les malades doivent être surveillées du point de vue des réactions locales. La rœntgenthérapie peut être menée à 200 ou mieux 300 kv à raison de séances quotidiennes (ou bi-quotidiennes de 200 r) jusqu'à environ mi-traitement. C'est l'irradiation externe dite partielle que l'on fait suivre immédiatement de la curiethérapie utéro-vaginale intercalaire, si le col est perméable. Dans le cas contraire, l'irradiation externe est poursuivie jusqu'à sa terminaison (irradiation externe totale), la curiethérapie vaginale second temps la complète.

Quelle que soit la modalité thérapeutique adoptée, le traitement combiné curie-rœntgenthérapique, exige une hospitalisation de plusieurs semaines. En accord avec ces principes généraux et ces directives, les techniques doivent cependant être assouplies suivant les cas d'espèce.

(M.-R. Mathey-Cornat. De la rœntgenthérapie par voie externe (transabdominale) comme premier temps du traitement du cancer cervico-utérin. *La Presse Médicale*, 1er septembre 1937.)

Echos et Glanures

Le Congrès de l'Insuffisance hépatique. — *Extrait du compte rendu de M. Le Sourd* (GAZETTE DES HÔPITAUX, 25 septembre 1937) :

Le Congrès international de l'Insuffisance hépatique vient de se tenir à Vichy avec un succès sans précédent. Plusieurs trains spéciaux ont amené à Vichy environ quinze cents congressistes, parmi lesquels figurent les plus grands noms de la médecine contemporaine.

La séance inaugurale a eu lieu le 16 septembre dans la salle de théâtre du Grand Casino. Elle était présidée par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Entre les séances de travail, les congressistes ont admiré les trois établissements qui forment un ensemble unique au monde.

Et après avoir visité les ateliers d'embouteillage des eaux de Vichy-État, dont l'automatisme assure l'asepsie complète, les

hôtes de Vichy, au cours de leurs promenades, purent se rendre compte des améliorations que la Compagnie fermière et la municipalité ne cessent d'apporter à la station.

A l'attrait des promenades bien connues, du charmant Sporting-Club, il faut ajouter maintenant les jardins de l'Allier, merveilleusement fleuris, le Parc des Sports et le nouveau Parc d'enfants, si remarquablement compris.

Il est banal de parler de la somptuosité de l'hospitalité de Vichy, elle est légendaire.

Grâce à nos confrères de Vichy, grâce à la Compagnie fermière, à ses représentants, en particulier, l'éminent M. Baugnies, les congressistes ont été accueillis d'une façon inoubliable. Le soleil lui-même, après avoir boudé le premier jour, a réhabilité la réputation de douceur de l'aimable climat bourbonnais.

Le programme des réceptions a été particulièrement réussi. Le premier jour, une soirée d'accueil fut offerte au Casino par la Compagie fermière. Le lendemain, une représentation de gala, d'un intérêt exceptionnel, permit à M. Chauvet, directeur du beau Théâtre de Vichy, de déployer toutes les extraordinaires ressources dont dispose la scène, mais elle fut surtout un régal pour les grands amateurs de musique que sont les médecins et un triomphe pour les maîtres Paul Bastide, Louis Fourestier, Trik et les magnifiques artistes du théâtre.

Le banquet de clôture enfin réunit 1.200 convives. Le tour de force culinaire réalisé par M. Aletti fut la délicate conclusion de ce congrès, dont les participants gardent un souvenir enchanté.

Les Résurrectionistes. — *Ces voleurs de cadavres firent florès en Angleterre, en Ecosse ; Mme Marie-Louise Pailleron en a rappelé les exploits dans un article récent* (PRESSE MÉDICALE, 25 septembre 1937) *deont voici quelques extraits* :

Quand Henri VIII devient roi, il accorde quatre corps aux amphithéâtres choisis parmi les criminels exécutés aux yeux de tous, encore faut-il que les expériences qui suivent aient un caractère officiel et soient faites publiquement. On devine que professeurs et élèves se disputent des sujets si précieux et qu'autour des huissiers qui les protègent, les échauffourées soient nombreuses et que les coups tombent avec violence. Il est donc rigoureusement défendu en Grande-Bretagne — à de très rares exceptions près — de faire servir le corps des trépassés à des expériences anatomiques.

Aussi au XIXe siècle, toutes les Facultés de chirurgie se plaignent-elles, tous les anatomistes réclament-ils, mais avant 1832, aucune loi n'interviendra pour changer un état de chose qui paralyse l'enseignement d'une science si précieuse..... Et voilà le curieux : cette science, malgré l'Eglise, les lois et l'opinion publique, se développe avec les Andrew Moir, Abernathy, Lonsdale Knox, etc... Les cours sont pleins, les élèves passionnés d'étude et les *sujets* ne manquent point. Qui donc les fournit ? Les Résurrectionistes.

Il faut en compter deux sortes : d'abord les jeunes étudiants férus de leur science et de leur professeur, qui risquent les expéditions les plus folles pour arracher les morts à leur tombe et les offrir au maître. Les cimetières de Grey-Friars et de Kirk-in the-fields gardent le souvenir de ces incursions. On y peut voir encore quelques tombes ceinturées de grilles comme des cages de fauves, ou encerclées de maçonnerie pareilles à des bastions. C'est ainsi que les morts opulents se défendaient des voleurs ; toutefois on devine avec quelle aisance ceux-ci venaient à bout du pauvre tertre vert qui recouvrait les restes du tâcheron. Encore celui-ci était-il souvent défendu par ses amis et ses voisins, qui n'hésitaient pas à tirer sur les *Body-snatchers*, troubleurs de repos.

A côté de ces bénévoles, il se créa bientôt une société constituée régulièrement qui fit le commerce des morts, moyennant des prix arrêtés d'avance, convenus avec les professeurs et leurs élèves. Le cadavre d'un adulte, par exemple, se payait 4 livres 4 shillings. Les body-snatchers distinguaient ainsi leurs prises : *adultes, petits, fœtus*.

Ce prix de 4 livres 4 shillings n'était pas le seul gain que leur rapportait leur dégoûtant trafic : avant la saison des cours, les Résurrectionistes touchaient une somme rondelette qu'ils appelaient « une douceur », et à la clôture « la paie finale », apports qui augmentaient singulièrement les bénéfices. En outre, ils ne se gênaient pas pour arracher les dents du cadavre, qu'ils

vendaient très cher aux spécialistes. Un de ces professionnels de cimetière ayant réussi à entrer dans un caveau de famille, sous prétexte de choisir un tombeau pour sa femme, ouvrit les verrous du caveau, y revint la nuit et, après une sérieuse perquisition, réussit à vendre 60 livres les dents qu'il arracha aux mâchoires de toute cette famille.

Bientôt, les résurrectionnistes se rendirent insupportables aux professeurs de chirurgie, voulurent leur faire la loi, les professeurs alors se syndiquèrent pour se garantir contre les exigences de ces hommes. Notez qu'en dehors du prix qu'ils demandaient aux chirurgiens, ceux-ci étaient tenus, dans le cas où le body-snatcher se faisait prendre, de subvenir aux besoins de sa famille, tant que le « *Pater Familias* » serait en prison.

Les aventures qui arrivèrent aux Résurrectionistes professionnels ou bénévoles furent, on le devine, rocambolesques, et il leur fallait apporter bien des qualités de courage, d'astuce et de promptitude pour réussir dans leur tâche ! Leurs outils spéciaux sont : pics, pioches, leviers, sac, et, si possible, une voiture légère pour dételer à l'occasion, plus communément un gig.

Voici deux gentlement qui arrivent dans un village de pêcheurs de Firth of Forth, et qui laissent leur voiture à l'auberge en avertissant l'hôtelier que, pendant leur promenade, un valet de pied viendra charger un paquet dans la voiture. Bientôt, en effet, l'un des deux compères revient déguisé en valet portant un colis : un corps qu'il a réussi avec son compagnon à déterrer en trente minutes. Le sujet convoité par deux professeurs rivaux présente « un cas troublant de déformation ostéologique. En outre, hydrocéphale.... », tous ces attraits en font un objet d'envie à l'amphithéâtre. Les amis du mort le savent, et se relaient autour de cette tombe, pour la préserver.... mais, avec une rare audace, les Résurrectionistes ont « opéré » au crépuscule avant leur arrivée.

L'impudence de ces bandits est extrême. Comment s'en défendre ? Quelques personnes eurent l'idée d'entourer leurs tombes de fusils retenus tout autour par des fils de fer. Hélas ! ces ruses sont déjouées comme les autres. Il n'est pas rare de voir autour d'une sépulture nouvellement fermée une femme en longs voiles de crêpe qui la garnit de fleurs. On se ferait un scrupule de la surveiller. On aurait tort, car cette éplorée est une complice qui coupe, sans en avoir l'air, les fils de fer des fusils d'alarme, en vue d'une effraction qui aura lieu cette nuit même.

Mais, direz-vous, il y a des gardiens dans les cimetières, que font-ils ? Ils dorment, ou ils favorisent les Résurrectionistes. « « D'ailleurs, dit Blake Bailey, il eût été tout à fait impossible à ceux-ci d'obtenir une telle quantité de corps, s'ils n'avaient pu acheter les gardiens des cimetières qu'ils fréquentaient. » Si les gardiens, par hasard, résistaient à l'argent offert, aucun ne résistait à la bouteille de whisky. Une fois « intoxicated », les autres pouvaient travailler à l'aise. Ils le faisaient avec une vélocité qui tenait de l'escamotage. Ben Crouch, un des plus débrouillards, avouait qu'il avait ainsi exhumé 33 corps en quatre nuits! »

« Quand je vais travailler, déclarait-il, je préfère *avoir* ceux des pauvres gens des Work-house, pour la raison de n'en ramener qu'un seul, je peux très bien en ramener trois ou quatre à la fois. »

Leur manière de procéder diffère suivant l'ouvrier. En général, ils ne touchent pas à la surface de la tombe, mais creusent un tunnel à la place où sont les pieds, y passent leur pic pour élargir le trou, puis leur crochet pour harponner le cadavre.

Quand ils avaient obtenu ce qu'ils cherchaient les body-snatchers remettaient tout en ordre, comblaient les vides, et replaçaient où ils l'avaient trouvée telle petite fleur, telle coquille que les malheureux parents avaient placée là comme témoin, et pour être sûrs que la tombe n'avait pas été touchée.

Pour se défendre contre de tels assauts, une industrie se forma comme s'était formée celle des Résurrectionistes professionnels. L'un inventa des sonnettes d'alarme à assourdir tout un quartier, l'autre un jeu d'armes détonnantes qui partaient seules quand le cercueil était seulement frôlé par l'agresseur. Dans le *Wooler's British Gazette* d'octobre 1822, on peut lire une longue annonce recommandant un cercueil « breveté et blindé, œuvre de Bridgmann », avec crampons incrochetables, accompagné de nombreuses attestations, bien rassurantes en vérité.

Voici encore un article de la même époque provenant d'un journal écossais : « La curiosité avait amené une foule de gens lundi dernier à Dundee pour assister à l'enterrement d'un enfant qui a été inhumé d'une façon complètement nouvelle. Le père, par crainte des Résurrectionistes, avait imaginé de remplir une petite boîte d'engins mortels communiquant par des fils aux quatre coins de la bière. En outre, au moment de la placer dans la terre, une grande quantité de poudre explosive fut jetée dans la boîte et tout autour, prête à éclater grâce à mécanisme caché. L'opinion publique fut que si quelqu'un s'avisait d'enlever le corps, l'explosion se ferait immédiatement. »

Quelquefois les Résurrectionistes ne poussaient pas jusqu'au cimetière, et volaient tout bonnement les infortunés trépassés dans la morgue. C'étaient des suicidés ou des morts par accident, qui attendaient là le bon plaisir du Coroner chargé de l'enquête. Dans ce cas, le Body-snatcher, après avoir vendu le corps à un anatomiste, informait secrètement la police, et lui indiquait où elle pourrait retrouver le corps qui avait disparu. La police se rendait chez le chirurgien, saisissait le cadavre, et, après enquête (toujours infructueuse), le restituait à la famille éperdue qui le réclamait en pleurant. On devine que cette famille n'était autre que notre voleur, qui reprenait concieucieusement possession de son bien, pour le revendre une seconde fois.

Les misérables eurent souvent aussi recours aux assassins pour leur fabriquer des « sujets » sur commande.

La littérature de l'époque n'eut garde de laisser de côté d'aussi étonnantes histoires. On les retrouve chez Stevenson, chez Walter-Scott, chez Dickens, à peine romancées, presque aussi terribles que celles qu'inventa la réalité.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

L'Automobiliste au Tribunal. *Bréviaire de l'automobiliste et du piéton*, par Germain DELPRAT. Un vol. « Collection juridique », 175 p., 10 francs. Librairie Stock.

Chacun sait que le Code est peu de chose auprès de la Jurisprudence et de la Pratique. *L'usager de la route* trouvera dans ce livre tout ce dont il a besoin sur les *règles de police*, les *contraventions* ou *délits*, les *accidents*, les *assurances*, et il sera au courant du dernier *contentieux automobile général*. Cela pourra lui servir au Tribunal, mais le plus souvent lui évitera d'y comparaître.

La Naissance du Moyen Age. *Romains et barbares. — Le choc des Civilisations. — Byzance. — La ruée de l'Islam. — L'empire de Charlemagne*, par H. St. L. B. MOSS. Traduit de l'anglais par M. R. MOUREY. Un vol. in-8 de la Bibliothèque historique, avec 12 cartes, 40 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Moss expose, avec un souci d'érudition qui n'exclut pas les dons de l'écrivain et l'art des reconstitutions historiques, les péripéties du vaste drame né au contact des Barbares avec la civilisation romaine à son déclin. Après les efforts infructueux de Justinien pour sauver de la ruine définitive la gloire de l'Empire, il montre le rôle, si longtemps méconnu, des influences venues de l'Orient sur l'Europe occidentale, enfin l'importance de l'œuvre de Charlemagne qui, en faisant revivre l'idée de l'Etat, a permis aux juristes du Moyen Age, après l'émiettement du monde carolingien, de dresser les bases sur lesquelles se sont élevées les nations modernes.

Senlis et Chantilly, par Edmond PILON. Un vol. 15 × 20, 178 pages, couverture de N. Hallo, 118 héliogravures. Collection « Sites et Monuments ». B. Arthaud, éditeur à Grenoble, 1937.

Senlis, Chantilly ; deux belles œuvres. Mais tandis qu'à Senlis, c'est l'art médiéval qui s'impose, la naissance ogive ; à Chantilly, c'est — enrichi de l'un des plus beaux Musées du monde — le palais princier des Condé enfin relevé de ses ruines par le duc d'Aumale. Nulle part, autant qu'ici, l'architecture qui épouse l'histoire dans les monuments et en est l'expression ornée, ne se montrera plus enveloppée de grâce, imprégnée de poésie. Là est la terre prédestinée ; le décor où, pendant plus de mille ans, battit — selon Nerval — le cœur de la France, le voilà bien à la limite de ces deux villes ; l'une (*Senlis*) saturée de la piété des âges, l'autre (*Chantilly*) pétrie de grâce chevaleresque. A ce portrait, M. Edmond Pilon a prêté son art délicat, dont on peut dire qu'il est à l'image de ce Valois de la beauté, de l'héroïsme et de la légende.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 42 — 16 OCTOBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 19 octobre. — M. LOBRICHON : Contribution à l'étude des variations de la voûte plantaire au cours du cycle menstruel et leur rapport avec le système endocrinien. — M. DELORT : Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des hémorragies rétro-placentaires. — Mlle GRINDA-BLAIRON : Notes sur le traitement des fractures cervicales vraies du col fémoral. — Mlle SOUDANT : De la valeur de la conservation des trompes et ovaires dans les hystérectomies pour fibrome utérin. — M. GARRAUD : Résultats de la cure à La Bourboule dans quelques séquelles respiratoires des affections de l'enfance. — M. LEBOFF : Néphrose lipoïdique et pyrétothérapie. — M. MARCHAIX : Contribution à l'étude et au traitement de la maladie d'Addison. — M. BLANQUIER : Les ictères au cours des septicémies colibacillaires de l'adulte. — M. CORENFELD : L'industrie frigorifique et son retentissement sur l'hygiène alimentaire. — M. COSTE : Historique de l'hygiène urbaine à Paris des origines à 1789. — Mlle VIDAL DE LA BLACHE : La santé des enfants de la grande ville.

20 octobre. — M. LAPLANCHE : Abcès du poumon. — M. DENIS : Le traitement de la tuberculose en pratique de ville selon les méthodes d'André Jousset. (Ses résultats). — M. GUÉRIN : Contribution à l'étude de l'acidose salicylée. — M. PATOU : Atélectasie aiguë du poumon après phrénicectomie.

21 octobre. — M. JAÏS : La moëlle osseuse dans l'agranulocytose et les syndromes agranulocytaires. — M. HABERKORN : Sur la symphyse pleurale. — M. LORBER : Etude historique et contemporaine de l'armement antituberculeux dans les Basses-Pyrénées. — M. DE ROJAS : La kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cadre des stades de l'infection tuberculeuse. — M. BLICHER : Contribution à l'étude des arachnoïdites traumatiques cérébrales. — M. GRUNBERGER : Contribution à l'étude des réactions vaso-motrices au froid. — M. KOPEL : Le traitement des infections superficielles des membres par les bains de chlorhydrate de diaminothylacridine.

Faculté de Strasbourg. — M. Oberling, agrégé pérennisé de la Faculté de Paris, est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie.

Concours de l'internat en médecine (*Epreuves écrites anonymes.*) — Le jury est définitivement constitué de la manière suivante : MM. les Professeurs Bezançon et Lenormant, MM. les Docteurs Comte, Alglave, Chiray, Brulé, Lévy-Valensi, Duvoir, Heitz-Boyer, Quénu, Velter, Chevrier, Meillère, de Sèze et Seguy.

Concours de l'internat en médecine du 13 octobre 1937. — *Liste alphabétique des candidats autorisés à prendre part aux épreuves écrites.* — Mlle Aalam, MM. Abeille, Adam (Roger), Aharfi, Albert, Albou, Alhomme, Alison, Allain, Alpérine Amado (Georges), Amado (René), Mlle Ancel, MM. Ancelin, Anquetil, Mlles Antoine, Arditti, MM. Ardouin, Arnaud, Arnavielhe, Aslanian, Attali, Aubouy, Audoly, Aupinel, Aurégan, Azaiz.

MM. Bachet, Bailly (Pierre), Ballade, Ballerin, Bally (Marie-Joseph), Barbier (Pierre), Bardon, Bareau, Barré, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchart, Baudon, Baulon, Beau, Beaugrand, Mlle Bellettre, MM. Bena, Ben-Haïm, Mme Benoit née Muller, Mlles Bentkowski, Bérenger, MM. Berger, Bernager, Bernard (Pierre), Bernheim, Berthet, Berthon, Bertier, Bertrand (Jean), Berveiller, Bessière, Bigou, Bijoux, Blanc, Blancard, Blanchon, Blestel, Blinder, Bloch (Claude), Bloch (Jac), Bloch (Mirtil), Blondé, Bœswilwald, Boismoreau, Bolivar, Bolo, Bonnefis, Bonnet (Jacques), Bonvallet, Boreau, Borja, Mlle Boudeville, M. Boudon, Mme Bouillié née Jury, MM. Bouillié (Raymond), Bourdeau, Bourdon, Bourgine, Bourguet, Bourlière, Mlle Bournisien, Bouvaist, Bouygues, Bouyssi, Brault, Brennier, Bricaire, Mlle Brisac, MM. Brisset, Brochenin, Brunat, Buchenaud, Butet, Butzbach (Jacques), Butzbach (Jean).

MM. Cabrières, Cachin (Yves), Cahen, Cahn, Caillods, Caldier, Callerot, Campagne, Camus (Jean), Camus (Pierre), Capron, Carballo, Carlo, Carlotti, Carton, Casalta, Castaigne, Catalogne, Caufment, Mlle Caulliez, MM. Cauvy, Cayrol, Ciaudo, Ciechanowicz, Chabasseur, Chabert, Chambon, Chaouli, Chappe, Chappelart, Chardack, Chartrain, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chessebeuf, Chevillotte, Chigot, de Chirac, Clamageran, Clerfeuille, Cluzeau, Cœuilliez, Collard, Colsenet, Compagnon, Conge, Mlle Corre, MM. Cotillon, Cossart, Couder, Coulon, Courchet, Courjaret, Coville, Crépin, Cuadrado, Cuzin.

MM. Daguet, Dailly, Damion, Dana, Danel, Dausset, Mlle Darhovsky, MM. Darricau, Darris, Daumet, David (Daniel), Davy (André), Debusschère, Decormeille, Decouflé (Pierre), Delair, Delatour, Delcambre, Delerba, Delormeau, Delouche, Demassieux, Demetriadès, Denis, Denoyelle, Mlle Depitre, M. Deprez, Mlle Desclaux (Geneviève), M. Desclaux (Pierre), Mlle Descroix, MM. Desfosses, Deslandes, Devaux, Devieux, Devilliers, Dicesco, Didier, Diengott, Dos-Ghali, Douay, Mlle Doumic (Alice), MM. Doumic (Jacques), Douville, Dreyfus (Albert), Dreyfus (Jean), Drylewicz, Dubel, Mlle Dubois, MM. Dubost, Duchene, Ducournau, Ducros, Dufour Dufresne, Dumas, Mlle Dumont, M. Dupas, Mlle Dupont, MM. Dupuy, Durand (Maurice), Durand (Victor), Mlle Durkheim, MM. Durupt, Duval (René).

MM. El-Haik, Eman-Zadeh, Enel, Erlich, Etienne, Eudel.

M. Fayein, Mlle Feder, MM. Fehrenbach, Feldmann, Fénelon, Ferrand (Guy), Ferrand (Pierre), Ferrari, Feuillette, Filippi, Mlle Fillon, MM. Flaisler, Flandin, Flouquet, Mlle Fommarty, M. Fortin, Mlle Fossier, MM. de Fourmestraux, François (Pierre) MM. Fraquet, Fredj, Frinault, Froidefond, Froissant, Fronville.

MM. Galand, Galey, Gallimard, Galmiche, Gandeul, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gauchon, Gaulier, Gauthey (Maurice), Gauthier (Raymond), Gautier (Robert), Geffriaud, Genthon, Gerain, Gérard, Gertzberg, Gibert, Gibon, Gibrat, Gillet, Gimault, Giraud (Paul), Girault (Marie-Albert), Girauld (Marie-Jean), Girod (Raymond), Godlewski, Goldstein, Mlle Gontcharoff, MM. Gorin, Gorse, Gosselin, Goupy, Gourion, Goury-Laffont, Mlle Granier, M. Granjon, Mlle Gravelat, MM. Grel, Grémont, Grigné, Gross, Mlles Grould, Grumbach, MM. Grunspan, Guéraud, Guéroult, Guichard, Guimezanes, Guyot.

MM. Habas, Hadengue, Hagège, Haguet, Mlle Hahn, MM. Halfon, Mlle Haller, MM. Hamon, Haquin, Hardel, Hauser, Haussmann, Hébert (André), Hébert (Paul), Hemeury, Henrot, Hérard, Hermann, Hertzog, Hervet, Mlle Heulet, MM. Hewitt, Hiverlet, Horvilleur, Houdart, Huber, Mlles Hufnagel, Huguenard, M. Hussameddin.

MM. Isal (Paul), Isal (Pierre), Isorni.

MM. Jacquemin, Jardel, Mlle Jeanperrin, MM. Joinville, Jomier, Joublin, Jourde, Joussemet, Juzain.

M. Kæppelin, Mlle Kahn, MM. Kartun, Klein, Koskas, Krawiecki, Kreisler, Kropff, Kuss.

MM. Labayle, Labourie, Lacombe, Lacour (Albert), Lacour (Armand), Lacroix, Mlles Laisney, Lambert (Alice), MM. Lambert (Léon), Lamy, Lancnon, Landau, Lang (Paul), Lange (Eugène), Langevin, Lanvin, Lapeyre, Lardy, Mlle de Larminat, MM. Lasry, Laurent (Jules), Léandri, Lebas, Lebel, Lebettre, Lebiedinski, Le Bihan, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun (Michel), Lecœur, Lecointe, Mlle Lecuyer, M. Lefebvre, Mlle Lefèvre, MM. Le Floch, Léger, Legrand, Legris, Leiser, Le Lay, Lelièvre, Lemierre, Lemoine, Lenoir, Leprat, Leroy, Le Sourd, Mlle Leuthreau, MM. Lévy (Emile), Lévy (Michel), Lhermet, L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Liénard, Mlles Lindeux, Lipmann, MM. Logeard, Lolmède, Loubrieu.

Mlle Magallon-Graineau, MM. Mage, Maignan, Maillard, Maille, Malange, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marcault, Marchal, Marchon, Marlingue, Marmier, Martin (Paul), Martin de Frémont, Martinet, Martinon, Marzet, Masmonteil, Masson (Maurice), Masson (René), Mathé, Matheron, Matias, Mathieu, Mattéi (Marc), Mme Mattéi (Marie), Mlle Maureil-Deschamps, MM. Maury, May, Mayaud, Mebs, Mendelsohn Mlles Mendras, Merle, MM. Mertens, Metzger, Mlles Meugé, Meunier, MM. Minkowski, Miquelard, Mlle Mirabail, MM. Moch, Molimard, Mlle Monghal, M. Monod, Mlle Moreau, MM. Moreau (Michel), Morilière, Mlle Morin, MM. Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Mselati, Muller.

MM. Nanty, Nataf, Negellen, Nevex, Mlle de Neymann, MM. Nguyen-The-Dai, Nguyen-Trung-Nam, Niego, Nomdedeu.

M. d'Œlsnitz, Mlle Oganesoff, MM. Orfali, Orgogozo, Orliac, Oudot.

MM. Paley, Palmer, Panthier, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier (Jean), Patin, de Paulo, Payenneville, Pellet, Pergola, Pérol, Perrier, Pestel, Petit (Camille), Petit (Jacques), Petit (Jean), Petit (Maurice), Petit (Norbert), Pécheux, Peyron, Piard, Piarrat, Piérart, Picot, Piguet, Pillet, Pinasseau, Pineau (Maurice), Pinot (Jean), Pistre, Pley, Pluvinage, Poggioli, Pointeau, Poissonnet, Polliot, Pomes, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Poussier, Poux, Pradelle, Pradoura, Mlle Prettre, MM. Prin, Procniantz, Mlles Prost, Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot, Mlle Puget, MM. Pujol, Pnéline, Philippe.

M. Quintescu.

MM. Radzievsky, Rathery, Raymond (Jean), Mlle Raymond (Maria), M. Raynaud, Mlle Rémond (Simone), MM. Renard, Renault, Revel, Reverand, Reverdiau, Reynaud (Jean-Baptiste), Reynes, Rie, Mlle Rist, MM. Ristelhueber, Roblin, Roby, Rochet, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlles Rosenkovitch, Rosental, MM. Rosey, Rouault (Charles), Rouault (Michel), Rouff, Rouget, Roujon, Roulin, Roulland, Rousselin, Routier, Rouveix, Roux (Michel), Roy (Bernard), Ruel.

MM. Salet, Salinesi, Salmen, Mlle Salmon, M. Saltet de Sablet, Mlle Samuel, MM. Sapet, Sarfati, Mlle Saulnier, MM. Sauzède, Scebat, Schneider, Sclafer (Jean), Sclafer (Maurice), Sebag, Sébillotte, Seillier, Serre, Serreau, Sevileano (Eugène), Sevileano (Nicolas), Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard (Jacques), Simon, Sinaud, Sobier, Solomon, Soula, Soulier, Mlle Spach, MM. Sriber, Stalhand, Staub, Steinberg, Sterboul, Stevenin.

MM. Tahar, Talbot, Talpin, Tardif, Tavernier, Ternier, Tétreau, Thaon, Thévenin, Thiéblot (Louis), Thiéblot (Pierre), Tiret, Tola (Alfred), Tola (Ricardo), Torlet, Mlle Tostivint, MM. Tostivint (René), Toufesco, Toulouse, Toupet, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Tremblin, Tricot, Tronc, Tubiana.

M. Umdenstock.

MM. Vaissié, Vasquez, Venator, Verliac, Vernes, Verriez, Mlle Verron, M. Verstraete, Mlle Vésigot-Wahl, MM. Vialard-Goudou, Vignon, Viguié, Vila, Villebrun, Vinour, Vissian, Vittrant.

M. Weil, Mlle Weinberg, M. Wetterwald, Mlle Wetzlar, MM. Weyl, Woimant, Wolf, Mlle Wolfrom.

M. Xambeu.

M. Zaepffel.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine de quatrième année (année 1937-1938). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 17 janvier 1938, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 5 au lundi 15 novembre 1937 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être

déposé au bureau du Service de santé au plus tard le lundi 15 novembre 1937, à 17 heures, dernier délai.

— *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 20 janvier 1938, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 5 au lundi 15 novembre 1937, inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le lundi 15 novembre 1937, à 17 heures, dernier délai.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales, chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 25 octobre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Le registre d'inscription est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

— Un cours théorique et pratique (d'électro-radiologie), en douze leçons, par MM. les Docteurs Gally, Peuteuil et Brunet, radiologistes et assistant de radiologie des hôpitaux, et M. Lerner, ingénieur, commencera le lundi 8 novembre 1937, à 9 h. 30, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs seront individuellement exercés au montage et au maniement des appareils ainsi qu'à la pratique des radiographies sur le cadavre. Un certificat sera délivré à la fin du cours. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^e^).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

— Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Docteur Lemaître, professeur de clinique à la Faculté de médecine, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière, avec la collaboration de MM. les Docteurs Aubin et Maduro, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, et de M. le Docteur Rémy-Néris, ancien chef de clinique, commencera le lundi 11 octobre, à 14 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 500 francs.

Se faire inscrire, 17, rue du Ferà-Moulin, Paris (V^e^). Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

XXIVe Congrès d'hygiène. (Paris, Institut Pasteur, les 25, 26, 27 et 28 octobre 1937). — Le XXIVe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire, tiendra séances les lundi 25, mardi 26 et mercredi 27 octobre 1937, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. E. Lesné, président de la Société pour 1937.

PROGRAMME. — Lundi 25 octobre, 9 heures : Ouverture du Congrès. Allocution de M. E. Lesné, président de la Société. Allocution de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique. Rapports et communications.

I. *Hygiène scolaire.* — Rapports : Surmenage scolaire. Fatigue à l'âge scolaire. Aspect médical, social et administratif de la question, M. le Docteur Clément LAUNAY. — Prophylaxie de la tuberculose à l'école, Mlle le Docteur Germaine DREYFUS-SÉE.

Communications : Surmenage scolaire. — M. le Docteur ARMAND-DELILLE : La suppression du surmenage scolaire à l'école de plein air. — M. le Docteur G. HEUYER : Les causes de l'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire. — M. le Docteur DUMESNIL : Le surmenage scolaire et le rythme vital.

14 heures, suite des communications : Prophylaxie de la

tuberculose à l'école. — M. le Docteur BOHN : La réalisation du dépistage précoce systématique de la contamination tuberculeuse dans une commune de la banlieue parisienne. — MM. les Docteurs A. CREMIEU et Ch. GARDÈRE (Lyon) : Dépistage et prophylaxie de la tuberculose dans les écoles de la Ville de Lyon. — M. le Docteur A. BEZANÇON, Boulogne-sur-Seine : Coordination des efforts prophylactiques contre la tuberculose à l'école. — M. le Docteur JULLIEN : Le dépistage de la tuberculose dans les écoles rurales avec radioscopie systématique. — M. le Médecin Lieutenant-Colonel SIEUR : Le dépistage de la tuberculose dans les écoles prémilitaires de l'Armée. — M. le Docteur SAVÈS : La radioscopie systématique à l'Ecole des mousses de la Marine militaire et à l'Ecole navale. — M. le Docteur Jean LANCELOT : Par l'école, contre la tuberculose. (Quelques possibilités actuelles de réalisation pratique dans une ville de moyenne importance). — M. le Docteur ANDRIEUX (Rennes) : La pratique du dépistage de la tuberculose dans les établissements d'instruction de la Ville de Rennes. — M. le Docteur Et. BERTHET : Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie systématique en milieu scolaire. — M. le Docteur BOULANGER, de Metz : Le dépistage de la tuberculose dans les écoles. — M. le Docteur JULLIEN (Joyeuse, Ardèche) : Contrôle et rééducation respiratoires chez les écoliers.

17 heures. Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

Mardi 26 octobre, 9 heures. Communications : Hygiène scolaire. — Questions d'ordre général. — MM. les Docteurs JULLIEN et ANDRIEUX : De l'Inspecteur médical des écoles et de sa situation vis-à-vis des familles, de l'Inspecteur départemental d'hygiène et du Corps médical. — M. le Docteur Fr. M. MESSERLI : *a*) De l'organisation des œuvres médicales post-scolaires : *b*) Vingt-cinq ans d'observations médicales dans une cure d'air. — M. le Docteur Georges LAVAUD : Le travail prématuré de l'enfant d'âge scolaire et ses conséquences médico-sociales. — M. le Docteur Paul Foucaud : Fonctionnement et résultats de l'inspection médicale dans un secteur rural. — M. le Docteur LESAGE et M. le Docteur CRUVEILHIER : Cantines scolaires rurales. — M. Henri MOUZET : La natation scolaire et l'hygiène.

II. *Le lait sain.* — 14 heures. Rapports : Contrôle de la flore bactériologique du lait pendant la récolte, la pasteurisation, le transport et la vente, par MM. G. GUITTONNEAU, M. G. MOCQUOT, A. EYRARD. — Hygiène du lait, par M. le Docteur GRENOILLEAU.

Communications : M. le Professeur J. PARISOT, M. le Professeur agrégé MELNOTTE et M. le Docteur Louis FERNIER : Etude pratique et critique de la colimétrie du lait. — M. le Professeur René LEGRAND, MM. les Docteurs VIELLEDENT et GERBOIS : Distributions de lait dans les écoles. — M. le Docteur BARBARY : L'organisation de la protection du lait dans les Alpes-Maritimes. Le lait propre et sain. — M. le Docteur Y. ROUSSEL : Organisation du contrôle hygiénique du lait dans le cadre départemental.

17 heures. Réunion du Syndicat des médecins hygiénistes (réunion privée).

III. *Les inadaptés urbains.* — Mercredi 27 octobre, 9 heures, Rapports : Les inadaptés urbains, par M. le Professeur MOURIQUAND.

Communications : MM. les Docteurs GINESTOUS et M. le Docteur LLAGUET : Une œuvre médicale périscolaire : La Dune, station climatique scolaire de la Ville de Bordeaux. — M. le Docteur CUVIER : Le climat d'Arcachon et les inadaptés urbains.

14 heures. Communications diverses : M. le Docteur Dhirendra Nath BANERJEE (Calcutta) : Epidémiologie et prophylaxie du choléra aux Indes. — M. le Docteur JULLIEN, Joyeuse (Ardèche) : Avortement épizootique et transhumance. Les végétaux sont-ils porteurs de germes ? — M. le Docteur DUPUY : La médecine préventive doit-elle être confiée à des praticiens ou à des médecins fonctionnaires ? — Discussion et vote des vœux du Congrès.

Jeudi 28 octobre : *Visites.* Visite de l'Exposition (Arts et Technique », Paris 1937, et particulièrement du Pavillon de l'hygiène et du Palais de la découverte.

Un banquet par souscription aura lieu le mardi 26 octobre, sous la présidence effective de M. le Ministre de la Santé publique. S'inscrire au Secrétariat du Congrès (Institut Pasteur) avant le 25 octobre au soir.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur l'hémophilie

Par W.-M. BENDIEN et S. VAN GREVELD

(*Clinique propédeutique et Laboratoire de Pathologie générale de l'Université d'Amsterdam.* Directeur : M. le Professeur Docteur I. Snapper.)

En 1934 nous avons (1), nous basant sur une observation de Govaerts et Gratia (2) (1931), attiré l'attention sur un facteur qui favorise la coagulation, un facteur qui se trouve dans le plasma et dans le sérum normal et qui manque en grande partie dans le plasma et dans le sérum des malades souffrant d'hémophilie. Cette substance n'est pas ultrafiltrable. Au cours des dernières années, nous avons fait des recherches plus avancées sur cette substance et sa signification dans le problème de l'hémophilie, *in vitro* et *in vivo* (3). Nous avons trouvé qu'elle est absente même dans un ultrafiltrat du sérum qui contient des protéines, c'est-à-dire un ultrafiltrat obtenu au moyen d'une membrane de perméabilité augmentée, qui laisse passer également la sérine et la pseudo-globuline ; ce qui prouve que la substance qui favorise la coagulation doit être d'une grosse dispersion. En précipitant selon la méthode de Howe le fibrinogène et l'euglobuline du plasma, il se trouvait que cette fraction, après avoir été dissoute dans du sérum physiologique (NaCl 0,9 %) contenait la substance qui favorise la coagulation. En précipitant de la même manière seulement l'euglobuline du sérum, il se trouvait qu'après la dissolution, la solution obtenue était inactive en ce qui regarde son activité par rapport à la coagulation. Par conséquent, la substance qui favorise la coagulation n'était pas identique, ni attachée à l'euglobuline. Il n'était pas possible de précipiter du plasma hémophilique une telle fraction qui favorise la coagulation.

En faisant usage de la méthode de Mellanby pour précipiter le fibrinogène du plasma normal, il se trouvait que la substance qui favorise la coagulation était également précipitable. Comme fait remarquable nous avons trouvé qu'en appliquant cette même méthode de précipitation au sérum normal (méthode consistant en acidification du sérum dilué 1/10, au moyen de l'acide acétique normal jusqu'à ce que le pH est devenu 5,5 à 6), il était aussi possible de précipiter une fraction de protéine qui, après avoir été dissoute en sérum physiologique, exerçait un effet coagulant sur le plasma et sur le sang hémophilique. En dissolvant cette « globuline coagulante » dans un volume de sérum physiologique correspondant à celui de sérum qu'on avait pris comme point de départ, il était possible d'obtenir une solution contenant environ 4-5 % de protéine, une solution qui exerçait sur la coagulation du plasma hémophilique un effet favorable, de la même intensité que celui du sérum original. En prenant du plasma et du sérum hémophilique, on obtient de cette façon une fraction de protéine de la même grandeur, qui, cependant, après dissolution n'exerçait presque pas d'influence sur la coagulation. De ces faits nous avons conclu que la protéine elle même était seulement le porteur du facteur coagulant du sérum et du plasma normal.

Chez les parents des malades souffrant d'hémophilie nous avons pu constater que la substance qui favorise la coagulation, était présente dans le sang comme chez les hommes normaux.

Il était possible d'adsorber toute la substance coagulante du sérum normal par le charbon végétal. L'élution, c'est-à-dire la séparation de la substance adsorbée était seulement possible à l'aide d'un corps capillaire actif, en d'autres termes en appliquant le principe du remplacement des corps adsorbés par une autre substance (au moyen de l'acide désoxycholalique). Les éluates obtenues ainsi contenaient la substance coagulante également dans un milieu qui était beaucoup plus pauvre en protéines que le sérum lui-même.

Les solutions de la substance qui favorise la coagulation, obtenues de cette façon avaient un taux très petit de lipoïdes et restaient actives beaucoup plus longtemps que le sérum lui-même.

Nous avons pu obtenir des solutions contenant un taux plus concentré de la substance qui favorise la coagulation, en dissolvant la « globuline coagulante » (obtenue par précipitation), dans de l'eau ou dans du sérum physiologique auquel 3 ‰ de carbonate de soude avait été ajouté, de sorte qu'un pH d'environ 7,5 fut atteint. De cette manière, il était possible d'obtenir des solutions contenant 3,5 à 4,5 % de protéines, solutions qui exerçaient un effet coagulant qui était 5 à 6 fois celui du sérum lui-même. Partant de l'effet favorable et bien connu d'une transfusion sanguine et de l'injection de sérum frais sur le temps de coagulation prolongé dans l'hémophilie, nous avons examiné l'effet de l'application de nos solutions sur le temps de coagulation du sang de quelques malades souffrant d'hémophilie. L'administration orale ou intramusculaire des solutions qui favorisent la coagulation, n'avait que très peu d'effet. Avec l'injection intraveineuse nous avons obtenu de meilleurs résultats. Cette méthode avait l'avantage de pouvoir remplacer, par exemple, une transfusion de 200 c. c. de sang ou une injection de 100 c.c. de sérum frais, par l'injection de 10 à 15 c.c. seulement de notre solution de « globuline coagulante », concentrée suivant la méthode décrite plus haut.

Chez un malade souffrant d'hémophilie avec un temps de coagulation pas très prolongé, nous avons observé quelquefois qu'après une telle injection intraveineuse son temps de coagulation fut réduit à peu près à la valeur qu'on trouve chez les hommes normaux, et — ce qui est bien important — que cette abréviation se maintenait dans cette zone normale pendant quelques jours. Chez un hémophilique avec un temps de coagulation fortement prolongé, nous avons réussi de cette façon à réduire ce temps, pendant quelques jours, à un tiers ou un quart du temps originel. Le fait que cette injection est quelquefois suivie de symptômes secondaires plus ou moins désagréables, lesquels pourtant étaient de courte durée, est encore maintenant un inconvénient de cette méthode.

Pour abréger constamment le temps de coagulation d'un malade souffrant d'hémophilie, il serait nécessaire d'injecter tous les trois jours 10 à 15 c. c. d'une telle solution, si cela était possible en vue des symptômes moins agréables nommés, symptômes que nous tâchons d'éviter à ce moment.

Nous sommes heureux que cette partie de nos recherches et aussi nos résultats *in vivo* ont été tout à fait confirmés depuis par les recherches de Patek et Taylor (4) aux Etats-Unis.

Le sang qu'il nous fallait pour ces recherches était le plus souvent obtenu des malades souffrant d'hypertension. Pour avoir à notre disposition des quantités de sang plus grande, nous avons tâché de faire usage de sérum placentaire. Pendant que nous étions en train de nous occuper à préparer du sérum placentaire, notre attention fut attirée par les recherches récentes d'Eley et ses collaborateurs (5). Ils préparaient un extrait de placenta en le traitant par le sérum physiologique ; après avoir acidifié cet extrait, ils obtenaient un précipité qui, dissout dans un milieu légèrement alcalin formait un produit qui favorisait très fortement la coagulation. Ce produit consistait en un liquide brun et trouble qui, *in vitro*, exerçait un effet favorable sur la coagulation, un effet qui était beaucoup plus intensif que celui du sérum frais. Eley et ses collaborateurs administraient ce produit aux malades par les voies buccale et intra-musculaire. En contrôlant les expériences d'Eley, nous n'avons pas pu confirmer ses résultats favorables par ingestion.

Ces derniers temps, nous avons réussi à changer le procédé d'Eley de sorte qu'il est maintenant possible d'extraire du placenta une solution claire et stérile, qui ne contient pas plus de 1 1/2 à 2 % de protéine, une solution qui exerce une très grande influence sur la coagulation. L'injection intramusculaire de ces solutions chez quelques malades souffrant d'hémophilie n'avait jamais aucun effet thérapeutique, ni sur le temps de coagulation, ni sur la cessation des hémorragies. Pour l'injection intraveineuse de ces solutions nous avons, naturellement, d'abord expérimenté sur l'animal. Nous avons pu injecter ces solutions par voie intraveineuse chez des lapins à plusieurs reprises. Sur dix lapins injectés de telle manière à plusieurs reprises avec de grandes quantités d'une solution, qui, *in vitro*, même à des dilutions de 1/500 jusqu'à 1/1.000, pouvait réduire le temps de coagulation des malades souffrant d'hémophilie à des valeurs normales, un seul lapin mourut, probablement à cause d'anaphylaxie. Ce lapin avait reçu plusieurs fois, à des intervalles de plusieurs semaines, une injection d'un produit extrêmement actif. Les autres animaux n'ont jamais montré une réaction défavorable. On ne pourra savoir si le produit qui favorise la coagulation, obtenu du placenta, est identique à celui obtenu par nous du sérum, qu'après une analyse chimique de la substance active. En tout cas, quelques qualités

physico-chimiques des deux substances sont analogues (la précipitation a lieu dans un milieu avec environ le même pH ; les deux substances ne sont pas ultrafiltrables. L'analyse d'un de nos produits placentaires donna le résultat suivant : substance sèche totale 6 ‰, dont 1 1/2 ‰ sont des protéines, 2,7 % sont du phosphore lipoïdique (calculé comme lécithine), puis des traces de nitrogène résiduel et de cholestérine.

Nous avons déjà injecté par voie intraveineuse de petites quantités de nos solutions préparées avec du placenta de quelques malades, sans aucune réaction défavorable ou désagréable, et provisoirement avec un résultat encourageant. Nous continuons nos investigations dans cette direction chez des malades souffrant d'hémophilie.

LITTÉRATURE

(1) Greveld (S. Van). — *Maandschr. v. Kindergeneesk.*, III, n° 9, 1934.

(2) Govaerts P. et Gratia (A.). — *Revue Belge d. Sc., Méd.*, III, n° 6 1931.

(3) Bendien (W.-M.) et Greveld (S. Van). — *Acta Brevia Neerlandica*, V., n° 9, 1935 et VII, n° 1, 1937 ; aussi *Maandschr. v. Kindergene esk.* V, 179, 1936 et VI, 186, 1937.

(4) Patek (A.-J.) et Taylor (F.-H.-L.). — *Science*, 84, 271, 1936 et *J. Clin. Invest.* 16, 113, 1937.

(5) Eley (R.-C.), Green (A.-A.) et McKhann (Ch. F.). — *Journ. o Pediatrics*, 8, 135, 1936.

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE MEDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Diverticules et diverticulites du côlon (1)

Par M. le Professeur **LOEPER**

Uniques ou multiples, les diverticules du côlon peuvent constituer une simple malformation anatomique, sans expression clinique : ils ne sont alors qu'une découverte d'autopsie ou une trouvaille radiologique. A ces cas de diverticulose simple, s'opposent les *diverticulites*, ou autrement dit, les inflammations ou infections diverticulaires qui sont plus intéressantes pour le praticien. Ces diverticulites s'accompagnent de symptômes variables suivant qu'il y a, ou non, abcès, gangrène, péritonite, etc... Elles sont aiguës ou chroniques.

I. Formes aiguës

A) Voici d'abord deux observations de diverticulite simple.

Observation inédite de Dujarier.

Une femme de 40 ans se plaint depuis quelques semaines de constipation, sans aucun autre symptôme intestinal. Brusquement elle ressent une violente douleur dans la fosse iliaque gauche et elle émet quelques glaires. On porte le diagnostic de colite. Le lendemain, devant l'augmentation de la douleur, le Professeur Loeper voit la malade avec Dujarier. La température est montée à 39°. Aucun autre symptôme, sauf une leucocytose assez élevée : 17.000. On met de la glace sur le ventre. Quelques jours plus tard, la malade émet quelques gouttes de pus par l'anus, sans glaires ni matières. On pense à une sigmoïdite et on fait pratiquer un examen rectoscopique, qui est négatif. L'évolution de cette infection sigmoïdienne est calquée sur celle d'une appendicite gauche. La malade guérit, sans intervention, en peu de temps. Dans ce cas, seul, l'examen radiologique, montrant trois diverticules, a permis d'affirmer le diagnostic de diverticulite.

2° *Observation de Louis Prat (de Nice).*

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui a toujours été un peu constipé. En janvier 1932, il ressent une forte crise douloureuse dans la partie gauche de l'abdomen. Sa température est à 38°. Son ventre est légèrement ballonné et la palpation réveille une douleur très vive sur le trajet de l'anse sigmoïde ; il y a une légère résistance de la paroi abdominale. Le malade guérit après un traitement purement médical. Ici encore, c'est l'examen radiologique qui a, seul, révélé l'existence de quatre diverticules, un sur le côlon transverse et trois sur le côlon sigmoïde.

B) Les deux observations suivantes concernent des diverticulites avec abcès.

1° *Observation de William.*

Un homme de 54 ans souffre de l'abdomen depuis dix jours, si violemment que, par moment, la douleur le fait crier. Celle-ci croît, pendant 36 ou 48 heures, puis décroît, pour reprendre plus intense. On note une certaine contracture de la paroi abdominale à gauche ; la température est à 38°3 ; il y a une leucocytose élevée. Devant ces symptômes, le diagnostic d'appendicite gauche est porté. Brusquement, il a aggravation de tous ces signes : la température s'élève, le pouls dépasse 100, la leucocytose augmente et la contraction réflexe légère de la paroi devient une véritable contracture. Le chirurgien, appelé d'urgence, découvre un diverticule perforé, sur le côlon pelvien ; la péritonite est généralisée, et il trouve un calcul stercoral au milieu du pus. Le malade guérit rapidement, après l'intervention.

Notons que ces cas, avec vérification opératoire, sont assez nombreux dans la littérature médicale (cas de Senett, de Taylor, de Schlessinger). Il est assez consolant de constater que, sur vingt opérations, on relève seulement trois cas mortels.

2° *Observation de Monsarrat.*

Une femme de 34 ans a eu, ces dernières années, plusieurs crises douloureuses de diagnostic hésitant. Elle souffre du ventre depuis six semaines, la douleur est très violente, localisée dans la fosse iliaque gauche, et irradie vers la région péri-ombilicale et la cuisse gauche. La température, d'abord en plateau à 38°, montre de grandes oscillations ; le pouls est à 120 ; il y a une certaine contracture de la paroi abdominale. Des vomissements, enfin, complètent ce tableau clinique. Le chirurgien, appelé pour une « appendicite gauche », trouve l'iléon adhérent au côlon pelvien, puis, sous son doigt, s'ouvre un abcès enkysté ; l'origine de cet abcès est un diverticule du côlon.

C) Enfin il est des observations où une hémorragie intestinale, inattendue attire l'attention sur le côlon et la radio révèle un diverticule.

Observation personnelle.

Une femme de 45 ans présentait des hémorragies utérines et nasales. Devant une brusque hémorragie intestinale, M. Loeper pense à une rupture d'hémorroïdes et demande par prudence un examen rectoscopique. Celui-ci étant négatif, il fait faire un examen radiologique, qui montre un diverticule.

6° *Cas de Bensaude et Pauchet.*

Un homme souffre du ventre depuis vingt ans. Brusquement il a une grosse hémorragie intestinale, et on porte le diagnostic de cancer. L'opération ne révèle aucune tumeur, mais un grand nombre de diverticules, gros comme des pois. Un de ces diverticules présente une teinte ecchymotique et, à l'intérieur, on trouve un calcul stercoral infecté. La preuve que ce diverticule était bien la cause de l'hémorragie, c'est qu'après l'opération, il ne s'en est pas reproduit.

Ces quelques observations nous montrent qu'il faut savoir penser aux diverticulites lorsqu'on se trouve en présence d'une crise abdominale aiguë douloureuse, surtout lorsqu'elle siège dans la fosse iliaque gauche ; et qu'on y pourra songer aussi, en cas d'hémorragie intestinale brusque, après avoir éliminé hémorroïdes, polypes et cancer.

Il n'est pas inutile de revoir la symptomatologie des diverticules.

(1) Leçon rédigée par Mme le Dr Langle.

Résumé séméiologique

La *douleur* des diverticulites, n'est pas toujours très intense, elle est parfois très discrète, ressemble à un endolorissement et à une simple lourdeur, elle siège le plus souvent dans la fosse iliaque gauche ; d'autres fois, au contraire, elle est si vive, qu'elle fait crier les malades. Les *irradiations douloureuses* sont fréquentes vers la cuisse et vers les régions génitales et vésicales ; elles sont exacerbées par la défécation.

Les *nausées* sont fréquentes, les vomissements plus rares.

On note quelquefois une *diarrhée* assez particulière, puisque au milieu des matières liquides, se trouvent des boules purulentes qui sont de véritables bourbillons diverticulaires.

Les *hémorragies intestinales*, la *pollakiurie*, la *cystalgie*, la *cystite* même peuvent s'observer.

La *leucocytose* est toujours élevée, de 10.000 à 15.000 (elle manque dans le cas de gangrène).

La palpation abdominale révèle un boudin douloureux et dur, et le plus souvent une légère contracture de la paroi.

La *température* est aux environs de 38°, 38°5.

Comme dans une crise appendiculaire, la *température* est des plus variables, pouvant atteindre 38°5 ou 39°, et il est bon de revoir le malade plusieurs fois dans la journée, son état pouvant s'aggraver très vite : les modifications du *pouls*, qui devient rapide et filant, l'altération du faciès, l'augmentation de la contracture sont autant de signes qui commandent l'intervention chirurgicale.

Formes cliniques

Le diagnostic de diverticulite serait relativement facile si elle se manifestait toujours par ces symptômes réunis. Elle revêt souvent, au contraire, une symptomatologie d'emprunt, qui justifie la description de formes cliniques.

Forme appendiculaire. — Observation rapportée par M. Lecène : une infirmière de 30 ans ressent brusquement une très violente douleur dans la fosse iliaque droite, celle-ci irradie vers l'omoplate droite, vers la région lombaire et la cuisse droite. Cette douleur s'accompagne d'un grand frisson, le pouls monte à 100, la température est à 38° et il y a une grosse diarrhée. Au bout de 3 ou 4 heures, cette crise douloureuse cesse et M. Lecène surseoit à l'opération. Cette infirmière, très courageuse, reprend ses occupations pendant quelques heures. Subitement une nouvelle crise, plus violente, survient et la malade est opérée immédiatement : l'appendice est sain, mais, à quelques cen.imètres de l'abouchement de l'iléon dans le cæcum, se trouve un petit diverticule gangréné, contenant quelques gouttes de pus. La guérison survient peu après l'intervention.

Forme occlusive. — Ici, la symptomatologie est identique à celle de l'étranglement herniaire, et on trouve, à l'opération, un diverticule gangréné, baignant dans un peu de pus. Tel est le cas cité par le Docteur Mondor : un homme de 76 ans ressent brusquement une douleur très vive dans le ventre ; il a des nausées mais ne vomit pas ; son abdomen est météorisé et asymétrique ; aucun gaz n'est rendu par l'anus. Un examen radiologique montre trois diverticules très nets et l'intestin fort distendu, par place. Ce malade guérit sans opération par simple application de glace.

Forme salpingienne. — Le diagnostic est particulièrement délicat. Est-ce une salpingite ? est-ce une diverticulite ? Prat cite le cas d'une jeune femme qui présente de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, irradiant vers la cuisse gauche ; on pense à une salpingite, on laisse la malade au repos et au lit. Un toucher vaginal révèle alors une grosse masse diffuse dans le cul-de-sac latéral et dans le cul-de-sac de Douglas. Un examen radiologique montre plusieurs petits diverticules tout le long du côlon, et un gros diverticule situé dans la région para-ovarienne. La guérison survient spontanément.

Le Docteur Lecène, par ailleurs, relate à peu près la même histoire, pour une autre malade, chez laquelle l'opération permit de constater que les trompes étaient absolument saines et que, seule, la diverticulite était la cause de toute cette symptomatologie.

Formes vésicales. — Elles sont plus fréquentes que les formes occlusives et salpingiennes. Elles se traduisent par de la cystite : les urines contiennent un peu de pus, quelquefois des colibacilles, et on porte le diagnostic de syndrome entéro-rénal à cause de la légère douleur dans la fosse iliaque gauche, de la constipation qui s'accentue et de la présence possible de quelques parasites dans les selles. Si l'on pense à faire pratiquer un examen radiologique chez de tels malades, on peut déceler un diverticule près de la vessie presque accolé à elle, et qui finit parfois même par s'ouvrir dans sa cavité.

Telle est l'histoire de cette femme de 50 ans qui, au cours d'un voyage autour du monde, commence à souffrir un peu du ventre, au Japon. Après toutes sortes d'examens, on trouve des amibes dans ses selles. Peu après elle souffre tant de pollakiurie, qu'elle rentre en France et va voir le Professeur Loeper. Celui-ci trouve, à la palpation, un cordon sigmoïde important, une légère sensibilité douloureuse à gauche l'examen de sang montre de la leucocytose (12.000 leucocytes) ; la température est à 38°5, et, successivement, les diagnostics suivants sont envisagés : ancienne salpingite, kyste de l'ovaire infecté, fibrome. Un examen radiologique montre l'arrêt net du lavement baryté au niveau même de la douleur. On pense alors à un cancer et M. Oberlin décide l'intervention. Entre temps, cette malade avait présenté une grosse élimination de pus par les urines et de la pneumaturie. Il s'agissait, en réalité, d'un diverticule sigmoïdien avec péridiverticulite ouvert dans la vessie.

Forme urétérale. — Elle est marquée par le même début brusque, typique, à localisation si précise, qui caractérise la colique néphrétique. M. Bensaude rapporte le cas d'une femme, présentant une douleur dans la fosse iliaque gauche, irradiée à l'aine et à la cuisse gauches. Le toucher rectal réveille une sensibilité très nette au niveau de l'uretère croise le rectum. Après une purgation, la malade émet, avec ses matières, une assez grosse quantité de pus verdâtre. L'opération pratiquée par M. Gosset, montre une diverticulite sigmoïdienne avec rétraction du méso.

Forme gastrique. — Elle est rare, mais signalée dans les diverticules du transverse, le diagnostic devient presque impossible, à moins d'y songer systématiquement dans tous les cas de gastralgies. La diverticulite peut emprunter tous les types de douleurs gastriques depuis la simple lourdeur d'estomac jusqu'aux lourdeurs d'ulcus ou de néoformation, lorsque les diverticules sont situés sur le côlon transverse. M. Bergeret cite le cas d'un malade opéré à la suite de coliques épigastriques ; il a trouvé de nombreux diverticules sur le côlon transverse, les uns infectés, les autres enflammés. Cet autre cas de M. Raillet (de Reims) nous montre un homme de 57 ans qui se sent simplement fatigué, il maigrit, et présente un peu de constipation. Brusquement sa température monte et il fait une phlébite de la jambe droite. Dans ses selles on trouve alors des entamœba coli et il y a 11 % d'éosinophiles dans le sang. Après un traitement par le Yatren et le Stovarsol, il va mieux ; puis un examen radiographique montre de très nombreux diverticules sur l'anse sigmoïde du côlon.

Telles sont les formes aiguës. Il en est de chroniques ou de prolongées qui simulent des tumeurs. Nous allons les étudier.

II. Formes chroniques

Forme tumorale

A ces formes aiguës, dont la gravité est toujours très grande, s'opposent les formes chroniques, à allure néoplasique, à évolution lente, et qui ne sont jamais mortelles.

Dans ces cas de diverticulite, à forme pseudo-tumorale, la difficulté pour le clinicien consiste à ne pas les prendre pour un cancer ; certains éléments peuvent cependant le guider utilement : c'est ainsi que l'interrogatoire révèle très souvent, chez ces malades, des poussées douloureuses antérieures échelonnées parfois sur plusieurs années.

Mais souvent le patient a négligé ces signes avertisseurs et ce seront alors des symptômes de sub-occlusion, ou des troubles urinaires qui l'amèneront à consulter, alors qu'une masse est déjà perceptible dans la fosse iliaque gauche.

Tels sont les trois cas suivants :

I. — Un homme de 60 ans, souffrait depuis de longues années au niveau de la rate. Ces douleurs s'exacerbaient 3 ou 4 heures après les repas. Quelques vomissements et un amaigrissement marqué complétaient ce tableau. Les radiographies gastriques et duodénales étaient restées toujours négatives. Un jour la température, normale jusque-là, s'élève un peu. Le Professeur Loeper, appelé en consultation, trouve une masse boudinée, très allongée, dure et tendue, assez douloureuse dans la région du cæcum, du côlon transverse et sous la rate. Il faut faire une radiographie du côlon après lavement baryté et celle-ci montre un rétrécissement du côlon descendant et l'image

◆◆

de deux diverticules à ce niveau. Le malade guérit sans intervention.

II. — Un charcutier de 64 ans vient consulter pour gêne de la défécation et douleur dans la fosse iliaque gauche. Il se sent fatigué depuis quelques mois et ne travaille presque plus. Depuis six mois, sa constipation s'est notablement accentuée. A vrai dire, il a toujours eu une certaine difficulté à aller à la selle, et, aussi loin qu'il se souvienne il a dû s'en préoccuper. Depuis 6 mois, il maigrit et il éprouve une douleur continue, mais peu prononcée dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen, on remarque un amaigrissement relatif, le teint est resté bon. L'abdomen est fort ballonné mais souple et indolore sauf dans la fosse iliaque gauche dans laquelle on sent une masse de la grosseur d'un poing, dure, irrégulière, légèrement douloureuse à la pression. Sa mobilité est peu marquée. Il n'y a pas de contracture de la paroi abdominale.

Le diagnostic de néoplasme du côlon descendant est posé en raison des troubles de la défécation, de l'affaiblissement de l'état général, de l'amaigrissement et de la tumeur trouvée à l'examen.

A l'opération, le Professeur Grégoire trouve une masse tout à fait mobile siégeant sur le côlon descendant. Elle a le volume d'un poing ; des franges épiploïques hypertrophiées y adhèrent et la recouvrent. Le côlon sus et sous-jacent à la tumeur est accolé en canon de fusil.

La pièce est ouverte aussitôt après l'opération et l'on constate que la plus grande partie de la tumeur est formée par un épaississement considérable de la graisse sous-péritonéale. En un point, le doigt sent un épaississement plus grand et plus dur de la paroi, une incision à ce niveau ouvre dans toute son étendue un diverticule rempli de matières fécales. Celui-ci a les dimensions d'un grain de maïs ; la couche sous-péritonéale qui l'entoure est fortement infiltrée et enflammée. Il s'est fait, à ce niveau, une sorte de fibro-lipomatose infiltrée qui forme toute la tumeur.

III. — Une femme de 54 ans présente en septembre 1934, des accidents assez marqués de constipation glaireuse. En janvier 1935, la malade a des selles tous les 3 ou 4 jours. Enfin en avril 1935, l'occlusion intestinale est complète et un chirurgien pratique un anus iliaque gauche. L'état général devient excellent, il n'y a aucune douleur, aucune hémorragie.

En novembre 1933 la malade va au centre anticancéreux où on lui fait un examen radiologique. Celui-ci ne révélant rien d'anormal, l'anus iliaque de la malade est refermé.

En 1936, la malade revient à l'hôpital car elle recommence à souffrir. Son état général est encore bon. Le toucher rectal reste négatif. Mais une radiographie du côlon montre, après lavement opaque, une zone de mauvais remplissage sur le côlon sigmoïde et une masse tumorale qui file vers la fosse iliaque gauche.

Après un repas baryté, la radiographie donne un aspect rétréci, canaliculé de l'anse sigmoïde et encore une zone de mauvaise imprégnation barytée.

A l'opération, le chirurgien trouve une tumeur de gros volume, adhérente à l'utérus.

La pièce anatomique coupée, donne l'impression qu'il n'y a pas néoplasme mais tuberculose fibro-lipomateuse iléo-cæcale. Cependant le microscope ne révèle ni tuberculose, ni néoplasme, mais seulement une hypertrophie fibro-lipomateuse entourant un diverticule.

Symptômes de la forme tumorale. — On voit, par l'examen de tous ces cas, que ce sont les *douleurs* qui éveillent l'attention du malade, douleurs localisées à la fosse iliaque gauche, non rythmées par les repas, intermittentes, à forme de coliques. Le patient éprouve de la *distension abdominale* et est sujet à des crises d'épreintes avec gargouillements qui se propagent vers la fosse iliaque gauche où ils s'éteignent toujours en un même point fixe. Pendant la crise, ni les matières, ni les gaz ne sont évacués et le malade accuse des nausées et quelquefois un ou deux vomissements. Après quelques heures de souffrances, la crise se termine par l'émission abondante, par l'anus, de gaz et de matières diarrhéiques. Dans l'intervalle de ces accès, on constate des alternatives de diarrhée et de constipation. Les matières sont souvent déformées, comme passées à la filière.

Parfois la *constipation* va s'accroissant jusqu'à faire craindre une occlusion intestinale qui, à la vérité, s'avère rarement définitive.

Les *hémorragies* ne sont pas exceptionnelles : habituellement peu abondantes et d'origine basse, elles produisent un sang rouge mélangé aux matières.

Très souvent, si la lésion se prolonge de la fosse iliaque vers le petit bassin, apparaissent des *signes urinaires* : ténesme vésical, pollakiurie sans cystite véritable, c'est-à-dire sans pyurie microbienne.

L'état général est assez atteint, la *cachexie habituelle*, le teint devient jaunâtre, terreux, la *température* n'est pas très élevée : petites poussées fébriles à 38°-38°5 ; l'*hyperleucocytose* est habituelle, au-dessus de 15.000 et due à la nature inflammatoire de la tumeur.

L'étude de ces symptômes montre clairement que la forme tumorale de la diverticulite chronique, peut être confondue avec un néoplasme ou une tuberculose colique. Mais il ne faut pas oublier qu'un néoplasme peut se greffer sur un diverticule, ainsi que le publiait Mayo en 1917 : sur 48 cas de diverticulite il relevait 13 cas de diverticulo-cancer, soit 29 %. Cette proportion énorme, a été révisée ces cinq dernières années et ramenée à 6 %. Tout au plus « est-il prudent de dire, avec David, que les relations entre l'inflammation chronique et le cancer sont identiques, au niveau du gros intestin, à ce qu'elles sont ailleurs ». De cette constatation, il faut tirer l'enseignement que la crainte de cancérisation secondaire d'une diverticulite ne doit pas entrer en ligne de compte dans le choix de la thérapeutique chirurgicale de cette affection.

***

Historique

La littérature médicale ne fourmille pas de cas de diverticulite. C'est Morgagni qui en 1796, le premier, décrit les diverticules.

En 1849, Cruveilhier, dans son Traité d'anatomie pathologique générale, relate le compte rendu de l'autopsie maintenant classique, du Professeur Alibert : « il existait plusieurs centaines de diverticules, quelquefois difficiles à reconnaître du fait de l'hypertrophie des franges graisseuses ».

A partir de 1898, les diverticules seront de plus en plus étudiés par Jabou'ay, par Patel et Cade. Mourgues écrit une excellente thèse sur ce sujet en 1913. Bensaude, en 1912, fait l'importante distinction entre la diverticulose et les diverticulites.

Mais c'est surtout à l'étranger et, en particulier, dans les pays anglo-saxons, que les diverticules semblent avoir suscité le plus d'intérêt. Spriggs, Mayo, Maxwell, Telling publient d'importants ravaux. De Quervain à Berne, en 1913, ouvre une nouvelle voie en montrant la posibilité du diagnostic des diverticules par les rayons X.

Depuis la guerre, il est plus fréquent de relever des cas de diverticulite parmi les descriptions d'autopsie : à la clinique Mayo, sur 698 autopsies, il y a 31 diverticuloses du côlon, soit une proportion de 6 %. Maxwell Telling, sur 13.000 autopsies, trouve 28 cas de diverticulite, soit 0,21 %. Mourgues, de Lyon, en trouve 29 pour 1.000 autopsies. On peut dire qu'en général, la radiographie permet de déceler 3 % des cas de diverticulite, l'acte chirurgical, 6 à 7 %, et le reste des cas est une trouvaille d'autopsie.

Les diverticules du côlon sont dans les trois-quarts des cas, situés à gauche. Les frères Mayo, sur 42 cas, trouvent 36 diverticules sur le côlon sigmoïde, Striggs compère 116 diverticules sur le côlon pelvien et 76 sur le côlon descendant.

Étiologie — Pathogénie

En général, la diverticulose est une maladie de l'âge mûr et ne se manifeste pas avant 40 ans. Ce n'est souvent que vers 55 ou 65 ans qu'elle se transforme en diverticulite. Ce fait peut être dû à une fatigue intestinale, provoquant une stagnation des matières ou à un état trop sédentaire des malades ?

Avant d'aborder cette question et les différentes théories pathogéniques il faut ajouter que la diverticulite est l'apanage du *sexe masculin* : les deux-tiers des malades sont en effet des hommes d'après les statistiques.

Le Docteur Prat, de Nice, dans la thèse de son fils, croit avoir remarqué que la diverticulite sévit plus dans les races anglo-saxonnes que dans les races latines ; cette observation est peut-être due à ce que sa clientèle se recrute parmi les estivants anglo-saxons, néanmoins il faut bien reconnaître que la plupart des auteurs relatant des observations de diverticulites, sont Américains ou Anglais.

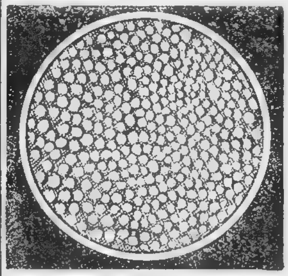
Comment se forment les diverticules ?

Une première théorie a été fondée sur le fait qu'un enfant de 10 ans présentait des diverticules et certains auteurs concluaient qu'ils étaient d'*origine congénitale*. Mais la remarque que les animaux ne présentaient jamais de diverticules a battu en brèche cette théorie (car il n'y a pas de maladie purement

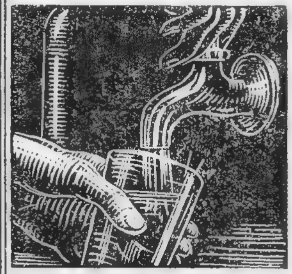

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

LORAGA

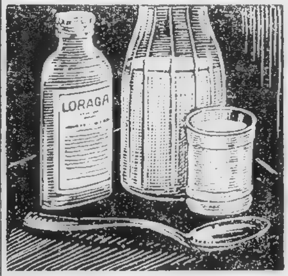
Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



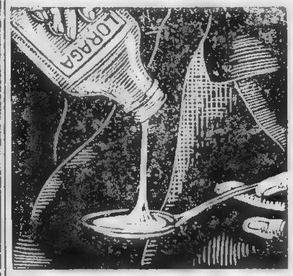
Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur medicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments, une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisement", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous [illegible]

Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE — AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)



LS

humaine). Alors d'autres auteurs, Zielgen en particulier en 1894, ont pensé à une *origine glandulaire* : l'encrassement des orifices des glandes intestinales, provoquerait la formation des kystes secondaires, qui seraient à l'origine des diverticules. Cette théorie, qui ne manque pas d'élégance, est cependant peu adoptée. Au contraire, la *théorie mécanique* a, dès son origine, rallié tous les suffrages : les diverticules dus aux adhérences qui se forment au contact d'un organe ou d'une tumeur voisine sont des diverticules de traction ; les autres sont dus à l'augmentation de la pression intra-intestinale et à une diminution de la résistance de la paroi et sont des diverticules de pulsion. Mais parfois il n'existe aucune adhérence au contact des diverticules et l'on doit revenir à la théorie congénitale qui accuse la faiblesse en certains points du tissu intestinal d'être à la base de la formation de ces diverticules. On a pensé que, entre les fibres longitudinales du côlon se produisaient de véritables « souflures ». A l'heure actuelle, cette notion de faiblesse congénitale du tissu intestinal domine la pathogénie des diverticulites, car on admet qu'un diverticule peut se produire sous la poussée d'un gros effort, quand la musculature intestinale n'est pas assez résistante. C'est la seule théorie plausible pour expliquer la présence de diverticules chez les enfants de 10 ans et chez les gens âgés. Une seule objection peut être faite : les femmes, êtres éminemment constipées et faibles, n'ont presque jamais de diverticules alors que les hommes, forts et musclés, en ont l'apanage.

Parmi les *causes des accidents* aigus des diverticulites, il faut citer en premier lieu, la présence du calcul stercoral qui, fermant l'orifice du diverticule, provoque l'infection en « vase clos » avec le mécanisme décrit par Dieulafoy dans l'appendicite. Mais ces corps étrangers ne sont pas constants et il faut alors incriminer :

1° *Un repas trop abondant*, comme dans l'observation de cet homme de 74 ans, qui, un soir absorbe un repas pantagruélique, alors qu'il s'était habitué à un régime végétarien ; le lendemain et pendant trois jours il ressent une violente douleur dans la fosse iliaque, accompagnée de pollakiurie ; à la palpation de l'abdomen, on sent un gros cylindre sigmoïdien. Un examen radiologique précoce révèle des diverticules piriformes sur le côlon transverse et sigmoïdien. Ce malade guérit sans opération.

2° *L'équitation* peut également être la cause d'une diverticulite aiguë comme dans le cas du jeune cavalier de 20 ans opéré par Bergeret ;

3° *L'automobile* peut être aussi incriminée ;

4° Quelques *traumatismes* ont fait éclater des diverticules lorsque ceux-ci se trouvaient pincés entre deux plans résistants ;

5° *La purgation* enfin peut être également incriminée, de même qu'un *lavement inopiné* à pression trop forte. Tel est le cas cité par Wheeler : son malade, âgé de 40 ans, se plaint de constipation ; il ressent, 2 heures après un lavement, une douleur en coup de poignard ; il vomit et sa température tombe brusquement ; pendant l'opération, le chirurgien découvre un diverticule ouvert dans le péritoine. Mondor écrit « ... survient la purgation absurde, et la castastrophe se produit.... Il faudrait supprimer ce réflexe de la purgation, si fréquente dans le public, et qui tue les malades ».

Anatomie pathologique

Le nombre des diverticules est des plus variables : unique dans certains cas, ils peuvent être discrètement multiples, ou même atteindre plusieurs centaines (obs. d'Alibert).

Variable aussi est leur siège, avec une prédominance cependant très nette pour l'anse sigmoïde, surtout, et, accessoirement, le côlon descendant et le transverse. Suivant leurs dimensions, ils peuvent affecter une forme tantôt *sessile*, et tantôt *pédiculée*. Leur couleur peut aller du gris au vert en passant par le jaune. Leur *consistance* peut être molle ou dure, s'ils contiennent un calcul, ou sont entourés d'une réaction fibreuse.

Lorsque ces diverticules sont infectés, ils deviennent le siège de lésions inflammatoires, qui ne diffèrent guère de celle d'une appendicite, avec cette différence cependant que le diverticule contient moins de tissu lymphoïde que l'appendice ; ces lésions peuvent aller jusqu'à l'abcès, la perforation, la gangrène même. Des adhérences avec les organes voisins peuvent se produire : l'ouverture dans la vessie n'est pas exceptionnelle. Dans les formes pseudo-tumorales, l'importance des formations fibreuses péri-diverticulaires rappelle celle de la tuberculose hypertrophique iléo-cæcale, et il s'y joint souvent une infiltration lipomateuse abondante.

Bensaude a étudié le mode de constitution des diverticules côliques et montré que ceux-ci perforaient, en réalité, la tunique musculaire intestinale ; microscopiquement, les coupes des diverticules ne montrent des fibres musculaires qu'à leur base et enserrant celle-ci.

Radiographie

Quand on veut faire confirmer un diagnostic de diverticulite, ce n'est pas à la clinique qu'il faut s'adresser, mais bien à l'examen radiologique.

Comment faut-il le pratiquer ? Le Docteur de Quervain, qui, le premier, fit un diagnostic radiologique de diverticulite nous indique plusieurs manières de le pratiquer : 1° donner un repas baryté, celui-ci ne donne pas de belles épreuves ; 2° donner un lavement à base de baryum ou mieux, de sels de thorium ; les résultats en sont bien meilleurs ; l'opération est plus facile, et ne comporte aucun risque, si on donne ce lavement sous faible pression, et si on l'évacue de suite. Avec les sels de thorium, on peut prendre plusieurs images radiologiques, l'une pendant le lavement, l'autre de suite après son évacuation et une troisième plusieurs heures après. On voit, alors, un petit ballon opaque, posé à côté de l'image du côlon, à peine teinté ; quelquefois, il y en a plusieurs et l'épreuve radiologique prend, avec un peu d'imagination, l'allure d'une « procession de lampions dans la nuit ».

Si les diverticules ont des adhérences avec les tissus voisins, on peut ne voir que des encoches, assez peu distinctes sur les parois du côlon.

Lorsque le diverticule contient un calcul stercoral, il peut être entouré d'air et donner sur la radiographie une image en cocarde.

Traitement

Le traitement médical de la diverticulite comporte le repos au lit et de la glace sur le ventre. Après la guérison de la crise douloureuse, un régime diététique sera institué :

1° Eviter les gros repas ;

2° Eviter les aliments qui laissent des résidus dans l'intestin ;

3° Ne pas donner de grosse quantité de substances qui ne se dissolvent pas, comme le kaolin, le bismuth ou le charbon ou qui peuvent stagner dans les diverticules. Il faut au contraire prescrire les eaux de Châtel-Guyon qui augmentent la tonicité intestinale ;

4° Donner des amylodiastases ou des extraits pancréatiques qui faciliteront la digestion, et des désinfectants intestinaux.

Les indications du *traitement chirurgical* découleront, comme dans l'appendicite, de l'intensité des réactions péritonéales, et l'on pourra être amené à intervenir avec la même urgence, pour drainer un abcès, ou même réséquer un segment d'intestin en cas de diverticulite gangréneuse.

Ce traitement chirurgical prend encore plus d'importance dans les formes plastiques, mais dans ce cas, il sera bon de ne pas opérer pendant les poussées inflammatoires.

La courbe de température et de la leucocytose éliminera la possibilité d'un abcès latent. L'opération de choix sera, si la tumeur est mobilisable, la colectomie partielle en plusieurs temps.

Si la tumeur n'est pas mobilisable, s'il existe des signes marqués d'occlusion, si on découvre un abcès latent, la sagesse fera pratiquer, dans un premier temps, un anus transverse. Il est du reste habituel de constater combien la dérivation des matières peut améliorer les malades et même faire complètement fondre la tumeur inflammatoire. Quelquefois l'amélioration obtenue était telle, que l'on était autorisé à escompter l'obtention de la guérison et envisager la fermeture de la colostomie.

L'anus de dérivation permet parfois de faire une simple diverticulectomie, deux ou trois mois après son établissement.

Le pronostic de ces opérations est en général favorable. Les cas opérés par Stanley, Bensaude, Bergeret, Lardennois, Prat, Grégoire, Monsarrat, Lecène et Pauchet, se terminent par la guérison. Certains malades même ont guéri spontanément, d'autres par simple incision et drainage, ou même par résection après exclusion en général.

« . . . . . On ferait mieux encore, en se ralliant à une ingénieuse proposition que vient de formuler le Docteur Georges Rosenthal, à la Société de médecine de Paris.

« Il s'agirait d'une chaire des Progrès scientifiques qui serait créée dans l'enseignement supérieur et dont le titulaire deviendrait le protecteur naturel de tout progrès naissant, à la condition, bien entendu, que sa conduite s'inspire strictement et uniquement de sa haute mission et qu'il échappe à toutes les influences.

« Mais cette solution est trop simple et trop rationnelle pour qu'elle soit prochainement adoptée ; la sainte routine qu'elle serait appelée à combattre s'y opposera longtemps encore. »

(Auguste LUMIÈRE. — Les horizons de la médecine. Un vol. 1937. Edit. Albin Michel.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

La chirurgie pleuro-pulmonaire chez l'enfant [1]

Par le Dr **Pierre LAUMONIER**
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux

Le domaine de la chirurgie pulmonaire varie essentiellement de l'adulte à l'enfant : la tuberculose pulmonaire, assez fréquemment chirurgicale chez l'adulte, l'est très exceptionnellement chez l'enfant ; au contraire, les bronchectasies, si les données actuelles sur leur pronostic se confirment, paraissent devoir fournir au chirurgien pulmonaire un nombre considérable de cas que l'on pourrait considérer comme justiciables d'une sorte de chirurgie des malformations de l'arbre bronchique.

***

Dans la tuberculose pulmonaire, les indications de la collapsothérapie et des collapsus chirurgicaux en particulier sont très rares ; voici quelques chiffres :

Sur 100 tuberculeux pulmonaires adultes, 63 sont justiciables d'un collapsus et, sur ce nombre, 4 ou 5 relèvent d'une thoracoplastie ;

Sur 100 tuberculeux pulmonaires enfants, 25 sont justiciables d'un collapsus et il faut 130 malades, en moyenne, pour trouver l'indication d'une thoracoplastie.

Pourquoi cette rareté ?

Parce que aucune forme de primo-infection ne relève du collapsus ; parce que, pour les formes ulcéro et fibro-caséeuses, il existe de trop magnifiques possibilités de guérisons spontanées ou par simple cure hygiéno-diététique ; les ressources de la nature sont ici infinies et d'énormes spélonques peuvent se combler sans laisser de traces. Lorsque le collapsus chirurgical est indiqué, plusieurs grands principes doivent présider à sa réalisation :

La chirurgie ne guérit pas la tuberculose ; elle accomplit une œuvre indirecte qui libère le poumon de sa « servitude costale » et lui permet alors de donner libre cours aux aptitudes rétractiles spontanées du parenchyme pathologique ; si la lésion montre un potentiel évolutif marqué, s'il n'y a pas de tendance spontanée à la rétraction, la chirurgie n'a pas à intervenir.

Le pneumothorax réalise le plus parfait des collapsus ; la chirurgie ne doit intervenir qu'en cas d'impossibilité du pneumothorax, impossibilité vérifiée à l'aiguille et non simplement supposée d'après l'aspect des lésions.

Les méthodes chirurgicales ont chacune leur indication ; il ne faut plus les considérer comme formant un chapelet d'interventions de gravité croissante à essayer successivement.

Très schématiquement peuvent être justiciables :

D'une phrénicectomie, une caverne de la base, petite, récente, centrale, bien entourée de parenchyme.

D'une alcoolisation du phrénique, une spélonque du sommet, pas trop vaste, non superficielle mais bien entourée de parenchyme ; on évite ainsi le sacrifice définitif d'une base saine dont un tuberculeux a toujours besoin.

D'un plombage paraffiné (auquel le pneumothorax extrapleural est sans doute appelé à se substituer), une caverne petite, sus-claviculaire, non superficielle, chez un malade fatigué, subfébrile, à poids instable.

D'une thoracoplastie, une spélonque du sommet persistant chez un enfant déjà grand, à température normale, à courbe pondérale satisfaisante, ayant déjà lutté victorieusement contre l'imprégnation bacillaire.

Les résultats de ces interventions sont très bons, si l'indication est judicieuse, si l'acte chirurgical s'est passé en sanatorium, s'il a été précédé et s'il a été suivi d'une cure sanatoriale.

(1) Conférence faite au cours de perfectionnement du Prof. Rocher. Nous avons laissé de côté les pleurésies purulentes tuberculeuses qui avaient fait l'objet d'un entretien précédent.

Les pleurésies purulentes aiguës

Il s'agit, le plus souvent, d'enfants fatigués, minés par la longue évolution d'une pneumopathie sous-jacente ou d'une septicémie très fréquemment surajoutée, même dans les pleurésies pneumococciques ; enfin, l'enfant a un médiastin très souple, et le flottement médiastinal est particulièrement à redouter chez lui après pleurotomie large et précoce.

Quelques éléments essentiels de physio-pathologie doivent être rappelés :

A un premier stade existe un épanchement réactionnel, simple témoin d'une pneumopathie sous-jacente ; la plèvre est vierge, sa paroi, non vaccinée, présente le maximum de résorption toxique.

A un deuxième stade, et dans les cas favorables, tandis que la pneumopathie s'éteint, l'épanchement se contracte, la plèvre s'épaissit, le liquide devient franchement purulent ; dans les cas défavorables, à la place de la contraction apparaît la diffusion, la pneumopathie continue à évoluer, l'épanchement ne tourne pas à la purulence, mais prend une pression positive et provoque des troubles de compression.

Quand opérer ? Comment opérer ? Cette seconde question a trop souvent été exclusivement envisagée, alors que la première est au moins aussi importante et les partisans de la pleurotomie à thorax fermé ou à thorax ouvert peuvent, en réalité, parfaitement être mis d'accord.

1° Cas évoluant vers l'enkystement.

Etant donné ce que nous avons dit, il est inutile d'insister sur le danger d'une pleurotomie large et précoce ; on obtiendrait un pneumothorax total, entraînant un traumatisme grave pour la pneumopathie sous-jacente, du flottement médiastinal et l'agrandissement d'une surface de résorption pleurale qui tendait déjà à se restreindre, surtout en avant, par des adhérences molles. On attendra donc la contraction de l'épanchement, dont on fera le diagnostic grâce au relèvement de l'état général, à l'abondance de la diurèse, aux radios successives et, surtout, grâce à la ponction qui montrera un pus franc et bien lié ; on est en présence d'un abcès pleural résiduel qu'il faut ouvrir et cette ouverture, qu'elle soit petite ou large n'entraînera aucune modification dangereuse du côté pleural ou pulmonaire ; c'est seulement parce que l'on a affaire à des enfants fatigués qu'il faut faire l'opération minima, simple ponction intercostale, sans résection costale. La poche pleurale présentant une certaine rigidité qui l'empêche de subir l'effet des mouvements respiratoires, il faut drainer au point déclive c'est-à-dire au point le plus bas où la ponction se montre positive. Les bouchons de fibrine pourront nécessiter quelques petits lavages.

2° Cas évoluant vers la diffusion.

L'examen clinique, les radios, l'état général, l'apparition de la cyanose et des phénomènes de compression, la ponction qui ramène toujours le même liquide qui ne veut pas devenir du pus franc, tout cela montre qu'il n'y a pas l'évolution favorable que nous venons de voir.

En principe, il ne faut pas agir ; une pleurotomie large serait désastreuse, une pleurotomie minime n'empêchera en rien l'évolution fâcheuse de la pneumopathie sous-jacente qui est le centre de la maladie ; lorsqu'il existe une fistule broncho-pleurale, la pleurotomie a cependant l'intérêt d'éviter la toux et l'inoculation du reste du poumon par la voie bronchique. Enfin, dans certains cas, le liquide se reproduisant et entraînant des troubles de compression malgré les ponctions répétées, on pourra faire sans grand espoir une pleurotomie à minima ; il faut de toute nécessité faire une intervention qui ne soit pas plus fatigante qu'une ponction ; sans bouger l'enfant de son lit, avec une anesthésie pariétale minime, on ponctionnera un espace intercostal avec un trocard du type Coquelet Monod qui guidera un drain ; opération vraiment insignifiante, qui ne permet nullement à l'air de rentrer, ni à aucune goutte de pus de jaillir hors du bocal où plonge le drainage, devenu ainsi irréversible ; en opérant ainsi on aura au moins la satisfaction de ne pas avoir aggravé l'état du petit malade.

Quels sont les résultats ?

Les morts rapides sont à mettre sur le compte du fameux réflexe pleural et les morts dans les heures qui suivent, sont le fait de troubles cardiaques ou d'un pneumothorax total intempestif avec cyanose, asphyxie, œdème aigu. La mortalité secondaire est due à l'évolution de la pneumopathie sous-jacente, à un abcès du poumon (et nous reviendrons sur cette association), à la septicémie, à des méningites, des mastoïdites ou des fusées purulentes pariétales. Cette léthalité dépend de différents facteurs :

1° Le moment de l'intervention ; nous avons suffisamment insisté sur ce point pour ne pas avoir à y revenir ; c'est à l'occasion des pleurésies purulentes observées pendant la guerre que

LES CONSULTATIONS DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Les traitements pratiques et propres de la gale

Le temps n'est pas encore très loin où l'on pouvait entendre parfois, dans les consultations hospitalières externes de dermatologie, l'ahurissante déclaration d'un malade apprenant que l'éruption dont il était porteur était due à la syphilis : « Ah bon ! j'avais peur que ce soit la gale ». C'est que cette dermatose parasitaire avait mauvaise réputation. Il faut bien dire d'ailleurs qu'elle l'a au moins partiellement conservée et que ce n'est que justice, car si elle a perdu dans l'esprit de l'homme de la rue son caractère infamant qui la faisait classer parmi les « maladies honteuses » elle était restée jusqu'à ces dernières années au point de vue thérapeutique une affection des plus désagréables.

Les traitements classiques qu'on lui opposait : ouverture mécanique des sillons (*frotte*), pommades au soufre, au baume du Pérou, etc., étaient souvent pénibles, sinon douloureux, toujours longs, malpropres, irritants, impossibles à dissimuler et trop fréquemment inefficaces.

Certes, un indiscutable progrès avait été réalisé lorsqu'on avait substitué les pommades à la frotte. Les médecins qui ont passé dans les services de dermatologie au moment où on la pratiquait se souviendront toujours de l'atmosphère dans laquelle on réalisait la cure rapide, des bains chauds qui se succédaient, des frictions furieuses de la peau à la brosse ou au tampon de flanelle, des onctions à la pommade d'Helmerich. Lorsque la gale était guérie, la peau restait maltraitée et douloureuse pendant longtemps.

Aussi, lorsqu'en 1912, Ehlers (de Copenhague) fit connaître le liniment découvert par Marcussen en 1912, il fit faire un grand pas dans la voie de la réalisation pratique à la question du traitement de la gale. On n'avait plus à compter avec l'habileté technique de l'auxiliaire chargé de la frotte. Le malade lui-même pouvait appliquer le traitement prescrit surtout lorsque M. Milian eut heureusement modifié la formule initiale du liniment pour le transformer en une pommade à laquelle son nom est resté attaché. Cette nouvelle méthode, généralisée pendant la guerre, a conservé jusqu'à maintenant la faveur des médecins.

Néanmoins, dans la clientèle privée, le problème du traitement de la gale se présentait toujours sous un aspect délicat. Dans la famille où il y avait un galeux, on n'avait pas toujours une baignoire à sa disposition, d'autre part, il n'était ni commode, ni agréable de frictionner quotidiennement le malade, qui d'ailleurs, était condamné à une réclusion forcée. La ménagère était navrée du linge souillé de corps gras, tandis que souvent le patient souffrait de l'action parfois irritante pour son épiderme de la pommade au polysulfure de posassium. Enfin et surtout, le traitement n'était pas discret.

Aussi, très fréquemment, de nouvelles méthodes thérapeutiques étaient proposées. Si certaines, comme les *gelées à la pyréthrine* n'ont pas tenu leurs promesses, d'autres ont subi victorieusement l'épreuve du temps et il est bon de savoir les mettre en œuvre pour ne pas s'exposer aux reproches de malades mécontents.

Mais avant d'aborder ces techniques nouvelles, il est juste de rappeler que Brocq avait conseillé, il y a bien longtemps, pour les gens qui habitent la campagne et qui ne peuvent facilement prendre des bains, un traitement simple et efficace. Il suffisait pour le malade de s'enduire tout le corps matin et soir de pétrole du commerce et de mettre pour la nuit une chemise, un caleçon, des gants et des bas imprégnés de pétrole. Il les enlevait le lendemain matin et les remettait le soir. Il y avait là une intéressante tentative pour se débarrasser des pommades. C'est d'ailleurs dans cette voie que devaient s'orienter les recherches modernes.

Parmi les traitements dérivés de ces recherches, nous retiendrons seulement ceux qui, tout en étant simples, pratiques, propres et discrets sont néanmoins efficaces.

La Créoline a été largement employée notamment par les dermatologistes belges. Nous l'avons nous-même employée exclusivement en clientèle jusqu'à l'année dernière. C'est un excellent produit, bien supérieur aux pommades. Mais, si l'on veut éviter sûrement les échecs il ne faut pas employer indifféremment n'importe quel produit du commerce : il ne faut prescrire qu'une créoline spécialisée.

On conseille au malade de faire ainsi le traitement : après s'être mis complètement nu, le soir, au moment du coucher, dans une chambre suffisamment chaude, il doit faire sur tout le corps (sauf bien entendu le cou et la tête) des lotions avec une solution à 20 % de créoline Pearson dans l'eau tiède. Les applications doivent être douces et superficielles. Il importe de ne pas frotter énergiquement; la créoline pouvant dans ces conditions irriter et eczématiser les téguments. L'application doit être renouvelée trois jours de suite.

Le titre de la solution employée peut d'ailleurs varier suivant les individus : chez l'homme on l'utilise au quart, chez la femme au cinquième, chez l'enfant au sixième, on peut même l'abaisser au dixième. Même à ce titre, elle dispense de la désinfection des vêtements.

L'Hyposulfite de soude est d'utilisation plus récente. On l'emploie de la façon suivante :

Tous les soirs pendant deux ou trois jours, le galeux doit, avant de se coucher, tremper un tampon de coton hydrophile dans le *soluté* avec :

Hyposulfite de soude............	200 grammes
Eau bouillie ...............Q.S.p.	1.000 grammes

et se frictionner et lotionner tout le corps.

Il faut ensuite qu'il laisse sécher le liquide quelques minutes sans s'essuyer puis, lorsque le corps est sec, il doit procéder de la même façon avec le *soluté* avec :

Acide chlorhydrique officinal	50 grammes
Eau bouillie .... Q. S. p.	1.000 grammes

Après cette seconde opération, il n'a plus qu'à prendre sa chemise de nuit sans s'essuyer et à se coucher aussitôt. Le lendemain matin, il doit simplement se lotionner avec la solution d'hyposulfite de soude.

Le Benzoate de Benzyle est le dernier venu des médicaments modernes de la gale. Il présente sur les deux précédents l'avantage de ne nécessiter qu'une application unique. On l'utilise de la façon suivante : le malade après s'être trempé dans un bain chaud fait sur tout son corps une friction au savon blanc, puis il se replonge pendant dix minutes dans son bain à 38°. Lorsqu'il en est sorti, mais encore mouillé, il applique le *mélange* avec :

Benzoate de Benzyle	ãã 50 grammes
Alcool à 95°	
Savon mou desséché	

Il est important, pour que cette lotion soit active d'employer un alcool fort et un savon mou desséché, c'est-à-dire privé d'autant d'eau qu'il est possible. On peut même ajouter une petite quantité de sulforicinoléate de soude. Le mélange est liquide et de couleur jaune. L'application se fait à l'aide d'un pinceau dit « queue de morue ».

On laisse sécher et on fait un nouveau badigeonnage au niveau des plis génitaux et axillaires, des mains et des pieds. Après ce deuxième brossage, on laisse le malade se sécher, puis il s'habille avec les vêtements portés avant les soins qui se trouvent ainsi désinfectés. On prescrit de prendre un bain vingt-quatre heures après et de changer de linge. Celui-ci est lavé simplement comme d'habitude, sans aucune précaution spéciale.

Le Bisulfite de soude a été préconisé par M. Lépinay. On utilise la solution du Codex dont on mélange 60 grammes à 4 grammes de Lanoline. Employé directement sur les lésions cutanées, ce traitement n'est pas irritant, même lorsqu'il existe des lésions de grattage infectées.

Les traitements ci-dessus peuvent s'employer dans tous les cas et chez tous les malades. Lorsqu'ils sont correctement appliqués, on n'observe jamais de récidives.

Lorsque cela est possible, il est préférable, en même temps qu'on prescrit un de ces traitements, de conseiller le changement de linge de corps et de literie et la désinfection des vêtements portés depuis le début de l'affection, au moins des parties de ceux-ci qui sont en contact direct avec la peau. Il ne faut pas oublier les fourrures, les gants et les pantoufles qu'on omet toujours de désinfecter. D'ailleurs pour tout ceci, les simples lavages à la benzine suffisent.

J. Rousset.

les premières constatations ont été faites à ce sujet par la commission américaine de l'empyème qui a démontré l'énorme différence de mortalité qui existait entre les interventions précoces et les interventions retardées ;

2° Le procédé opératoire.

Nous avons vu l'importance de ce facteur et aussi sa subordination au facteur précédent ; s'il est inutile de faire une large pleurotomie avec résection costale chez l'enfant, lorsqu'on a affaire à un épanchement contracté, il est absolument prohibé de faire une pleurotomie large dans les épanchements diffus que l'on veut quand même drainer ;

3° La virulence du microbe.

Nous empruntons à M. Iselin les chiffres suivants : Les pleurésies à pneumocoques donnent 10 % de mortalité.

A streptocoques, 22 à 25 %.

A staphylocoques, 17 %.

Les pleurésies putrides ne paraissent pas particulièrement graves ;

4° L'âge du malade.

De 5 à 10 ans, la mortalité est de 22 %, contre 10 % de 20 à 30 ans.

5° L'allure clinique et anatomique de l'affection. Nous empruntons encore ces chiffres à Iselin. Ils n'intéressent pas spécialement l'enfance mais sont valables pour elle.

A l'hôpital de Cincinnati, en 1922, il n'y eut pas de mort par pleurésie purulente. En 1927, il y en eut 53 %. C'est qu'en 1922, il n'y eut que des pleurésies évoluant vers l'enkystement, tandis qu'en 1927 il y eut beaucoup de pleurésies diffuses. D'ailleurs la différence de mortalité entre ces deux années est à peu près la même en ce qui concerne les pneumopathies. Cela indique assez clairement à quel point le pronostic de la pleurésie dépend de celui de la pneumopathie qui l'a engendrée. Il faut donc s'attendre à des variations importantes de pronostic d'une année à l'autre, d'un pays à l'autre et même d'une ville à l'autre, tout cela avec des techniques et des moments de l'intervention sensiblement les mêmes.

A côté de la mortalité, il faut envisager les séquelles. La symphyse pleurale, d'ailleurs susceptible de régression tout comme les adhérences péritonéales, rarement une dilatation des bronches viennent loin, comme importance, derrière les fistules pleurales.

En dehors des pleurésies que nous venons d'étudier, et qui sont les pleurésies de la grande cavité, en existent d'autres qui d'emblée ou secondairement n'occupent qu'une petite partie de la cavité pleurale ; ce sont les pleurésies enkystées de la gouttière latéro-vertébrale, les pleurésies apicales, les pleurésies sous-scapulaires. En général, la pneumopathie sous-jacente ne dure pas ; elles posent surtout un problème et des difficultés de repérage et d'ouverture au bon endroit ; la ponction et les radios seront les meilleurs guides.

La question des pleurésies bilatérales mérite de retenir notre attention ; il faut attendre le plus possible, drainer par pleurotomie à minima le côté où la collection est mûre et attendre, au besoin en décomprimant par des ponctions, que l'autre côté ait réalisé sa « contraction » pour y faire la même pleurotomie.

Les fistules pleurales

C'est l'ensemble des accidents déterminés par la persistance d'une cavité pleurale et tout le problème thérapeutique va résider dans l'effacement de cette chambre pleurale.

Au premier rang des causes des fistules pleurales, on trouve des fautes de traitement :

Pleurotomies larges et précoces créant d'immenses chambres pleurales.

Pleurotomies trop tardives ayant laissé s'organiser une pachypleurite épaisse.

Drainage non déclive ou trop prolongé.

Corps étrangers, drains en particulier, auxquels il faut toujours penser.

Lésion pulmonaire sous-jacente, abcès, fistule broncho-pleurale, et surtout tuberculose qu'il faut toujours rechercher, par l'analyse des crachats, la biopsie pleurale, en particulier au niveau des bourgeons charnus qui entourent le drain.

Il faut déterminer à quel type de cavité pleurale on a affaire, petite chambre à peine plus grande que le drain contre lequel elle s'est moulée ; chambre moyenne n'occupant qu'une partie postérieure ou postéro-latérale de l'hémithorax ; grande chambre ayant décollé le sommet.

Il faut traiter rapidement ces fistules pleurales où persiste une suppuration qui finit par amener la mort à plus ou moins longue échéance.

Il faut, dans un premier temps, lutter contre la cause de la fistulisation, établir un drainage déclive s'il ne l'était déjà, procéder à l'extraction des corps étrangers et réaliser toujours une pleurotomie large comme Hedblom l'a montré de façon à ne jamais faire une thoracoplastie sur un drainage insuffisant.

Pour une petite poche, il suffira souvent d'un drainage large et de quelques lavages, sinon il faudra faire sauter les côtes en face. Dans les poches moyennes, après une pleurotomie large, et une désinfection prolongée, une thoracoplastie limitée pourra suffire, suivie, si besoin est, d'un Schede. Dans les poches totales, il faut faire une thoracoplastie totale, très large, suivie d'un Schede. On utilisera l'anesthésie générale et on opérera en plusieurs temps.

Les résultats sont bons, il n'y a pour ainsi dire pas de mortalité dans les thoracoplasties et il n'y a qu'une faible mortalité dans l'opération de Schede si elle est réalisée en plusieurs temps.

Quant aux résultats orthopédiques, comme l'a démontré Dreyfus Le Foyer dans un article récent, ils sont bien meilleurs en opérant qu'en laissant faire la rétraction qui amène toujours de formidables déviations.

Les abcès du poumon

Ils sont relativement rares puisqu'on en a même nié l'existence. Trois éléments les caractérisent : La majorité de ces abcès sont aigus à pyogènes et, dans 80 % des cas, évoluent spontanément vers la guérison. Les abcès subaigus ou putrides, si fréquents chez l'adulte où ils sont facteurs de pyosclérose et de dilatation bronchique, sont extrêmement rares chez l'enfant. Enfin, il est très fréquent qu'un abcès du poumon prenne le masque d'une suppuration pleurale et c'est à tout prendre sous cet aspect que l'abcès du poumon se présente le plus souvent chez l'enfant. L'épanchement purulent a lieu, soit par rupture, soit par propagation, et ces deux éventualités peuvent se produire en plèvre cloisonnée ou en plèvre libre. En plèvre cloisonnée, la rupture comme la propagation amène la formation d'une pleurésie enkystée. En plèvre libre, la rupture amène la mort, mais la propagation ne conduit à une issue fatale que du fait du chirurgien qui ouvrira la collection intempestivement ou trop tôt (nous sommes ramenés au cas de la pleurésie diffuse et au danger de la pleurotomie large et précoce.)

Deux éventualités au point de vue thérapeutique : dans un premier cas, la pleurotomie est déjà faite ; si l'on tombe sur une poche enkystée, la guérison peut très bien survenir sans même qu'on se soit douté de la présence de l'abcès, ou bien la pleurotomie n'amène pas la sédation attendue, une radiographie montre l'abcès. Il faut agrandir la pleurotomie et drainer l'abcès.

S'il s'agit d'une grande chambre de pleurésie par propagation, la pleurotomie amène en général la mort ; par la plaie s'écoule une quantité importante de liquide séreux, puis brusquement, un flot de pus correspondant à la rupture dans la grande cavité pleurale de l'abcès que le pneumothorax a fait crever. Le pronostic est fatal.

Dans un deuxième cas, la pleurotomie n'a pas été faite : il faut penser à la possibilité d'un abcès sous-jacent et se conformer aux règles ci-dessus énoncées pour les pleurésies purulentes : en face d'un épanchement non purulent et non contracté, attendre et n'intervenir qu'après la contraction. A ce moment, la pleurotomie pourra guérir pleurésie et abcès, si ce dernier est superficiel et bien ouvert dans la cavité, ou bien elle n'amènera qu'une sédation passagère et appellera comme complément l'ouverture de l'abcès pulmonaire.

Les bronchectasies

Il s'agit là d'un domaine chirurgical tout nouveau où se heurtent encore les imprécisions concernant le pronostic de cette affection et les possibilités chirurgicales remarquables représentées par l'exérèse bien réglée d'un lobe pulmonaire ou même d'un poumon tout entier.

Les bronchectasies, véritables dislocations des parois bronchiques, dont les dilatations sont fusiformes, cylindriques, sacciformes, peuvent apparaître secondairement à une pneumopathie aiguë de la coqueluche ou de la rougeole, ou représenter, ce qui semble correspondre à la majorité des cas, une altération congénitale du système bronchique, peut-être, mais pas toujours liée à l'hérédo-spécificité. Chez l'adulte, il est courant de les voir s'intriquer avec un abcès et constituer des lésions complexes et très infectées, que l'abcès complique une bronchectasie, qu'il en soit contemporain ou que, lésion première, il ait fini, de par son allure subaiguë et putride, par provoquer ces dilatations.

Chez l'enfant, le terrain est neuf, on rencontre surtout, soit des dilatations consécutives à des pneumopathies aiguës et dont

pas mal sont certainement passagères, soit des dilatations congénitales. Mais quelle que soit leur origine, elles se manifestent cliniquement, soit sous forme sèche, soit sous forme hémoptoïque, soit sous forme modérément infectée. On ne voit pour ainsi dire jamais chez l'enfant de ces poumons pyo-scléreux creusés de multiples abcès que les Anglais appellent « poumons fosses d'aisance » et qui ont retenti depuis longtemps sur le cœur, sur les émonctoires, sur l'état général.

En face de ces lésions, que propose la chirurgie ? Nous passerons rapidement sur les opérations de collapsus : phrénicectomie, décollement pleuro-pariétal, thoracoplastie. Ce ne peuvent être que des opérations palliatives ; elles ne détruisent pas le tissu pathologique. Les opérations d'exérèse atypique sont les pneumectomies fragmentaires, les cunéo-résections ; elles présentent des inconvénients multiples : embolie, hémorragie primitive et surtout secondaire (au moment du premier pansement), exérèse incomplète et aveugle ; enfin, ces opérations se déroulent dans un temps très long et au fur et à mesure que vous poursuivez la lésion, celle-ci progresse à la périphérie et souvent vous gagne de vitesse.

Les opérations d'exérèse typique sont représentées par les lobectomies. Nous n'insisterons pas sur leur technique. On peut les faire en un temps ou en plusieurs temps, en plèvre libre ou adhérente. Chez l'enfant le plus souvent, qui nous fournira des lésions peu infectées, on pourra faire la lobectomie en un temps, en plèvre libre et précédée d'un pneumothorax. Cette chirurgie nécessite une anesthésie à pression différentielle, un dispositif pour l'aspiration bronchique, pendant ou après l'opération; celle-ci doit être précédée d'un traitemet destiné, si besoin est, à diminuer la septicité du poumon : drainage de posture, aspiration bronchique, traitements biologiques ou chimiques. Les difficultés opératoires sont proportionnelles à l'ancienneté de la lésion et il y a tous les intermédiaires entre le lobe libre et rétracté par un pneumothorax et le lobe totalement abcédé et adhérant à la paroi.

En dehors du schock vrai et de la défaillance cardiaque (il faut éliminer les myocardes déficients et faire toujours un traitement toni-cardiaque pré-opératoire), le gros danger réside dans la possibilité d'une pneumonie du lobe restant ou du poumon opposé, dans le lâchage du moignon pulmonaire et l'infection pleurale presque constante et dont le danger sera proportionnel à l'étendue.

La mortalité chez les enfants, où l'opération se présente avec le minimum de risques, peut être abaissée aux environs de 5 à 10 %. Ceci est dû à ce que le terrain infantile se prête remarquablement à ces exérèses ; l'organisme est jeune, la maladie aussi, le thorax est malléable, et l'on n'a pour ainsi dire jamais besoin de recourir à des thoracoplasties secondaires, même après les pneumectomies totales. La guérison est d'excellente nature, à condition que l'exérèse ait emporté tout le tissu pathologique. C'est dire qu'il faut, auparavant, avoir obtenu par l'examen lipiodolé l'image de la totalité de l'arbre bronchique. On ne s'exposera pas ainsi à laisser des dilatations dans un autre lobe. C'est dire aussi qu'on éliminera les dilatations diffuses à moins qu'elles ne soient localisées à un seul poumon et aussi, en principe, les dilatations bilatérales localisées au lobe inférieur.

Quelles sont les indications de cette chirurgie ? En face d'interventions dont le pronostic reste encore grave, mais qui sont susceptibles d'amener d'aussi belles guérisons, toute la question va être de savoir quelle est l'évolution spontanée des bronchectasies. Au fur et à mesure que l'on envisage des formes moins sévères, au fur et à mesure par conséquent que les cas sont plus simples et les résultats chirurgicaux meilleurs, se pose davantage la question de la légitimité de ces mutilations. Est-ce à dire par conséquent que les stades initiaux, peu ou pas infectés, vont échapper à la lobectomie qui présente pourtant là son minimum de danger ?

Evident pour les formes invétérées, à peu près certain pour les formes déjà infectées, le pronostic est discutable pour les formes débutantes.

Les Anglais considèrent que toute dilatation bronchique diagnostiquée constitue un arrêt de mort à plus ou moins longue échéance et affirment que si l'on recherche dix ans après avoir posé la première fois le diagnostic, les enfants atteints de dilatation bronchique, on trouve que 80 % sont morts. Il semble que cette opinion soit à l'heure actuelle en train d'être admise un peu partout, mais il serait prématuré d'être absolument affirmatif et de nombreuses recherches médicales sont encore nécessaires à ce sujet.

Dans ces circonstances, quels sont les malades justiciables à l'heure actuelle d'une lobectomie ? Si l'on considère le stade évolutif de la maladie, il semble que les formes sèches puissent attendre, un certain nombre pouvant échapper indéfiniment à l'infection, ou ne s'infecter qu'accidentellement, et non irrémédiablement. Il en est de même pour les formes hémoptoïques, à moins que l'hémorragie abondante ou répétée ne vienne forcer la main.

Pour les dilatations à expectoration muqueuse ou muco-purulente, beaucoup hésitent encore. Enfin, dans les dilatations abcédées et anciennes, la chirurgie paraît devoir s'imposer, mais la mortalité est alors véritablement prohibitive. Si, dans quelques années, les médecins nous disent que les bronchectasies peuvent guérir par un traitement médical dans une proportion importante de cas, la lobectomie pour dilatation bronchique aura vécu ; mais s'ils nous disent, ce qui paraît bien probable, que cette lésion est à peu près fatale, un champ immense sera ouvert à cette chirurgie qui, s'adressant à des jeunes, pourra être considérée comme une véritable chirurgie retardée des malformations de l'arbre bronchique.

Si l'on considère maintenant la topographie des lésions, il paraît encore délicat de généraliser l'ablation du lobe supérieur qui est plus difficile et qui intéresse une zone où la thoracoplastie peut au contraire avoir son maximum d'effet.

VARIÉTÉS

A propos de la spécialisation

J'ai l'impression que, depuis le début de mes études médicales, en 1902, il a été réalisé de grands progrès dans le traitement des fractures : si, fort des enseignements classiques, on travaillait bien, on travaille mieux aujourd'hui soit par le moyen des interventions à ciel ouvert, soit grâce aux procédés d'extension et de réduction mécanique. Il faut louer tous ceux qui se sont efforcés de réaliser ces progrès techniques et ceux qui ont pris la peine de les appliquer. En ce qui me concerne, une spécialisation toute différente m'a détourné, depuis la guerre, de ces préoccupations ; mais le hasard de mes lectures « voraces » pendant les vacances vient de me faire prendre connaissance d'une très suggestive communication que WILLIAM T. HAMMOND (de Easton, Maryland) a fait à la section d'orthopédie de l'*American medical Association* lors de son quatre-vingt-huitième congrès (1). Evidemment, cette étude se rapporte à des conditions qui sont propres aux Etats-Unis. Mais il m'a semblé qu'elle pouvait présenter quelque intérêt non pas tant en ce qui concerne le traitement des fractures que pour étudier les rapports de la spécialisation et de la médecine générale.

Les fractures sont une éventualité fréquente : aux Etats-Unis, on peut en estimer le nombre, bon an, mal an, à un million ou un million et demi. La plupart sont traitées dans des hôpitaux, étant entendu que ce mot englobe les vocables français d'hôpital, de clinique et de maison de santé.

Certains de ces hôpitaux ont un important courant de fractures, surtout dans les villes industrielles, en sorte qu'elles ont un personnel entraîné et un équipement suffisant ; mais, dans certains petits centres, il n'en est pas toujours ainsi. Or les statistiques des compagnies d'assurances montrent que les deux tiers des accidents graves par automobile ont lieu dans les zones rurales et, très souvent, l'accidenté est loin de chez lui et n'a pas d'élément pour choisir qui le soignera. WILLIAM T. HAMMOND a visité bon nombre de ces petits hôpitaux pour se rendre compte de la façon dont on y soignait les fractures. Souvent il y a constaté un manque d'intérêt total pour ces lésions, contrastant avec un vif désir de garder l'accidenté. Et, dans des centres chirurgicaux, il a vu que le soin des fractures est souvent remis aux plus jeunes, la besogne étant considérée comme fastidieuse et sans attrait.

Dans les grands hôpitaux, un pourcentage considérable des interventions pour réduction sanglante et ostéosynthèse pro-

(1) WILLIAM T. HAMMOND. — Importance of the adequate treatment of fractures in rural hospitals. *Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 7 août 1937, t. 109, p. 407.

vient des petits hôpitaux. Or l'étude des anamnestiques et des radiographies prouve que, le plus souvent, une réduction bien faite et une immobilisation précoce auraient suffi pour éviter l'opération.

Evidemment une petite communauté ne peut s'assurer un orthopédiste qualifié et, pourtant, le besoin s'en fait sentir. Bien des blessés qui sont justiciables du spécialiste ne peuvent aller à lui pour des questions pécuniaires et pour des questions de choc.

Et, pourtant, dit William T. HAMMOND, il ne manque pas de bons chirurgiens orthopédistes aux Etats-Unis. Comment mettre au contact le chirurgien et le blessé avec un minimum de temps et de dépense ? C'est ce que l'auteur se propose d'indiquer, fort d'une expérience de vingt cinq ans dans un petit hôpital et de quinze autres années dans un service de fractures. Au cours de ce temps, il a travaillé, de son mieux, à l'*Emergency hôpital* d'Easton où les médecins de l'endroit assurent le service des soixante-dix lits. La petite ville est dans un district agricole du Maryland et les fractures y sont relativement rares. Aussi faute d'organisation, les médecins en étaient-ils venus à les considérer avec un certain fatalisme. Et, pourtant, des résultats très défectueux, dans certains cas, s'imposaient à l'attention de l'auteur.

Il y a quelques dix-sept ans, l'hôpital d'Easton demanda sous l'influence de W.-T. HAMMOND au Docteur Robert-W. JOHNSON, spécialiste connu d'une grande ville voisine, de venir une fois par mois s'occuper des enfants infirmes. Il le fit pendant deux ans ; mais, au cours de ces deux ans, il fut amené à opérer surtout, tout son temps étant pris par les interventions sanglantes sur les fractures non consolidées ou mal consolidées. Il s'en ouvrit, alors, aux confrères de l'hôpital et l'on convint de charger un seul des médecins de soigner et de suivre toutes les fractures. Une souscription permit de se procurer ce qui était nécessaire : appareil, tables, rayons X, salle spéciale et, par ailleurs R.-W. JOHNSON promit de venir pour tous les cas embarrassants. Dans les premiers mois, on eut souvent recours à lui soit pour lui demander conseil à propos d'une radiographie, soit pour le faire venir par n'importe quel temps et, parfois, sans pouvoir l'honorer. Mais, le service s'organisant peu à peu, on put devenir plus discret.

Actuellement, le service reçoit deux cents blessés par an : chutes dans les escaliers ou dans la rue, accidents agricoles, accidents sportifs et, au nombre de vingt pour cent, accidents d'automobile.

Avant l'établissement du service, la plupart des sujets âgés atteints de fractures du col fémoral restaient chez eux puisque l'hôpital n'avait rien de mieux à leur offrir que leur médecin de famille. Quand cette catégorie de malade fut amenée dans le service, l'emploi du spica de WHITMAN donna 40 % de succès, chiffre un peu désappointant. Mais on se risqua à employer le clou de SMITH-PETERSEN et on obtint une grande amélioration du pourcentage. Dans d'autres cas de fracture inter-trochantérienne, on put se procurer des appareils ambulatoires, permettant, à la fois, le lever précoce et une forte extension.

Pour les fractures de la diaphyse fémorale, après avoir suivi les diverses méthodes proposées au cours des dernières années, William-T. HAMMOND en est venu à une prothèse mixte par broches d'acier maintenues par un plâtre externe. Les sujets ainsi appareillés ont bien guéri, avec des soins moins compliqués qu'au cas de suspension et traction et avec séjour moins prolongé à l'hôpital.

En cas de fracture des deux os de la jambe, si un simple plâtre ne suffit pas, l'auteur emploi l'agrafe de STEINMAN.

Soixante quinze pour cent des fractures de l'humérus ont nécessité l'extension, soit avec un appareil ambulatoire, soit avec une suspension. Les fractures juxta-articulaires ont été traitées à ciel ouvert et, souvent, par résection de la tête.

Les fractures du coude, chez l'enfant, sont réduites sous anesthésie générale. On radiographie après réduction et avant immobilisation.

Les fractures des deux os de l'avant-bras sont difficiles à traiter : broches et plâtre.

Ces quelques points exposés, l'auteur s'excuse de les avoir présenté à des spécialistes ; car il n'est pas orthopédiste. Il ne l'a fait que pour indiquer les méthodes les mieux utilisables dans les conditions de la pratique rurale. Il insiste sur ce que le matériel n'est pas tout et sur ce qu'il faut apporter la plus grande attention à la surveillance et, même, à une surveillance se prolongeant après guérison et sur ce qu'il ne faut pas craindre de consacrer des heures et des heures à tout ce travail.

Tous les malades ont été examinés en détail quant à leur état général et on leur a pratiqué, à tous, un Wassermann.

Le service a son installation de rayon X.

William-T. HAMMOND termine sa communication en demandant aux orthopédistes de s'intéresser à de telles entreprises. Il attribue le succès obtenu à Easton à ce que ses confrères ont bien voulu lui envoyer toutes les fractures, permettant de créer un centre tel que l'orthopédiste consultant y venait avec l'idée de faire de la bonne besogne.

Telle est la communication que je voulais résumer ici. Un chirurgien orthopédiste de la grande ville voisine (Philadelphie) dans la discussion qui suivit cet exposé, vint rendre témoignage à l'œuvre du chirurgien orthopédiste JOHNSON et du praticien de province HAMMOND et il en affirma les bons résultats. Il signala, en passant, que HAMMOND était un praticien d'une espèce rare, *unusual general practitionner*, un homme dynamique, *a key man* et il loua JOHNSON de n'avoir ménagé ni son temps ni sa peine pour le dresser et l'épauler.

***

Il convient, sans nul doute, de s'associer à ces louanges et, tout particulièrement, de louer cette « volonté du mieux » dont a témoigné W.-T. HAMMOND et qui lui a permis de réaliser cette spécialisation tardive et d'acquérir, dans ce domaine, une maîtrise telle qu'il ait pu se risquer à poser l'indication d'opération importante et qu'il ait pu les réussir. Par contre, il ne m'appartient, en aucune façon, de formuler une opinion sur la valeur des méthodes employées.

Il est indéniable qu'au point de vue social, il y a intérêt à assurer aux blessés des membres la possibilité de recevoir les soins possibles pour leur éviter de rester des infirmes ou des demi-infirmes ou, même, des quart d'infirmes. Comme je le disais en commençant, nos connaissances en ce domaine ont fait des progrès considérables et il convient d'en faire bénéficier quiconque en est justiciable. La Faculté de Paris l'a bien compris en créant une chaire spéciale de chirurgie orthopédique de l'adulte. Cet enseignement est indispensable. J'entends l'enseignement du traitement le meilleur et non l'enseignement du traitement à peu près suffisant : car tout le problème est là. Il faudrait, de plus, pour cette spécialité, comme pour toutes les branches de la médecine, organiser une ultérieure mise au courant dont le besoin se fait sentir de façon angoissante et qui n'est pas facile à mettre sur pied — cet enseignement pouvant se dispenser par des moyens divers : possibilités de stages appropriés ou possibilités journalistiques.

Mais, pour certaines branches de la médecine, il reste une autre affaire, c'est de fournir, aux régions éloignées des grands centres, des spécialistes qualifiés — les spécialistes qui encadrent. Dans la plupart des villes, on trouve en France de bons chirurgiens ; on peut, même parler de pléthore si j'en juge par ce que me disent avec angoisse certains de mes élèves, à la veille de s'installer. Parmi ces chirurgiens, il en est beaucoup d'excellents et qui, dans certaines branches du vaste domaine chirurgical, ont acquis une véritable maîtrise et qui, non seulement connaissent leur art, mais le font progresser. Cependant, tant est vaste le domaine, il est parfois impossible de rester le meilleur dans tous les départements de la chirurgie. Et, alors, on peut se demander s'il n'y aurait pas souvent intérêt pour le blessé à avoir la possibilité d'être soigné par un *key man* en matière de chirurgie osseuse — chirurgien qualifié, chirurgien organisé pour « perdre du temps » à ces soins minutieux et fastidieux. Il y a plus de trente ans, j'entendais mon maître KIRMISSON dire qu'il y avait de quoi faire vivre un chirurgien orthopédiste dans chaque département.

Reste à persuader le blessé que des soins éclairés doivent être honorés comme faire se doit, en cette matière comme dans les autres branches de la médecine.

Henri VIGNES.

« La vogue des majuscules est passée. La Péritonite avec un grand P n'existe plus. La majuscule doit être remplacée par un bon adjectif : un qualificatif topographique, notamment : péritonite d'origine appendiculaire, péritonite d'origine duodénale, péritonite d'origine diverticulaire, péritonite d'origine pelvienne, etc. » (H. MONDOR. — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en chirurgie abdominale. 1 vol. Masson, édit.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1937

Influence de l'ultracentrifugation sur les propriétés réactivantes de l'alexine et sur le pouvoir fixateur des « réagines » syphilitiques. — *Mlle V. Deutsch* et *M. Y. Lominzki.* — Si l'on soumet à l'ultracentrifugation (champs de gravitation très élevés : 84.000 tours par minute), soit de l'alexine, soit des sérums provenant de syphilitiques à réaction de Wassermann très positive, le principe actif réactivant ou sensibilisant abandonne le sérum pour se déposer sur le papier-filtre qui tapisse les parois de la cupule tournante. On peut transformer, de la sorte, un sérum syphilitique positif en un sérum plus ou moins complètement négatif, par la simple action de la force centrifuge. La réagine peut être récupérée. Elle offre une constitution discontinue et corpusculaire et paraît être rattachée aux globulines, ainsi qu'il ressort des analyses chimiques.

L'apparition de l'allergie tuberculinique après vaccination au B. C. G. par voie parentérale. — *MM. Weill-Hallé* et *Saye.* — Le meilleur critérium de l'imprégnation vaccinale par le B. C. G. est l'apparition de la réaction tuberculinique positive ou allergique.

Les auteurs se sont efforcés de préciser les délais d'apparition de cette réaction après vaccination parentérale. Ce délai est capital à connaître pour fixer les conditions d'isolement minimum des nouveau-nés ou des sujets plus âgés pendant la période de prémunition.

De leurs recherches, les auteurs concluent que l'injection parentérale de B. C. G. soit unique, soit renouvelée, détermine constamment l'allergie.

Les délais varient selon la dose et certaines dispositious individuelles ; ils sont de sept à huit semaines pour l'injection de 1/25 de mgr., et peuvent être réduits à trois, quatre semaines par des doses plus fortes. Le seul inconvénient de ces dernières est de produire parfois une réaction locale, voire une abcédation, d'ailleurs inoffensive.

La voie intra-dermique semble donner des résultats un peu plus rapides que la voie sous-cutanée.

Au cours des revaccinations, l'apparition de l'allergie s'obtient plus rapidement et les réactions locales sont plus fréquentes.

Les risques de contagion et les conditions de milieu doivent guider le praticien pour apprécier, d'après ces données, dans chaque cas, la durée minimum à assigner à la période d'isolement, dont le rôle est fondamental pour donner à la méthode son maximum d'efficacité.

Nouvelles recherches sur la transmission expérimentale de la maladie appelée « Anasarque des bovidés » (Globidiose cutanée du bœuf). — *MM. Cuille* et *Chelle.* — La maladie appelée anasarque du bœuf et attribuée à *Globidium Besnoiti*, n'est transmissible expérimentalement qu'au stade aigu, par inoculation sous-cutanée ou intraveineuse de sang fraîchement récolté. Toutes les tentatives d'infection pendant la période chronique (injection de sang, ingestion ou injection de peau broyée) échouent constamment.

Séance du 12 octobre 1937

Le premier cas asiatique de la maladie d'Aujeszky observé chez un chien. — *M. Zekiai Muammer Tunçman.*

Sur l'anatomie pathologique des fistules anales. — *M. G. Cabanié*, d'après les constatations anatomiques faites à Tanger, classe ainsi topographiquement les fistules anales :

1° *Les sous-cutanéo-muqueuses* qui constituent 30 à 15 p. 100 seulement de l'ensemble.

2° *Les trans-sphinctériennes inférieures* cheminent dans l'épaisseur du sphincter pour faire issue sur sa large surface de contact direct avec la peau, bord inférieur du sphincter en anatomie, véritable face de ce muscle en pratique.

3° *Les trans-sphinctériennes externes* suivent une direction très différente des précédentes ; elles se dirigent perpendiculairement à l'axe de l'anus, traversent la masse sphinctérienne et apparaissent sur sa face externe, dans le creux ischio-rectal, pour se porter de là à la peau.

4° *Les extra-sphinctériennes*, assez difficiles à différencier des précédentes, vont du rectum à la peau en passant au-dessus du sphincter anal. Ce sont encore des fistules trans-musculaires. Le mince interstice entre portion interne du releveur et sphincter ne peut s'ouvrir largement du fait de la pénétration des fibres du releveur dans le sphincter. La dissection de la fistule se fait en plein muscle sans que cet interstice apparaisse, et le seul trait distinctif des fistules extra-sphinctériennes est la très large béance du rectum après l'excision du trajet avec section des tissus sous-jacents. Ce trajet ne paraît pas passer dans tous les cas exactement entre les deux muscles mais plus souvent au voisinage de leur limite.

Toutes les fistules anales complètes peuvent se répartir entre ces quatre groupes.

Les deux premiers groupes constituent les *fistules de l'anus et de la marge.* Ils se ressemblent à première vue et sont souvent confondus en pratique. Cette confusion est erronée et illégitime. Elle a pu être à l'origine d'erreurs thérapeutiques. La mise à plat prolongée des fistules trans-sphinctériennes inférieures ne peut qu'être dangereuse pour la continuité d'une partie des fibres sphinctériennes.

Les deux derniers groupes constituent les *fistules de l'anus et du creux ischio rectal.* Une proportion importante des fistules opérées à Tanger leur appartient. Ils présentent entre eux une certaine parenté. Certains auteurs paraissent appeler extra-sphinctériennes toute fistule qui atteint, en dehors de l'anus, le creux ischio-rectal. La plupart au contraire réservent ce nom à celles qui paraissent au-dessus du sphincter.

Un grand nombre de fistules cheminent sur une certaine longueur dans l'espace inter-sphinctérien siégeant entre les portions interne, lisse et externe, striée du sphincter, et parcouru par les fibres longitudinales venant du rectum et du releveur. Certaines fistules trans-sphinctériennes inférieures, suivant cette espace sur presque toute leur longueur, méritent le nom d'*inter sphinctériennes.*

Ces fistules inter-sphinctériennes ont pu être confondues avec les sous-cutanéo-muqueuses dont la direction est analogue. On néglige ainsi toute la couche musculaire du sphincter lisse, formation importante et épaisse.

Les fistules sont souvent ramifiées, suivant des dispositions fort variables. Parmi les fistules complexes, les plus importantes par les problèmes thérapeutiques qu'elles posent sont celles *en fer à cheval* circonscrivant l'anus sur une plus ou moins grande longueur. Le trajet en fer à cheval est *souvent en totalité dans l'épaisseur même du sphincter.* Les dissections fines ne laissent aucun doute à ce sujet. Une intervention pour phlegmon ischio-rectal a permis de voir la fusée *intramusculaire* en demi circonférence, génératrice de tels trajets.

En somme, les fistules paraissent *avoir une prédilection pour le tissu le plus dense de la région anale : le muscle.*

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Aérophagie et Opothérapie

L'aérophagie n'est réellement pas celui qui avale de l'air comme l'étymologie du mot semblerait l'indiquer, mais bien celui qui par un fonctionnement déficitaire du foie est forcé de déglutir avec la plus grande fréquence de petites quantités d'air et cela par suite d'un réflexe œsophago-salivaire. Cependant la présence d'une certaine quantité d'air dans la poche gastrique n'est un fait pathologique que lorsque cette quantité devient excessive. En réalité, la sialorrhée et la déglutition d'air qui l'accompagne n'est d'abord qu'un résultat et non la cause de l'aérogastrie, dénommée à tort aérophagie. La quantité d'air excessive qui vient à s'accumuler dans l'estomac forme alors une poche volumineuse qui peut aller jusqu'à gêner les mouvements du cœur, d'où arythmie cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations, angoisses nocturnes. Dans d'autres cas, le tableau pathologique prend un aspect différent, la paroi musculaire ventrale se relâche et on voit se créer le ballonnement abdominal, avec ou sans obésité réelle, grâce au concours de l'aérocolie qui accompagne presque toujours l'aérogastrie. Mais l'origine de cet apport d'air est aussi bien ailleurs comme Raoul Blondel l'a démontré : il provient en grande partie d'une sorte d'exsudation

des gaz du sang en provenance du réseau capillaire sous-muqueux, à la faveur du spasme vaso-dilatateur accompagnant le spasme de la tunique gastrique. Ces conceptions ont été vérifiées par l'expérience et ont conduit à une thérapeutique rationnelle et concluante de l'aérophagie basée sur sa pathogénie.

Apaiser l'irritabilité gastrique par l'emploi prolongé de poudres neutralisantes est inutile et vain, de même l'emploi de sédatifs nerveux chimiques. Il faut remonter aux causes, c'est-à-dire à l'insuffisance hépatique originelle, aux spasmes, qui elle-même relève de certaines insuffisances endocriniennes. Ce but a été atteint par la composition même de l'Aérocid qui est le complexe opothérapique répondant exactement et complètement à ces désiderata.

L'Aérocid associe en effet la poudre de foie (insuffisance hépatique), la poudre de parathyroïde (contractions intestinales et fixation calcique), la poudre d'hypophyse qui renforce l'action de la précédente et enfin de la poudre de surrénale et de rate dont l'action vasculaire est bien connue.

La dose normale de l'Aérocid est de deux cachets par jour, le premier pris au réveil, le second en se couchant, un troisième peut être absorbé en cas de crise, chaque cachet accompagné d'un grand verre de liquide.

L'effet est généralement rapide et dès le deuxième jour le malade se sent soulagé.

Arythmie, angoisses, ballonnement abdominal disparaissent peu à peu et parallèlement, les digestions s'améliorent, la constipation s'atténue et les phénomènes nerveux cèdent à leur tour.

La prophylaxie des injections puerpérales

Sous l'influence de mesures générales de prophylaxie, s'inspirant des méthodes pasteuriennes, la mortalité par infection puerpérale a marqué un recul considérable pendant le dernier quart du dix-neuvième siècle ; depuis 1900, au contraire, elle a peu varié.

Jusqu'en 1935, en effet, elle s'est maintenue entre 1,5 et 2,5 pour 1.000, sans qu'aucune méthode prophylactique nouvelle soit parvenue à abaisser ce taux.

Dès la fin de juin 1935, on a entrepris à la Clinique Baudelocque un essai de prévention de l'infection puerpérale, basé sur l'administration aux accouchées du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, puis du carboxy-sulfamido-chrysoïdine (1).

Un essai préliminaire, dit M. Pierre Malet (Thèse de Paris, 1937), fut tenté pendant trois mois ; il consista à prescrire le colorant azoïque lorsque les circonstances cliniques (risques d'infection) indiquaient son emploi.

A partir d'octobre 1935 et pendant toute l'année 1936, l'expérience fut singulièrement élargie, puisqu'au cours de ces quinze mois, toute femme accouchant à la clinique par les voies naturelles, a été soumise à la cure préventive par le dérivé de la chrysoïdine.

4.000 femmes environ ont été ainsi traitées. Chacune reçut huit comprimés par jour pendant cinq jours, l'administration commençant aussitôt que possible après le début des couleurs, c'est-à-dire dès l'entrée à la salle de travail.

A l'actif de la méthode l'on peut porter :

— La mortalité nulle par infection puerpérale franche pendant la période d'expérimentation ;

— Le nombre très faible des infections sérieuses et l'absence totale d'infections réellement graves ;

— La baisse du nombre des infections légères et moyennes.

On est donc en droit de conclure que le taux de la mortalité par infection puerpérale à la Clinique Baudelocque dans la deuxième partie de l'année 1935 et dans toute l'année 1936, s'est abaissé de façon très notable.

Cette chute a coïncidé avec l'institution du traitement préventif par le colorant azoïque.

(1) Rubiazol.

« On ne rencontre plus que rarement, aujourd'hui, de ces médecins de la vieille école, comme ce septuagénaire de Montfort-l'Amaury, parvenu au terme d'une carrière toute de labeur et de droiture, à qui je disais : « Vous prenez votre retraite, Avez-vous déjà songé à vendre votre clientèle ? », et qui répondit : « Mon cher confrère, chez nous on ne *vend* pas sa clientèle : on la *donne*. »

« Fière leçon ! »

(Docteur Léon Tixier. — Numéro spécial du *Courrier royal* (26 juin 1937) consacré à la Médecine française).

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Cardiologie

Certains hypertendus artériels se présentent à notre examen porteurs d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne très important. — Ces hypertendus sont atteints ou bien d'hypertension banale, ou bien d'hypertension maligne.

Mais ce qui domine chez eux, c'est l'hypertension intra-cranienne. Cette hypertension occupe toute la scène clinique : le reste est contingent.

Les malades se présentent à nous comme étant atteints d'une tumeur cérébrale. Plus précisément, ils semblent atteints d'un syndrome de compression intra-cranienne sans signe localisateurs associés.

Ce syndrome est très important. Il est constitué par une céphalée intolérable, localisée soit dans la région frontale, soit dans celle de la nuque et de l'occiput ; par des nausées et par des vomissements n'ayant aucun horaire particulier, par une stase papillaire plus ou moins marquée mais certaine.

Cette évolution particulière de l'hypertension artérielle confère l'autonomie à cette forme clinique que l'on peut appeler : *hypertension artérielle pseudo-tumorale*. Quel que soit son mécanisme pathogénique, quelle que soit son étiologie, cette forme réclame une thérapeutique spéciale, celle qui combat l'hypertension intra-cranienne : ponction lombaire et injections hypertoniques dans un premier temps, trépanation décompressive dans un second temps.

(J. Dereux. Sur une forme clinique d'hypertension artérielle : l'hypertension pseudo-tumorale. *La Presse Médicale*, 15 septembre 1937.)

La solution d'ouabaïne à 2 pour 100 administrée *per os* à la dose de XXV gouttes le matin à jeun et XXV gouttes le soir avant le coucher constitue une médication utile et inoffensive. — Les doses plus fortes indiquées par certains auteurs et figurant dans les notices qui accompagnent les flacons sont capables de provoquer des accidents émétocathartiques sans exercer une action plus efficace sur l'insuffisance cardiaque elle-même.

Les indications sont les mêmes que celles de l'ouabaïne intraveineuse sauf dans les cas urgents, où rien ne peut remplacer l'ouabaïne intraveineuse.

A côté de cas encourageants on en note également de négatifs ; il ne faut donc pas penser que la méthode est infaillible. Si par conséquent au bout de deux ou trois jours de traitement on n'obtient pas l'amélioration désirée il faut passer sans retard à la voie éclectique pour le traitement des formes graves d'insuffisance cardiaque totale, surtout lorsqu'il existe une stase abdominale considérable.

(Sp Livieratos et N. Kisthinios. L'ouabaïne par voie buccale dans le traitement des insuffisances cardiaques. *La Presse Médicale*, 14 août 1937.)

L'action de la digitaline sur le rythme auriculaire peut se contredire. — Elle n'est pas à sens unique. La digitaline est susceptible de guérir l'arythmie complète, aussi bien que de la provoquer. A propos d'un cas d'intoxication digitalique massive, MM. P. Halbron, J. Lenormand, A. Meyer-Heine insistent sur ce paradoxe thérapeutique.

(Paul Halbron, Jacque Lenormand, André Meyer-Heine. Intoxication digitalique massive et arythmie complète. *Paris Médical*, 14 août 1937.)

Maladies infectieuses

L'influenza épidémique est le fruit de la symbiose d'un virus filtrant et du bacille de Pfeiffer, c'est-à-dire de la symbiose de deux microorganismes de dimensions très différentes, l'un invisible aux plus puissants microscopes en raison de son extrême petitesse, cultivable cependant sur un milieu de cellules vivantes, remarquablement transmissible à quelque distance par l'air expiré et surtout par l'air projeté dans l'éternuement et la toux, l'autre assez facilement visible et cultivable sur les milieux usuels additionnés de sang, présent à l'état de saprophyte sur la muqueuse des premières voies respiratoires chez un certain nombre de personnes, difficilement transmissible au voisinage à ce qu'il semble, et doué,

sous l'influence de diverses conditions encore inconnues, de propriétés pathogènes extraordinairement variables, souvent très nocives.

La gravité et les dangers de l'influenza épidémique proviennent non pas de l'agent causal, du virus spécifique, mais du bacille de Pfeiffer avec lequel il vit en symbiose, de l'intoxication par les toxines de ce bacille, de sa prolifération à la surface de la muqueuse des voies respiratoires, de sa propagation jusque dans les plus fines ramifications bronchiques et des pneumonies lobulaires qui en sont la conséquence, parfois même de son passage dans la circulation sanguine et de ses métastases en divers organes. D'autres microbes, saprophytes plus fréquents des premières voies, pneumocoques, streptocoques, etc., peuvent d'ailleurs associer leur action pathogène à celle du bacille de Pfeiffer.

L'importance pratique de ces notions n'est pas moindre que leur importance scientifique. La vaccination et la sérumthérapie contre l'influenza épidémique en dépendent.

(Antoine Béclère. Influenza. Le rôle respectif du bacille de Pfeiffer et du virus dans l'influenza humaine. *La Presse Médicale*, 21 août 1937.)

Pharmacologie

Par la découverte des propriétés antistreptococciques dont sont doués les sulfamides aromatiques, tels que la sulfamido-chrysoïdine, le premier représentant connu de cette série, dû au savant allemand Domagk, et l'amino-phényl-sulfamide, le terme le plus simple de la même série, dû aux chimistes français de l'école de M. Fourneau, la chimiothérapie se trouve désormais dotée de substances très actives, ne s'appliquant plus seulement aux infections streptococciques, mais à de nombreuses autres infections, en particulier aux méningococcies.

Dans ce domaine, ces diverses substances, mais surtout l'amino-phényl-sulfamide et peut-être celle-ci de préférence, fournissent au thérapeute une arme remarquable à la fois par son efficacité et sa faible toxicité, et aussi par la grande commodité de son emploi.

(Robert Tiffeneau et J.-J. Meyer. Le traitement de la méningite cérébro-spinale par le para-amino-phényl-sulfamide (1162 F) ou sulfamide. *Paris Médical*, 18 septembre 1937.)

Physiologie

La salive remplit deux fonctions importantes, en dehors de sa fonction favorisant la déglutition et de son pouvoir fermentatif, digestif, bien connus : elle contribue au maintien de la stabilité de la composition chimique et des caractères physiques de notre milieu humoral ; de plus, par son pouvoir régulateur électrocapillaire propre, elle présente une première barrière à l'infection.

Ces considérations devraient attirer l'attention des chercheurs sur ce liquide organique et lui consacrer plus d'attention et plus de recherches systématiques. Il ne faut pas oublier non plus, que la salive présente une importance considérable dans l'éclosion des diverses affections dentaires : pyorrhée, formation du tartre, etc... C'est même, on peut le dire, uniquement aux dentistes que nous devons les quelques notions essentielles modernes concernant la salive ; les physiologistes ne s'en sont pas encore occupés, sans parler des microbiologistes.

(W. Kopaczewski. Caractères physico-chimiques et le rôle régulateur de la salive. *Paris Médical*, 28 août 1937.)

Thérapeutique

L'ozone est utilisé en thérapeutique depuis 1890. Son emploi est resté limité pour différentes raisons.

a) La première est que la plupart des médecins n'ont pas eu l'occasion de le voir appliqué à l'hôpital et ignorent d'ailleurs ses propriétés thérapeutiques ;

b) La seconde est qu'il faut le produire et que cette production exige un outillage que l'on trouve seulement à l'hôpital ou dans des établissements spécialisés.

L'ozone mérite cependant d'être tiré de l'oubli.

L'ozonothérapie n'est pas une médication de luxe : c'est — fréquemment — une médication de nécessité, suffisante d'ailleurs à elle seule pour amener la guérison de nombreuses affections rebelles à d'autres traitements.

(Gaston Lyon. Les propriétés et les applications thérapeutiques de l'ozone. *Le Bulletin Médical*, 7 août 1937.)

Varia

Certaines maladies frappent particulièrement les riches. Il en est ainsi de la néphrite chronique : 5,5 pour 10.000 chez les gens de Passy, 5,1 chez ceux de Ménilmontant. Les gens du monde n'ont donc pas tort de tellement s'inquiéter de leur tension artérielle.

(G. Lavalée. Morbidité, mortalité et situation sociale. *Le Concours Médical*, 15 août 1937.)

***

Attention à ce terme de sténose hypertrophique du pylore ! Il y a dix ans, la mode était d'opérer tous les nourrissons qui semblaient atteints de cette maladie. M. le Professeur Rohmer (de Strasbourg) a montré qu'ils guérissaient mieux par un simple traitement médical. Des réactions spasmodiques de l'estomac simulent fort bien la sténose hypertroqhique du pylore, anssi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Il ne s'agit pas d'opérer des sujets que le simple séjour au lit, les compresses chaudes sur l'estomac, un régime très sévère de réduction lactohydrique, à raison d'une cuillerée à café, à dessert, ou à soupe le premier jour, une potion d'*atropine* guérissent d'accidents qui ne semblaient de voir s'apaisser qu'au prix d'une intervention chirurgicale. (*Journal des Praticiens*, 21 août 1937.)

***

Contrairement à ce que certains voudraient faire croire, en matière d'Assurances sociales, l'article 378 sur le secret professionnel est toujours en vigueur sans aucune atténuation vis-à-vis du médecin contrôleur. Le médecin traitant peut remettre un certificat au malade sur sa demande ; il n'est pas forcé de le faire. »

La nécessité du contrôle des Assurances sociales ne suffit pas pour délier le médecin traitant du secret professionnel. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 août 1937.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

La grippe épidémique se caractérise cliniquement par sa contagiosité marquée, sa diffusion rapide, sa courte incubation, son début brutal ; le retour à une santé apparente et à une température normale laisse une dépression inexplicable si l'on considère le peu de durée de la maladie.

Il est clair que, si l'agent ou les agents de la grippe pouvaient être identifiés avec exactitude, on aurait fait un grand pas. On tend à admettre que les microorganismes, signalés chez les grippés, ne jouent aucun rôle vraiment important. Il y aurait au début l'action d'un virus filtrant et le bacille de Pfeiffer ne serait qu'un bacille de sortie.

L'expérimentation permet d'envisager la solution thérapeutique du problème de la grippe avec un certain optimisme ; la culture et la transmission du virus filtrant ont été tentées avec des résultats qui permettent de bien augurer de l'avenir.

(Daniel J. Greenway. Enfermedades a virus filtrables. Estado actual de nuestros conocimientos sobre la etiologia de la influenza epidemica. *Prensa Medica Argentina*, 25 août 1937.)

Le rhumatisme est une affection polymorphe, individuelle, différente dans chaque cas. Il faut donc individualiser chaque forme, étudier minutieusement chaque manifestation rhumatismale, examiner à fond chaque rhumatisant, en un mot faire de la clinique individuelle.

Autrement dit on traitera le rhumatisant et non le rhumatisme.

L'infection focale joue un rôle qu'on ne mettra jamais assez en évidence. Les auteurs citent deux cas, dans lesquels la thérapeutique classique échoua : il s'agissait d'une infection chronique des amygdales ; ce fut l'amygdalectomie qui guérit ces deux malades. On sait du reste que la crise de rhumatisme articulaire aigu est généralement précédée d'une angine et que l'amygdalectomie est assez fréquemment suivie d'une arthrite, à la vérité légère et passagère.

Il y a bien d'autres foyers septiques : pharyngé, dentaire, vésiculaire, génital, sans compter les autres localisations plus ou moins douteuses. Pour les dents en particulier il ne suffit

pas de procéder à un examen même minutieux, il est indispensable de faire un examen radiologique.

En présence d'un rhumatisant on adoptera la ligne de conduite suivante :

1° Calmer la douleur à titre de médication accidentelle et palliative.

2° Désintoxiquer le sujet : régime, nettoyage intestinal, accélération de la nutrition, augmentation de la diurèse.

3° Chercher avec insistance le ou les foyers septiques.

4° Pratiquer l'amygdalectomie totale.

5° Extraire les dents non traitables, dépister les granulomes et les éliminer, traiter la pyorrhée.

6° Examiner la prostate, proceder à l'examen gynécologique, penser au gonocoque.

7° Tenir compte du retentissement de l'organisme sur le moral.

8° Utilise la balnéothérapie thermale, mais avec prudence pour éviter les réactions ultérieures violentes.

(Mariano J. Barilari et Manuel Castillo. Contribucion al estudio del reumatismo (El reumatismo y el reumatico). *Prensa Medica Argentina*, 18 août 1937.)

Une intoxication aurique s'est manifestée par un syndrome polynévritique, bilatéral, de caractère sensitif, localisé au niveau des membres inférieurs principalement.

Le syndrome douloureux domine toute la scène avec sa continuité, ses exacerbations paroxystiques et son caractère fulgurant par intermittences. Les myalgies, l'exagération de la douleur par la compression des masses musculaires et des trajets nerveux, la paresthésie cutanée qui se traduit par la douleur au simple contact des draps, l'absence de troubles moteurs et la présence des reflexes tendineux sont caractéristiques de cette forme.

Le traitement avait consisté en cinq injections hebdomadaires de 1/4 c. c. de solganal B huileux.

(J.-J. Spangenberg, L. Munist et A. Ardaiz. Polineuritis aurica. *Prensa Medica Argentina*, 14 juillet 1937.)

Varia

Abstraction faite des névroses, les maladies des nerfs périphériques fournissent sans doute le plus fort appoint aux altérations du système nerveux (Brun, de Zurich).

La conception et le traitement de l'hémorragie utérine ont subi un changement radical dans ces trente dernières années (C. Jeff Miller, de New-Orleans). J. Lafont.

Echos et Glanures

Le Doyen Gustave Roussy, nouveau recteur de l'Université de Paris. — *Pierre Langers, dans* Toute l'Edition (2 octobre 1937), *consacre un article au nouveau recteur* :

C'est une manière de révolution. Pour la première fois, un médecin va régenter l'Université de Paris, un médecin va régner sur les cinq Facultés. Le cancérologue Gustave Roussy succède à l'historien de Lyon et du saint-simonisme Sébastien Charléty, qui, lui-même, avait succédé au physicien Paul Appell. Cette nomination a surpris quelques personnes et certains journaux, qui se croyaient bien informés avaient même annoncé que le nouveau recteur serait un éminent fonctionnaire de la rue de Grenelle, M. Chatelet, directeur de l'Enseignement secondaire (pardon du second degré !). Mais, M. Jean Zay n'a pas voulu se séparer de son collaborateur. « Nous nous sommes trouvés d'accord, a-t-il publié dans un communiqué rendu nécessaire par les bruits qui avaient couru, nous nous sommes trouvés d'accord pour souhaiter que M. Chatelet poursuive la tâche à laquelle il s'est si heureusement consacré au moment où vont s'ouvrir les premières expériences qui préluderont, je l'espère, à notre réforme générale de l'enseignement du second degré. » M. Jean Zay eût pu ajouter, croyons-nous, que M. le Professeur Roussy avait, depuis longtemps, sa promesse. Au surplus, tout le monde tombe d'accord que la personnalité du doyen de la Faculté de médecine, ses qualités d'administrateur tout autant que sa réputation de médecin, le désignaient amplement pour les hautes fonctions auxquelles il vient d'être appelé.

Evoquons à grands traits la figure du nouveau recteur, M. Roussy appartient à une très ancienne famille de financiers et d'industriels. (On a pu écrire plaisamment qu'il était l' « héritier des farines Nestlé.) Il est né, il y a un peu plus de soixante années, dans une petite ville de Suisse, où ses ancêtres, calvinistes fidèles à leur foi, avaient dû se réfugier lors de la révocation de l'Edit de Nantes. M. Roussy — ce n'est un mystère pour personne — est demeuré attaché aux traditions des siens, aux principes de rationalisme et de libre examen. En annonçant sa nomination au rectorat, le *Populaire* a tenu à rappeler qu'il était un « militant du Front populaire », ce qui est peut-être beaucoup dire. Mais, il est bien vrai que ce grand médecin est

en politique, un homme de gauche. N'a-t-il pas épousé Mlle Thomson, dont le père, vétéran des luttes républicaines, ami, dernier ami de Gambetta, fut, jusqu'à sa mort, le doyen respecté de la Chambre des députés ?

C'est en Suisse que le futur professeur commença ses études et qu'il se sentit invinciblement attiré par la médecine. Mais c'est en France, à Paris, qu'il devait prendre ses grades universitaires dans le temps même où il revendiqua la nationalité de ses aïeux. Interne en 1901, il fut reçu docteur en médecine en 1907. L'année suivante, il était nommé chef des travaux de physiologie pathologique au Collège de France et il devenait bientôt chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté, et il succédait à Letulle comme agrégé, l'un des plus jeunes agrégés de la Faculté, et il succédait à Letulle comme professeur d'anatomie pathologique. Pendant la guerre, M. Roussy dirigea le Centre neurologique de la 10e Armée et de l'armée de Lorraine. Médecin en chef de l'hospice départemental Paul-Brousse, auteur d'innombrables travaux sur le cancer, on sait qu'il a pris l'initiative de l'organisation du centre anticancéreux de Villejuif. En 1929, le jeune professeur voyait s'ouvrir devant lui les portes de l'Académie de médecine et lorsque le doyen Balthazard décida, en 1933, de ne pas solliciter le renouvellement de son mandat, c'est lui qui fut désigné pour lui succéder, du consentement de ses pairs. Telles sont, brièvement rapportées, les étapes principales d'une magnifique carrière universitaire.

Tout le monde sait, en France et à l'étranger, que M. Roussy s'est consacré à la lutte contre un des plus terribles fléaux de l'humanité, avec la syphilis et la tuberculose, j'ai nommé le cancer — plus meurtrier que la guerre. On lui doit, notamment d'importantes précisions sur le rôle du terrain dans cette maladie, sur le mode de comportement des tissus à l'égard des radiations, sur la classification des tumeurs du système nerveux. (Les travaux du Docteur Roussy en neurologie sont classiques comme sont célèbres ses recherches sur les localisations cérébrales, les pédoncures cérébraux et cérébelleux, le cône terminal de la moelle épinière, etc.). C'est par l'étude approfondie des glandes à sécrétion interne qu'il a été conduit à aborder le problème mystérieux des tumeurs malignes. Et c'est pour donner à ces recherches un caractère systématique qu'il a conçu l'admirable organisme qu'est le centre de Villejuif, une des fondations médicales qui font le plus d'honneur à la science de notre pays. M. Roussy est arrivé à cette conclusion optimiste que le cancer n'est pas incurable. « Dépisté à temps, aime-t-il à répéter, le cancer peut être guéri. » Avec ou sans intervention chirurgicale, le maître et ses collaborateurs se glorifient d'un très grand nombre de guérisons, de guérisons totales. « Nous finirons par triompher », dit volontiers M. Roussy. Ah ! que Dieu l'entende...

Voilà donc ce savant praticien, ce doyen de la Faculté de médecine à la tête de toutes les Facultés qui constituent l'Université de Paris, la première du monde. Avec le même zèle, avec la même amitié, il veillera sur tout le peuple des étudiants — et s'il lui arrive de marquer une préférence pour ceux qui furent si longtemps ses étudiants, les futurs médecins de France, qui songerait à lui en faire grief ? C'est pour eux, déjà, qu'il a, en sa qualité de doyen, obtenu qu'une annexe de la Faculté vint occuper la place laissée libre par la démolition du vieil hôpital de la Charité. Pour cette entreprise, il n'est que juste de dire que M. Roussy a trouvé le plus bienveillant appui auprès de son prédécesseur d'aujourd'hui, M. Charléty, dont le rectorat fut si fécond. A son nouveau poste, les occasions ne vont pas lui manquer d'utiliser les éminentes qualités d'administrateur et de chef qu'on se plaît à lui reconnaître.

L'Université de Paris est, une fois de plus, entre de bonnes mains. De par son origine, M. Roussy a le culte de la liberté ; de par sa formation et les fonctions qu'il a occupées, il a un sens très exact de l'autorité. Il réalise dans sa personne une synthèse très française, et de plus en plus rare.

Claude Bernard et Pasteur. — Claude Bernard et Pasteur ont toujours été d'excellents amis. Claude Bernard était l'aîné de neuf ans et il était *arrivé* le premier ; il avait obtenu avant Pasteur, la triple consécration de l'Académie des Sciences, de l'Académie de médecine et de l'Académie française.

Le premier document officiel, qui mette en relation ces deux grands hommes, est un rapport de l'Académie des Sciences sur l'attribution d'un prix de physiologie expérimentale pour 1859 ; Claude Bernard, qui en était l'auteur, proposa de choisir Pasteur comme lauréat pour ses travaux sur l'alcool et l'acide lactique ;

on ne s'attendait guère à voir de la chimie en cette affaire, mais la fermentation avait beaucoup intéressé les physiologistes et après tout, il y avait une certaine tendance physiologique.

En 1862, nous retrouvons Claude Bernard rapporteur et Pasteur lauréat pour un nouveau prix de l'Académie des Sciences.

Trois ans après Claude Bernard et Pasteur collaborent à l'occasion de l'épidémie de choléra, qui était arrivée d'Egypte et faisait deux cents victimes par jour à Paris. Assistés de Sainte-Claire Deville, ils procédèrent à l'hôpital Lariboisière, à un certain nombre de recherches, qui n'aboutirent point mais Pasteur n'en fut point découragé.

A cette époque, c'était la grande misère des laboratoires et les chercheurs avaient le choix entre une mansarde et une cave. Claude Bernard, qui travaillait dans de très mauvaises conditions d'hygiène, tomba malade ; le cas ne fut pas élucidé, mais toujours est-il que le savant fut condamné par deux médecins, Rayer et Davaine, ce qui est pour son homonyme Tristan une garantie de longévité.

La publication de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* fut l'occasion d'un article de Pasteur, qui parut dans le *Moniteur Universel*, journal officiel du second empire. Claude Bernard en fut tellement touché qu'il écrivit à Pasteur deux lettres de remerciements à une semaine d'intervalle ; à cette époque, il s'était retiré près de Lyon pour s'y reposer et il semble y avoir eu l'humeur assombrie par des ennuis de famille.

Paris préparait alors l'Exposition, celle de 1867 et Claude Bernard, chargé d'écrire un rapport sur le développement de la science française, conclut mélancoliquement qu'il y avait en France du génie, mais pas de laboratoires. Pasteur s'adressa directement à l'Empereur, qui fut impressionné et ouvrit un crédit à ce dernier ; mais on dépensa des millions pour l'Opéra et le laboratoire resta à l'état de projet. Le grand homme vit rouge et écrivit un article incendiaire, où il disait notamment que les laboratoires étaient les tombeaux des savants. Naturellement, le *Moniteur Universel* en refusa l'insertion et l'article parut d'abord en partie dans la *Revue des cours scientifiques* et finalement sous forme de pamphlet. L'Empereur ne se fâcha point et réunit une Commission, où, fait incompréhensible pour notre époque, figuraient les intéressés. Finalement, on construisit deux laboratoires, l'un à l'Ecole normale pour Pasteur, l'autre au Musée d'histoire naturelle pour Claude Bernard.

Quelques années plus tard, en 1878, Claude Bernard mourait solitaire dans un appartement, sans famille. Son assistant d'Arsonval et ses deux disciples, Paul Bert et Dastre, eurent la pieuse idée de publier ses travaux en cours ou inédits. Parmi les manuscrits se trouvait une note sur la fermentation, qui devait avoir un retentissement assez inattendu.

Le 20 juillet, la *Revue Scientifique* contenait un article, préfacé par Berthelot. Il était question de fermentation alcoolique. Les théories de Pasteur étaient battues en brèche et avec une certaine insistance. Pasteur en resta stupéfait et commença à s'en prendre à Berthelot, qui était en contradiction avec lui sur la fermentation. Puis il demanda si les notes étaient authentiques, ce qui était quelque peu injurieux pour les élèves de Claude Bernard. Le manuscrit était bien de la main du célèbre physiologiste, c'était incontestable, mais il n'était pas signé et aussitôt Berthelot fut accusé et blâmé d'avoir mis le nom de Claude Bernard à la fin de l'article. En outre, Pasteur constata quelques différences entre le manuscrit et l'article, les nota avec soin et il ne lui en fallut pas davantage pour accuser Berthelot d'avoir falsifié les textes ; les divergences étaient à la vérité insignifiantes, mais Pasteur ne craignait ni la lutte, ni les polémiques, l'Académie des Sciences non plus ; il y eut des séances mouvementées, des discussions passionnées. L'enjeu en valait du reste la peine, c'était toute la doctrine pastorienne. Par une double et étrange contradiction, le chimiste soutenait la théorie biologique et le physiologiste n'admettait que des processus physico-chimiques. Pasteur tirait de ses expériences la preuve que la fermentation nécessitait l'intervention d'organismes vivants ; Claude Bernard affirmait qu'en dernière analyse les processus vivants se ramenaient à des réactions chimiques et à des phénomènes physiques ; la fermentation était essentiellement d'ordre chimique.

D'autres combattants intervinrent dans la mêlée, Robinet pour Pasteur et Chavée-Leroy pour Claude Bernard. Il y eut une longue polémique, un pamphlet de Chavée-Leroy ; le terme de « ferment organisé » fut ignominieusement rayé du vocabulaire scientifique ; puis, peu à peu, la grande querelle de la fermentation alla rejoindre, dans la gloire poussiéreuse du du passé, celle des anciens et des modernes, dont elle ne nous paraît pas très éloignée, tellement les événements se sont précipités depuis cette époque. De nos jours, on a remplacé le terme de « ferment organisé » par celui d' « enzyme » ; on admet que la

fermentation est une série de processus physico-chimiques : on reconnaît toutefois que les enzymes proviennent d'un organisme vivant ; l'opposition entre les deux grands expérimentateurs était plus apparente que réelle : ils ont décrit deux faces ou, si l'on préfère, deux phases du même phénomène et ils ont été victimes des mots, auxquels les hommes n'attribuent pas toujours le même sens. La science actuelle a réconcilié sans bruit deux hommes, dont un seul fut affecté par cette querelle posthume.

La curieuse étude de M. D. Olmsted (1) a pour résultat de faire revivre ces géants de la science, figés dans leur gloire, et de nous montrer que Claude Bernard et Pasteur étaient des hommes avant d'être devenus des statues ou des entités.

J. L.

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Paris, par André GEORGE. Un vol. 17 × 23, 206 pages, couverture de Berthold Mahn, 215 héliogravures. Collection « Les Beaux Pays », B. Arthaud, éditeur à Grenoble, 1937.

Gœthe disait qu'à chaque tournant de rue, dans la capitale, s'est déroulé un fragment d'histoire. Ce sont ces fragments qu'au tournant de la rue, çà et là, l'auteur a voulu laisser surgir, comme d'eux-mêmes. A travers le décor, on a tenté de retrouver l'âme, à travers le présent, le passé. Ou plutôt, on a recherché à rendre visible cette extraordinaire complexité, cette « surimpression » comme dit le cinéma, des âges, du temps, que le décor de la ville lui-même fait apparaître, et plus encore son âme profonde.

Rien n'a été négligé qui pût concourir à ce but : l'art, l'histoire, la littérature, l'aspect tout neuf et le visage ancien. De la sorte, on espère avoir peu à peu dégagé les grands traits d'une vie urbaine de son évolution, fait le portrait de la Cité...

L'illustration prolonge et renforce cette évocation.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BACQ (M.). — **L'acétylcholine et l'adrénaline. Leur rôle dans la transmission de l'influx nerveux.** 114 p., 1 pl. Br. : 20 fr. (*Masson*).

BARBE (Dr). — **Les conséquences pathologiques des pratiques anticonceptionnelles chez la femme.** 380 p. Br. : 40 fr. (*Maloine*).

BOUVIER (H.). — **Sur la disparition spontanée des niches dans les ulcères gastriques.** 64 p. Br. : 25 fr. (*Vigot*).

CAMBRELIN. — **L'amygdale linguale.** 112 p. Br. : 35 fr. (*Masson*).

CANTONNET (Dr P.). — **Traitement curatif de l'asthme.** 228 p. Br. : 15 fr. (*Maloine*).

CODVELLE (Lt.-Col.), BOIDÉ (Cl.), FERRABOUC (Cl.). — **Cours d'hygiène et de prophylaxie.** 490 p. Br. : 75 fr. (*Maloine*).

CUGUILLIRE (Dr). — **Traitement phytothérapique de la tuberculose.** 139 p. Br. : 10 fr. (*Maloine*).

DANIELOPOLU. — **Les thyroïdies endémiques et sporadiques.** 142 p. Br. : 30 fr. (*Masson*).

DEMTCHENKO (Dr Marina). — **Contribution à l'étude anatomo-clinique des symphyses pleurales évolutives.** 60 p. Br. : 25 fr. (*Maloine*).

EHRET (A.). — **Pratique des guérisons par le jeûne.** 173 p. Br. : 10 fr. (*Maloine*).

ESCRIVAN (R. d'). — **Contribution à l'étude des tuberculoses rénales bilatérales.** 172 p. Br. : 25 fr. (*Vigot*).

GLORIEUX (P.). — **La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications.** 102 p. 98 fig., 2 pl. Br. : 40 fr. (*Masson*).

GOUGEROT. — **L'eczéma, étiologie et pathogénie, déductions thérapeutiques.** 500 p., 25 fig. Br. : 70 fr. (*Maloine*).

Grandes (les) endémies tropicales. (Etude de pathogénie et de prophylaxie). 176 p. Br. : 30 fr. (*Vigot*).

GRÉGOIRE et COUVELAIRE. — **Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux).** Ill. 4 fig., 182 p. Br. : 50 fr. (*Masson*).

HAIMOVICI (H.). — **Les embolies artérielles des membres.** Ill. 25 fig., 336 p. Br. : 55 fr. (*Masson*).

KREBS (Dr W.). — **La colorimétrie clinique à l'aide du photomètre de Pulfrich.** 95 p. Br. : 50 fr. (*Maloine*).

LINET (Em.). — **La jacket-Crown et travaux de porcelaine.** 146 p. Br. : 40 fr. (*Maloine*).

MAILLET (Marcel). — **Le nourrisson.** 160 p. Br. : 18 fr. (*Maloine*).

MARS (de) et KERLAN (Yves de). — **Ce que tout le monde doit savoir de la procréation volontaire.** 72 p. Br. : 12 fr. (*Vigot*).

MOLNAR DE VERSEGY. — **Aide-mémoire de l'anatomie. (Une loi du nombre dans le corps ?)** 34 p. Br. : 5 fr. (*Vigot*).

MOLNAR DE VERSEGY (J.). — **Culture-ballon et culture-Barre.** 96 p. Br. : 12 fr. (*Vigot*).

MONDOR (H.). — **Diagnostics urgents : Abdomen.** 3e édit. remaniée, 229 fig., 24 p. Br. : 160 fr. (*Masson*).

MOREL (P.). — **Pleurésie primitive et primo-infection tuberculeuse.** 232 p. Br. : 30 fr. (*Vigot*).

MORGENTHALER (Dr). — **Problèmes psychologiques à l'usage des infirmières.** Trad. par Mme Ruefenacht-Gerber. Br. : 2 fr. 50 suisses. (*Berne, édit. Hans Huber*).

NEIPP (Lucien). — **De l'influence de divers cations sur le droit microbien.** 432 p. Br. : 90 fr. (*Masson*).

PARTURIER (Gaston). — **Conférences d'hépatologie. Les petits syndromes.** 172 p. Br. : 25 fr. (*Vigot*).

PETIT (Gabriel). — **La sérocuriethérapie des psychoses.** 140 p. (260 gr.). Br. : 20 fr. (*Vigot*).

RIVOIRE (R.). — **Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.** 3e édit., 264 p. Br. : 45 fr. (*Masson*).

ROBYN (Dr G.). — **Livret sanitaire.** 43 p. Br. : 4 fr. (*Maloine*).

SABOURIN (Dr Jean). — **L'anesthésie au cyclo-propane.** 168 p. Br. : 20 fr. (*Maloine*).

SAINT-MORAND (H.). — **Cours de graphologie. Les bases de l'analyse de l'écriture.** 250 spécimens d'écriture, 176 p. Br. : 30 fr. (*Vigot*).

SÉZARY. — **Le traitement de la syphilis.** 3e édit. Coll. Initiations médicales. 196 p. Br. : 30 fr. (*Masson*).

STEFANI (Dr Lucien). — **La voie d'abord sacrée (Kraske) dans le traitement du cancer du rectum.** 108 p. Br. : 30 fr. (*Maloine*).

CHATON (M.), STERN (W.). — **Tactique opératoire gastro-duodénale.** Coll. Tactique opératoire. 676 p. Br. : 240 fr. (*Doin*).

DENIS (R.). — **Résection transurétrale de la prostate.** 96 p. Br. : 35 fr. (*Doin*).

DENIS (R.). — **Traitement des fractures du col du fémur.** 136 p. Br. : 45 fr. (*Doin*).

PIZON (A.). — **Leçons d'hygiène.** 310 p. Cart. : 26 fr. 50. (*Doin*).

(1) J.-M.-D. OLMSTED (Berkeley, Californie). Claude Bernard's posthumously published attack on Pasteur and Pasteur's defense (Attaque, publiée après sa mort, de Claude Bernard contre Pasteur et défense de Pasteur). (*Annals of Medical History*, new sries, vol. 9, mars 1937, pp. 114-124.


Par ces temps de froid,
veuillez penser au
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol
JEP. CARRÉ PARIS

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 43 — 23 OCTOBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

RÉDACTION

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 26 octobre. — M. Scheid : Etude sur le drainage des cavernes pulmonaires. — M. Koffus : Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes type Osler.

28 octobre. — M. Borde : Contribution à l'étude des complications obstétricales de la maladie de Nicolas Favre. — M. Atlan : Influence des conjonctivites aiguës sur le trachome. — Mlle Maréchal : Etude de l'action de la folliculine dans le glaucome et essais de thérapeutique par l'hormone du corps jaune.

— Chefs de clinique. — Sont maintenus pour un an à dater du 1er octobre :

Cliniques médicales. — Hôpital Cochin : MM. Antonelli, Ménétrel. — La Pitié : MM. Sterne, André.

Clinique de thérapeutique médicale. — La Pitié : MM. Bachman, Sallet.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Beuzart, Zagdoun, Jomain, Milhiet. — La Salpêtrière : M. Boudreaux (J.). — Cochin : MM. Calvet, Pergola.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Aboulker.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : M. Coen ; adjoint : M. Leblanc.

Cliniques spéciales. — *Hygiène de la première enfance.* — Enfants-Assistés : M. Joseph, Mme Wertheimer.

Médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Brisset.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : MM. Mahoudeau, Laplane ; adjoints : MM. Friedmann, Meilhaud.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : M. Micoud.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : M. Boudin.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Hesse, Delay.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : M. Gaston.

Clinique cardiologique. — Broussais : M. Royer de Véricourt, Mlle Landowska.

Clinique gynécologique. — Hôpital Broca : M. Guillot.

Sont nommés pour un an à compter du 1er novembre chefs de clinique à la Faculté de médecine :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Rambert, Bensaude, Mallarmé, Baumgartner. — Saint-Antoine : MM. Bioy, Netter, Perreau, Mmes Lœwe-Lion, Brouet née Sainton. — Cochin : MM. Olivier, Sambron, Livieratos (à titre étranger). — La Pitié : M. Macrez.

Clinique thérapeutique médicale. — La Pitié : M. Ferroir.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Varangot, Adrianopoulos (à titre étranger). — La Salpêtrière : MM. Chigot, Fontaine, Simon, Yovanovitch (à titre étranger). — Saint-Antoine : MM. Rodier, Delinotte. — Cochin : MM. Bréhant, Leuret.

Thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : M. Miallaret.

Cliniques spéciales. — *Ophtalmologie.* — Hôtel-Dieu : MM. Halbron, Voisin.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Bernard, Willot.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : MM. Hurez, Tilitchef (à titre étranger) ; adjointe : Mlle Morel.

Maladies mentales et encéphale. — Asile Sainte-Anne : MM. Nodet, Fortineau, Adnes, Belay.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : MM. Boulle, Brouet.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : MM. Gabriel, Guilly.

Urologie. — Necker : MM. Martin, Malgras, Viala.

Oto-rhino-laryngologie. — Lariboisière : MM. Lemaître (Yves), Coussieu, Salomon.

Clinique cardiologique. — MM. Malinsky, Dugas.

Chefs de laboratoire des cliniques. — *Cliniques médicales.* — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Cachera, May, Moniteurs : MM. Lagarenne, Duhem. — Saint-Antoine : MM. Lesure, Perrault (Marcel), Duchon, Cottet, Mlle David (déléguée).

Clinique chirurgicale. — Hôtel-Dieu : M. Feyel.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : M. Hudelo, chef de laboratoire, M. Kisslevsky, préparateur ; MM. Vatran, Lecrom, moniteurs.

Clinique chirurgicale. — Cochin : MM. Beauvy, Perrot.

Clinique urologique. — Necker : MM. Chabanier, Colombet, Mlle Kogan, M. Truchot.

Clinique chirurgicale. — Salpêtrière : M. Rouché, Mme Delaunez, M. Jahiel (attaché médical). — Saint-Antoine : Mlle Desmonts (chef de laboratoire).

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Pretet, chef de laboratoire ; Mme Laroche, M. Brouet, moniteurs. — Service de la diphtérie : chef de laboratoire : Mme Laffaille ; moniteur : Mlle Landowska.

Clinique neurologique — La Salpêtrière : MM. Bertrand, Lereboullet (Jean), Schmite, Mathieu, Bernou.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : M. Cuel, Mlle Bonnard, MM. Blondel, Lehmann, Dubar, Cuzin, Piot, Rubenovitck, Mme Michon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre, Dechaume (attaché de stomatologie).

Clinique obstétricale. — Baudelocque : MM. Giraud, Sureau, Laporte (attaché médical).

Clinique médicale de thérapeutique. — La Pitié : MM. Doubrow, de Traverse.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : MM. Detrois, Donato (préparateur).

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : MM. Moutier, N..., chefs de laboratoire ; Goiffon (attaché de chimie) ; Dupouy (attaché de radiologie) ; Beloux (attaché médical) ; Valenski (attaché de stomatologie).

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Lariboisière : MM. Ardoin, Rachet, chefs de laboratoire ; Moulin, Szwarc, moniteurs.

Stomatologie. — M. Dechaume, chef de laboratoire.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte. — MM. Letulle, chef de laboratoire ; Ducroquet et Strohl, assistants d'orthopédie.

Pathologie chirurgicale. — M. Wolfrom, Mlle Saint-Cène.

Clinique médicale. — La Pitié : M. Paris, Mlle Gauthier-Villars. — Cochin : MM. Busy, Callais, Thierry, Baudelot.

Clinique cardiologique. — Broussais : MM. Heim de Balsac, Deglaude, Senèque, Jaubert.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. — Enfants-Malades : chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; préparateur : Mme Rémond. — Laboratoire de médecine expérimentale et comparée : moniteur : M. Dermer.

Clinique de la tuberculose. — Laënnec : chefs de laboratoire : MM. Guillaumin, Braun, Delarue.

Clinique gynécologique. — Broca : chef des travaux : M. Palmer ; chef de laboratoire : M. Moricard ; préparateur : Mlle Gothie.

ASSISTANTS. — Sont renouvelés pour un an, dans les fonctions d'*assistant à la Faculté* : M. Callot (Laboratoire de parasitologie) — M. Lewin (Laboratoire de pathologie médicale et générale). — Mlle Bochet (Laboratoire de physiologie). — M. Perrot, chargé des fonctions d'assistant, est maintenu à l'Institut du cancer (Fondation de l'Université).

PRÉPARATEURS. — *Préparateurs temporaires* : Bactériologie : MM. Gallerand, Fabre. — Chimie : MM. Jarrige, Jayle, Mlle Chevallier. — Histologie : Mlles Demay, Champy, M. Leblond. — Parasitologie : MM. Brumpt (Lucien), Farreras, Seyboun (Paul). — Médecine légale : M. Dessoille. — Pathologie expérimentale et comparée : M. Merklen. — Pathologie médicale et générale : M. Azerad. — Pathologie médicale : M. Fauvert. — Pharmacologie : M. Cahen. — Physiologie : MM. Maleyrie, Bargeton. — Physique : MM. Piffault, Djourno.

Préparateurs de cours et conférences : Chimie : Mlle Glaume. — Hygiène et médecine préventive : MM. Lantz, Villaret. — Médecine légale : M. Hausser. — Physique : Mlle Martin Bellet. — Puériculture : Mme Loewe-Lion. — Stomatologie : MM. Lambert, André, Hénat, moniteurs. — Hydrologie et climatologie : M. Charles Debray.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. ABOULKER et J.-C. RUDLER, prosecteurs, commencera le lundi 15 novembre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V^{e}).

PROGRAMME DU COURS. — I. *Chirurgie des plaies des membres* : Plaies cutanées, musculaires et tendineuses. Plaies des vaisseaux : ligatures et sutures artérielles. Plaies des nerfs : suture nerveuse. Plaies articulaires et fractures ouvertes. — Les assistants répéteront : la suture tendineuse, la suture artérielle, la suture nerveuse.

II. *Chirurgie des suppurations des membres* : Panaris, phlegmons de la main. Arthrites suppurées : arthrotomie et résection. Ostéomyélites aiguës. — Les assistants répéteront : L'incision des panaris et phlegmons de la main. Arthrotomie du genou, de la hanche ; résection de la hanche. Un type d'amputations pratiques.

III. *Chirurgie d'urgence des affections de la tête et du cou* : Les traumatismes du crâne : trépanation décompressive pour hématome, opération de Cushing, opération d'Ody. Le traitement chirurgical de l'angine de Ludwig. La trachéotomie. — Les assistants répéteront : la trépanation décompressive pour hématome, la trépanation de Cushing, l'opération d'Ody, la trachéotomie.

IV. *Chirurgie de péritonites aiguës* : Appendicite aiguë, péritonites appendiculaires. Péritonites par perforation des ulcères gastro-duodénaux et de la vésicule biliaire. Pancréatite aiguë. — Les assistants répéteront : l'ablation de l'appendice, la suture d'une perforation gastrique, la cholécystectomie, l'abord du pancréas.

V. *Chirurgie gynécologique d'urgence* : Péritonites d'origine génitale : ablation des annexes, colpotomie postérieure, technique du drainage à la Mickulicz. Traitement de la rupture de grossesse extra-utérine, de la torsion des kystes de l'ovaire. — Les assistants répéteront : l'ablation unilatérale des annexes, l'hystérectomie subtotale, le drainage à la Mickulicz, la colpotomie postérieure.

VI. *Chirurgie des occlusions intestinales* : Anus cæcal, anus iliaque, entérostomie. Résection intestinale et sutures. — Les assistants répéteront : L'anus cæcal, l'anus iliaque, l'entérostomie sur le grêle, la résection et la suture intestinale.

VII. *Chirurgie des hernies étranglées* : Hernies crurale, inguinale, ombilicale. — Les assistants répéteront : la cure des hernies crurale, inguinale, ombilicale.

VIII. *Chirurgie des traumatismes abdominaux* : Plaies et contusions de l'abdomen, suture du foie, splénectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — Les assistants répéteront : la suture du foie, la splénectomie, la thoraco-phréno-laparotomie.

IX. *Chirurgie d'urgence du thorax* : Plaies du cœur. Plaies pleuro-pulmonaires. Hémothorax. Pleurésies purulentes. Péricardites purulentes. Emphysème médiastinal aigu. — Les assistants répéteront : l'abord du cœur, la suture d'une plaie du cœur, la pleurotomie, la péricardotomie par la voie de Larrey.

X. *Chirurgie urinaire d'urgence* : Traitement de la rupture traumatique de l'urètre. La cystostomie. Traitement de l'infiltration d'urine. Traitement de l'anurie par la décapsulation rénale. La pyélostomie. — Les assistants répéteront : la cystostomie, la décapsulation rénale, la néphrostomie.

Clinique des maladies mentales. — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique* (Année : 1937-1938). — 21 novembre 1937, M. LÉVY-VALENSI : Généralités. Examen d'un psychopathe. — 28 novembre, M. BOREL : Hallucinations. — 5 décembre, M. BOREL : Idées délirantes. — 12 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes d'excitation. — 19 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Syndromes de dépression.

9 janvier 1938, M. CEILLIER : Troubles mentaux de l'épilepsie. — 16 janveir, M. BOREL : Syndromes confusionnels (première leçon). — 23 janvier, M. BOREL : Syndromes confusionnels (deuxième leçon). — 30 janvier, M. CODET : Obsessions. Phobies. Impulsions. — 6 février, M. CODET : Perversions. Toxicomanies. — 13 février, M. CÉNAC : Syndromes démentiels (première leçon). — 20 février, M. CÉNAC : Syndromes démentiels (deuxième leçon). — 27 février, M. CÉNAC : Syndromes démentiels (troisième leçon). — 6 mars, M. BARUCK : Psychiatrie infantile. — 13 mars, M. BOREL : Médecine légale psychiatrique (présentation de malades).

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches à 9 heures 1/4, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, (XIVe) à partir du 21 novembre 1937.

A 10 h. 30, leçon clinique de M. le Professeur Henri CLAUDE.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Le Docteur Georges Brouardel, est nommé vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement du Professeur Pouchet, démissionnaire et nommé président honoraire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Auvigne, professeur de physiologie, est nommé professeur de clinique d'urologie (emploi créé).

— M. Gabriel-Pierre Sourdille, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris, ophtalmologiste des hôpitaux

de Nantes, est nommé professeur de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. le Professeur Gilbert Sourdille.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes : MM. Dechavanne Didier, Geay R., Roux, Bardonnet, Lafeuille, Ballivet, Chattot, Bertoye, Perreau, Béraud, Garmier, Francillon, Barrié, Fabre, Riondet, Rebatel, Grenot, Vialaron, Jeanjean, Eyssautier, Hugonnier, Desblez, Savet.

2° Suppléants : MM. Duroux, Carrier, Blondet, Goursolle, Rabaste, Lévy, Pellanda, Gallet Maurice, Longet, Michaud, Peyrache, Mazaré, Angel, Naudin, Marion, Trouiller Michel, Moinecourt, Clert, Mlle Dechavanne, Accassat, Maillet, Servelle, Neyra, Grange, Durand, Mlle Lacaze, Garnier, Boutin, Stagnara.

Faculté de Bordeaux. — Le Professeur Valentin (de Hanovre, Allemagne) viendra les 28 et 29 octobre à Bordeaux, où il prononcera deux conférences : l'une sur « La tuberculose osseuse », l'autre sur « Les malformaitons du rachis ».

Ces conférences auront lieu à l'hôpital des enfants, 168, cours de l'Argonne, service du Professeur Rocher, à 10 heures, les jours indiqués.

Ecole du Service de santé militaire. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1937 (section de médecine).

A. — Candidats à douze inscriptions : Chevallier, Taséi.

B. — Candidats à huit inscriptions : Delahousse, Chaumeix, Guyomarch, Méchali, Rondreux, Boucheron, Hosotte, Bertrando.

C. — Candidats à quatre inscriptions : Horiot, Desprez, Fervel, Huot, Robert, Morer, Prince, Villa, Bloch, Lorcy, Hourtiguet, Canas, Barthélemy, Prat, Ruzié, Porcq, Schott, Pédoussaut, Bouvier, Trouiller, Estragnat, Malaval, Babouat, Le Rumeur, Davin, Sagnier, Reynaud, Gagne, Jarniou, Richard, Guyader, Testu, Blochet, Girard, Gilbert-Devallons, Bourdet, Escolivet, Sélosse, Panis, Jaubert, Charcosset, Frézières, Troupeau, Laquièze, Vidal, Cellier Duthil, Pallas, Barrière, Dechazal, Thobie, Renault, Billon, Faure, Guyard, Collos, Perrot, Baillet, Boithias, Rey, Debois, Durand, Colson, Beaufort, Chauvet, Le Fay, Tihier, Fourment.

D. — Candidats P. C. B. : Tissier, Monnier, Laurent, Granier, Minvieille, Laur, Martin, Carli, Flot, Talent, Barry, Poujade, Carraud, Sifantus, Ronflet, Méar, Nosny, Gueye, Lacombe, Charcosset, Michallet, Pujol, Lacolley, Fontan, Seys, Cuinet, Delord, Strich, Dantoine, Gontier, Comptour, Defrance, Mafart, Rivelon, Galy, Lansiaux, Ponse, Bascoulergue, Richard, Vaichère, Girard, Costevec, Rousset, Couture, Ropars, Bonnomme, Conjeaud, Manginot, Marrec, Martin, Béon, Bénard.

— Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1937 (section de médecine).

1° Candidats à quatre inscriptions : 69. Salou, 70, Lavenant ;
2° Candidats à huit inscriptions : Tardieu (J.-J.).
3° Candidat P. C. B. : 53. Camoulard, 54, Morilleau.

Service de santé. — *Mutations*. — Médecin colonel : Guibert, de l'hôpital militaire Legouest, à Metz, est maintenu et désigné comme médecin-chef.

Médecin commandant : Besnoit, du Val-de-Grâce, à l'hôpital militaire Legouest, à Metz.

Médecins capitaines : Garric, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, affecté au 309e d'artillerie ; Igert, de la Garde républicaine, aux troupes du Maroc ; Adam, du Service de santé de la 8e région, à la Garde républicaine ; Masson, du 309e d'artillerie, à l'infirmerie-hôpital de Modane ; Vanhems, de la base aérienne, Dijon, à la direction du Service de santé de la 8e région, Dijon ; Evrard, du 401e de défense contre aéronefs, au 39e d'artillerie.

Médecins lieutenants : Viennot-Bourgin, des troupes du Maroc au 94e régiment d'infanterie ; Fontalirant, du 121e d'infanterie, au 15e régiment de tirailleurs algériens, ; Bacqué-Mouret, du 15e de tirailleurs algériens, au 70e bataillon alpin de forteresse ;

Guillot, du 70e bataillon alpin de forteresse, aux troupes du Maroc ; Faveret, du 94e d'infanterie, à la base aérienne, Dijon ; Caillard, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, au 401e de défense contre aéronefs.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Docteur Mondain, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord), a été affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le Docteur Hacquard.

M. le Docteur Tarbouriech, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord), est affecté, sur sa demande, au poste de médecin-chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de Privas (Ardèche), en remplacement de M. le Docteur Fargier.

— Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord), est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Docteur Mondain.

Sanatoriums Calmette à Villiers-sur-Marne (Aisne) et sanatoriums Emile Roux à Arnières, près d'Evreux (Eure). — Un concours aura lieu le jeudi matin 2 décembre, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec (service de la Clinique de la tuberculose de M. le Professeur Bezançon), en vue d'établir une liste d'aptitude de trois médecins aux fonctions de médecin des Sanatoriums de la Renaissance sanitaire, valable pour l'année 1938.

Il comprendra une épreuve sur titres et une épreuve clinique comportant pour chaque candidat l'examen de deux malades avec un quart d'heure d'examen, un quart d'heure de réflexion et un quart d'heure d'exposition (résultats de l'examen clinique et radiologique, diagnostic, indications prophylactiques et thérapeutiques).

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec augmentation progressive. A ce traitement s'ajoute le bénéfice des avantages suivants : participation de 5 % du traitement à l'assurance vieillesse, indemnité de charges de famille, logement, éclairage, chauffage et blanchissage pour le médecin et sa famille, possibilité de se procurer des vivres au prix d'achat de l'établissement.

Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au 31 décembre 1937, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés Français, répondre aux conditions exigées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Ecole centrale de Puériculture. — Les cours commenceront le jeudi 18 novembre 1937, à 16 heures, au Comité national de l'enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe).

Ecole homéopathique de Paris (Année 1937-1938). — Les conférences de l'école homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XVe) (Métro Volontaires), à 18 heures, à partir du vendredi 5 novembre.

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit. La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du corps médical les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés, samedi excepté, de 2 heures à 6 h. 1/2.

Médical Yacht Club de France. — La prochaine réunion aura lieu au Cercle interallié, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré à Paris (VIIIe), le dimanche 7 novembre 1937, à midi et demi, sous la forme d'un déjeuner amical.

Les confrères, internes et étudiants français, amateurs de yachting, que le Médical Yacht Club intéresse et qui désirent profiter de ses avantages (réunions périodiques, dossiers de renseignements nautiques en constitution, liste des membres, carte du Club, insignes et pavillons, etc.), trouveront tous les renseignements nécessaires auprès du secrétaire adjoint du M. Y. C. F., Docteur André Soubiran, 177, rue de Courcelles, à Paris (XVIIe), (Etoile 29-54).

BIBLIOGRAPHIE

Divers

Histoire de la Civilisation. III. *La Chine. Le Japon*, par Will DURANT Traduction de Charles Mourey. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec une carte, 36 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. Durant avait, pour l'Egypte et le Proche Orient, arrêté son travail à la conquête gréco-romaine qui mit fin à la culture propre de ces pays pour y substituer la civilisation de l'antiquité classique. Par contre, en ce qui concerne l'Inde, la Chine et le Japon, qui n'ont pas connu cette brusque rupture dans leur passé et dont le génie national n'a jamais cessé d'exercer son action sur l'histoire générale du monde, il a très heureusement conduit son exposé jusqu'aux événements les plus récents.

C'est anisi que ce tome III expose les rapports entre l'Europe et l'Extrême-Orient, de même que le récit de la Révolution chinoise et l'exposé des motifs qui ont tout dernièrement poussé le Japon à étendre sa domination jusqu'à la Mandchourie et à la Chine du Nord. Aucun livre ne peut, sous une forme aussi réduite, être, pour le lecteur français, un guide meilleur pour l'aider à comprendre ces problèmes de l'Extrême-Orient et du Pacifique de la solution desquels dépendra peut-être, pour de longs siècles, le sort de l'humanité.

Les événements d'Extrême-Orient donnent à tout l'ouvrage un intérêt particulier d'actualité puisque le lecteur y trouvera, expliquées par un historien de génie, les origines historiques du conflit sino-japonais, l'histoire conduite jusqu'à ce jour de la civilisation des deux grands peuples qui se disputent la domination de l'Extrême-Orient.

« S'il s'était trouvé que les vérités géométriques puissent gêner les hommes, il y a longtemps qu'on les aurait trouvées fausses. »

(STUART-MILL. — Cité par M. Auguste Lumière *in* : Les horizons de la médecine. Un vol., édit. Albin Michel, 1937.)

« Les populations qui ne subissent pas de lois d'assurance obligatoire ou qui n'en jouissent pas, si vous le préférez, présentent une santé et une longévité meilleures que les autres. »

(Ph DALLY. — Résultats statistiques de l'Assurance-maladie. *La Presse médicale*, 16 décembre 1936.)

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques notions pratiques sur la tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires [1]

Par le Dr BONAFÉ (d'Hauteville)

Les hautes qualités des auditeurs, devant lesquels j'ai l'honneur de parler, réclament du modeste praticien phtisiologue que je suis, un effort pour élever mon exposé au-dessus de la banalité ordinaire des connaissances médicales classiques sur cette complication redoutable que constitue la tuberculisation du tube digestif, au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Retenir l'attention d'un auditoire, distingué entre tous, sur un pareil sujet, aurait semblé jusqu'à ces dernières années une tâche impossible, tant était grand le pessimisme général, qui faisait de cette localisation tuberculeuse le complément, fréquent et presque obligé des phases terminales de l'évolution de la phtisie pulmonaire. Des études très remarquables avaient bien fait connaître les formes chirurgicales et curables de la tuberculose intestinale. Les sténoses du grêle décrites dès 1831 par Corbin, puis par Spillmann, Girode, Darier, Hartmann et Pillet, avaient donné lieu après Kœberlé à de brillantes interventions chirurgicales et aux études très poussées de König, Hofmeister, Bérard et Patel.

Les formes hypertrophiques du gros intestin, connues depuis le travail d'Hartmann et Pillet en 1891, avaient été étudiées par Czerny, Billroth, Dieulafoy, enfin par Bérard et Patel, elles aussi pouvaient guérir après résections opératoires. Mais la tuberculose ulcéreuse banale, dite médicale par opposition, restait la lamentable découverte des autopsies des phtisiques, la complication terminale, la maladie incurable que mentionnent la plupart des livres classiques.

Il a fallu, et cela il faut bien le dire, arriver à l'essor actuel de la phtisiologie, à la mise en application des méthodes modernes de traitement de la tuberculose pulmonaire, depuis la cure hygiéno-diététique de Brehmer jusqu'à la collapsothérapie et la chimiothérapie, pour modifier profondément le pronostic de la tuberculose en général et par voie de conséquence, celui de la tuberculose intestinale.

Depuis que les malades, atteints de tuberculose pulmonaire, sont soignés plus précocement et plus efficacement, depuis que la cure sanatoriale est plus généralement pratiquée, depuis que les tuberculeux ne sont plus des malades abandonnés à leur évolution progressive dans les antiques salles des établissements hospitaliers, depuis que leur sort intéresse un nombre toujours croissant de médecins spécialisés, l'aspect général de la maladie et des malades s'est modifié profondément. Il est apparu à nombre d'observateurs attentifs et notamment aux médecins de sanatorium, qu'à côté des formes terminales de la bacillose intestinale, qui ont conservé toute leur gravité, il existait de nombreuses formes bénignes, atténuées ou reconnues dès leur phase initiale, susceptibles d'être traitées avec quelque efficacité et même de guérir.

A mesure que s'affirmaient les résultats favorables des nouveaux traitements de la tuberculose pulmonaire, les complications intestinales étaient plus souvent évitées, leur diagnostic était fait plus précocement et partant plus utilement, leur traitement était même méthodiquement entrepris. Sous l'impulsion de médecins de sanatoriums, Jaquerod et Burnand en Suisse, Lawrason et Omer L. Sampson aux Etats-Unis d'Amérique, des précisions nouvelles étaient apportées sur l'évolution et le traitement des lésions intestinales. Sans parler de la thérapeutique médicale, de nombreuses opérations étaient pratiquées après laparotomie sur des tuberculeux pulmonaires atteints de localisation entéro-colique : on pouvait ainsi saisir les divers aspects de la maladie au cours même de son développement au lieu de n'en voir que les aspects nécropsiques.

Une modification profonde se faisait dans les idées du monde médical, en même temps que les progrès de la radiologie fournissaient une méthode d'examen particulièrement féconde en résultats. Avec un retard de plusieurs dizaines d'années, nos connaissances sur la tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires suivaient les progrès réalisés en phtisiologie. Les difficultés de l'étude des manifestations digestives en général font qu'un retard considérable de l'intestin sur le poumon subsiste toujours, mais il apparaît maintenant aux yeux de tous que la lutte contre la complication intestinale n'a aucune raison de rester vaine et inutile alors que nos méthodes contemporaines de traitement des localisations pulmonaires donnent de si brillantes réalisations.

Placer sous le signe du dynamisme et rendre pratique l'étude de la tuberculose intestinale est maintenant pour les phtisiologues un devoir et une possibilité. Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité de la complication intestinale qui menace si fréquemment l'avenir des tuberculeux pulmonaires. Il importe de la dépister en temps utile, de la traiter et de chercher à la guérir par tous les moyens dont nous pouvons disposer.

Le temps limité qui m'est dévolu, va limiter mon exposé à quelques points, essentiels à mon avis, qu'il importe de préciser clairement de façon à en faire une base de départ pour de nouvelles recherches et pour de futures découvertes.

Elevé à l'école anatomo-pathologique française, je commencerai par l'énoncé de quelques notions anatomiques fondamentales, maintenant bien acquises, alors que dans ce domaine tout paraissait avoir été dit, la physiologie pathologique venant apporter son appui précieux à cette étude, qui semblait ne pouvoir plus intéresser personne. Je continuerai par un exposé de faits cliniques particulièrement utiles, parce qu'ils faciliteront le diagnostic précoce qui est notre but le plus impérieux. Je terminerai enfin par l'énoncé de nos possibilités thérapeutiques modernes.

Anatomie pathologique

En matière de tuberculose intestinale, c'est le chapitre de l'anatomo-pathologique qui est sans doute le mieux connu et qui a été le plus étudié. Ce sont les autopsies des phtisiques qui ont permis les descriptions classiques, que je ne veux pas reproduire ici. Les constatations faites au cours des interventions chirurgicales ces dernières années et de nouvelles recherches anatomiques ont permis, en même temps que progressaient nos connaissances en physiologie pathologique, de mettre en relief deux points essentiels que je me contenterai de vous exposer, c'est :

« D'une part la distinction à faire entre la tuberculose de l'intestin grêle et celle du gros intestin, entre l'entérite et la colite tuberculeuse au point de vue de l'aspect des lésions et surtout en ce qui concerne leur mode de production,

« D'autre part l'existence maintenant indiscutable et vérifiée opératoirement de tuberculoses inflammatoires, caractérisée par l'absence d'altérations spécifiques et par des manifestations cliniques souvent très graves. Nous insisterons surtout sur ce deuxième point, dont l'importance pratique est considérable.

Si nous mettons à part la granulie aux altérations anatomiques polymorphes et de diffusion extrême, qui est une maladie aiguë généralisée, il faut distinguer, au niveau du tractus intestinal, comme au niveau du poumon, deux processus essentiels de tuberculisation. J'attache une importance capitale à leur distinction, qui n'exclue pas leur coexistence possible sur le même sujet, mais qui permet d'avoir une idée plus nette des lésions de la tuberculose intestinale, le plus souvent décrites d'une façon un peu confuse.

Ces processus fondamentaux sont :

D'une part, la formation de tubercules, néo-formations anatomiques limitées et bien individualisées, d'une grosseur comparable à celle d'une tête d'épingle en verre ou à celle d'un pois, visibles à l'œil nu.

D'autre part, l'infiltration tuberculeuse massive analogue à celle de la pneumonie caséeuse, qui peut affecter la muqueuse intestinale sur une étendue variable sans limitation nette. Ce qui est intéressant à signaler, c'est que la formation de tubercules est le mode de tuberculisation de l'intestin grêle, la base de l'entérite bacillaire, alors que l'infiltration caséeuse massive se produit électivement dans le gros intestin, le plus souvent au niveau du cæcum et du côlon ascendant, constituant le substratum anatomique de la tuberculose colique, de la colite tuberculeuse. L'entérite est donc très différente de la colite et je veux insister sur les conséquences pratiques de cette discrimination d'une importance capitale.

(1) Conférence faite au Congrès des médecins phtisiologues tchécoslovaques à Stary-Smokovec (Hautes-Tatras), le 27 juin 1937.

A) Dans l'intestin grêle, les tubercules se développent dans les follicules lymphatiques appelés follicules clos. Ces follicules sont soit isolés, soit groupés en amas, les plus connus de ces amas constituant les plaques de Peyer qui s'échelonnent régulièrement sur le bord libre de l'intestin grêle, du côté opposé à l'insertion mésentérique, à partir de la valvule iléo-cæcale, au nombre de 25 à 30, espacées les unes des autres de quelques centimètres. Dans ces plaques de Peyer constituées par un amas de follicules clos les tubercules se développent dans chacun de ces follicules lymphatiques, constituant des amas qui s'échelonnent de la même façon. L'entérite tuberculeuse est donc conditionnée par ces néo-formations groupées en amas, séparées par des intervalles de muqueuse saine et échelonnées d'une façon régulière sur le bord libre de l'intestin. Ces groupements de tubercules ont une forme elliptique tantôt parallèle au grand axe de l'intestin, tantôt perpendiculaire à ce grand axe constituant dans ce dernier cas, des formations annulaires en général incomplètes. L'intérêt de cet aspect lésionnel réside dans ce fait que ces amas de tubercules confluents, disposés régulièrement sur le bord libre du grêle, à l'exclusion de toute autre altération pariétale, font à travers la tunique musculaire, sous le péritoine, une saillie, sous la forme d'éminences granuleuses, que l'on peut voir à l'œil nu après laparotomie et aussi percevoir à la palpation. Les tubercules restent individualisés et parfaitement visibles sous le péritoine à peine modifié alors que, par leur face interne, ils s'ulcèrent et confluent, déversant leur contenu caséeux dans la lumière intestinale. Chacun de ces amas, visibles et sensibles au palper, correspond à une ulcération muqueuse à bords décollés, à fond grisâtre, présentant les caractères bien connus de l'ulcération intestinale tuberculeuse du grêle. Ces ulcérations sont le plus souvent assez régulièreemnt disposées sur le bord libre du grêle à partir de la valvule iléo-cæcale remontant vers le jéjunum. Leur nombre est variable, 10, 20, 30 parfois. Leur orientation est celle de l'amas de tubercules, qui leur a donné naissance : ulcérations longitudinales, ulcérations transversales plus ou moins annulaires. Ce sont les laparotomies exploratrices qui ont fait connaître surtout cet aspect chirurgical, particulièrement intéressant pour le diagnostic opératoire. J'ajouterai de suite que les sténoses de l'intestin grêle présentent très souvent la même disposition échelonnée et la même localisation iléale ; les lésions tuberculeuses du grêle, qu'elles soient ulcéreuses ou sténosantes sont échelonnées régulièrement et séparées par des intervalles de paroi saine. Elles peuvent correspondre aux plaques de Payer mais aussi se développer en dehors d'elles, avec toujours le même aspect étagé. Il est superflu d'insister sur l'intérêt que présente la connaissance de cette disposition anatomique.

B) Dans le gros intestin, au contraire, la tuberculose donne des altérations très différentes : elle se développe sous la forme de l'infiltration caséeuse massive, qui atteint la muqueuse en profondeur et en surface, sur une étendue variable, qui peue être égale à la totalité d'un segment colique. Leur caractèrt principal est la possibilité d'extension en surface et leur irrée gularité constante. Alors que les ulcérations étagées du grêlne donnent lieu à aucune réaction inflammatoire de voisinage dans la paroi intestinale, l'infiltration caséeuse massive de le muqueuse colique donne presque toujours une réaction inflammatoire pariétale interstitielle scléro-lipomateuse. Tous les degrépeuvent s'observer : ulcérations muqueuses étendues aves réaction scléro-lipomateuse minime jusqu'aux ulcérations presc que insignifiantes accompagnées d'une énorme réaction scléro-lipomateuse. Leur degré le plus accusé est la tuberculose hypertrophique cæco-colique bien connue, dite chirurgicale.

Par suite de cette disposition anatomique, les ulcérations du gros intestin ne peuvent pas en général être reconnues par l'examen de la face péritonéale du côlon. Le chirurgien se rendra compte seulement de l'infiltration des parois coliques, constante en pareil cas et de son étendue : rien ne rendra compte de l'état de la muqueuse, ce qui peut créer des difficultés au cours des laparotomies exploratrices.

L'étude de ces réactions intertitielles inflammatoires des parois coliques m'amène à parler maintenant des altérations inflammatoires de la tuberculose intestinale, auxquelles il faut désormais faire une place importante, en laissant de côté toute considération théorique. Les formes hypertrophiques du cæcum en sont un exemple typique, les formes sténosantes de l'intestin grêle, longtemps considérées comme une forme de cicatrisation des ulcérations de l'entérite tuberculeuse, ne sont plus envisagées actuellement que comme le résultat d'un processus inflammatoire autonome scléreux infiltrant et interstitiel, les lésions de la muqueuse étant inexistantes ou secondaires. Mais on observe aussi fréquemment des formes inflammatoires pures, que les interventions chirurgicales ont permis de saisir sur le vivant, au cours même de leur évolution. Elles ne sont pas une conception théorique, elles ont maintenant leur vérification anatomique. Elles sont caractérisées par l'existence des éléments fondamentaux de l'inflammation aiguë ou subaiguë sur une partie plus ou moins étendue d'un segment intestinal aussi bien sur le grêle que sur le côlon. Cette inflammation intéresse le plus souvent toutes les tuniques de la paroi intestinale et leur donne un aspect tuméfié, étoffé sur une longueur variant de quelques centimètres à 30 ou 40 centimètres, une couleur rouge, dite fleur de pêcher selon l'expression de Roux de Lausanne et tranchant nettement sur l'aspect du reste de l'intestin.

On voit aussi le segment enflammé se rétracter par des phénomènes spasmodiques qui traduisent la souffrance de l'intestin à ce niveau. Ce spasme donne souvent un aspect radiologique très caractéristique. Le sujet accuse des douleurs vives localisées, il a de la fièvre et cette inflammation aiguë affectant la muqueuse comme toutes les tuniques intestinales donne en général de la diarrhée et parfois, lorsque les phénomènes fluxionnaires sont très intenses, de grosses hémorragies intestinales, par suffusion à travers la muqueuse, sans qu'il y ait ulcération. Il est facile de se rendre compte que les ulcérations intestinales ne saignent qu'exceptionnellement en dehors des phases terminales de la maladie, les hémorragies intestinales précoces et souvent solitaires des tuberculeux pulmonaires sont la conséquence de l'inflammation aiguë fluxionnaire. On connaît leur abondance et leur caractère cataclysmique. L'ulcération typique de la muqueuse ne donne pas d'hémorragies, la tuberculose aiguë fluxionnaire en donne d'abondantes qui peuvent dans certains cas, par la décongestion qu'elles provoquent brutalement amener la guérison de ces processus inflammatoires. Cette circonstance explique l'absence de suites pathologiques habituellement constatée après ces grandes hémorragies intestinales des tuberculeux.

Ce chapitre entièrement nouveau de la tuberculose inflammatoire de l'intestin, découlant des conceptions françaises de Landouzy, de Poncet et de Leriche, nous amène à la connaissance d'altérations bacillaires entéro-coliques, constituées par une inflammation aiguë ou subaiguë ayant tous ses caractères habituels : tumor, rubor, dolor, calor, avec absence complète d'éléments histologiques spécifiques. Le principal intérêt de cette notion moderne est que ces tuberculoses inflammatoires peuvent guérir sans laisser de traces, alors que le syndrome clinique qui les a accompagnées a été parfois très grave et fort inquiétant. J'ai montré qu'on les voit guérir parfois après une simple laparotomie exploratrice, comme guérit la tuberculose péritonéale, depuis l'erreur célèbre de Spencer Wells, en 1860.

Si la tuberculose inflammatoire pure peut guérir, on connaissait mal jusqu'à ces dernières années les possibilités de guérison des autres formes de la tuberculose intestinale et l'on ne concevait guère qu'une évolution lésionnelle toujours progressive et fatale. Ceci résultait du pessimisme général vis-à-vis d'une complication qui n'était connue que par les autopsies des phtisiques. Aujourd'hui les très beaux travaux américains de Gardner et les études des grands phtisiologues Lawrason Brown et Omer L. Sampson du sanatorium Trudeau des Etats-Unis d'Amérique ont montré que les lésions ulcéreuses de l'entérite et de la colite tuberculeuses pouvaient se cicatriser, non pas par un mécanisme de cicatrisation fibreuse plus ou moins sténosante comme on le croyait autrefois, mais bien par un véritable processus de régénération histologique de la muqueuse. Par de minutieuses recherches histologiques, Gardner a démontré que sur les surfaces ulcérées de la muqueuse intestinale, l'épithélium pouvait se développer à partir des bords et en recouvrir toute l'étendue, reconstituant une muqueuse à peu près normale avec des glandes de néo-formation. Cette guérison par régénération histologique prouvée d'une façon indiscutable, n'est-elle pas susceptible de nous donner de grands espoirs ? Si la guérison anatomique des ulcérations est possible, à nous de rechercher les moyens les plus propres à la réaliser : médication appropriée, régime favorable, conditions générales à développer dans l'organisme. En tout cas, la vieille notion d'incurabilité absolue semble bien maintenant périmée.

Il est incontestable par ailleurs que sous des influences diverses, parfois purement médicales, parfois aussi après de simples laparotomies des altérations inflammatoires, non plus pures comme celles que nous avons déjà étudiées mais infiltrantes chroniques avec hypertrophie ou sténose peuvent subir un processus de résolution complète, de guérison anatomique par disparition progressive des infiltrations pathologiques. Ces faits totalement ignorés il y a peu de temps, sont prouvés par des observations particulièrement intéressantes, recueillies ces dernières années. Que des ulcérations intestinales tuberculeuses puissent guérir par régénération histologique et non par une

cicatrisation fibreuse génératrice de nouveau troubles par rétraction et sténose, que cette guérison par *restitutio ad integrum* de la muqueuse puisse être réalisée, que des altérations inflammatoires simples ou sténosantes ou hypertrophiques puissent se résoudre plus ou moins complètement, qu'en un mot toutes les formes anatomiques de la tuberculose intestinale puissent guérir et guérir entièrement, ces faits ne sont plus contestables et ils ouvrent la porte d'une ère nouvelle, qui est celle de la curabilité de la tuberculose intestinale et que tous nos efforts doivent tendre à réaliser pratiquement.

Notions cliniques d'acquisition récente

Mais si de tels résultats peuvent et doivent être obtenus, il est certain, qu'ils le seront d'autant plus facilement que les désordres anatomiques seront moins grands et que le diagnostic de la complication intestinale tuberculeuse aura été fait de façon plus précoce. Le dépistage rapide de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire, est le problème le plus intéressant qui puisse s'offrir à la sagacité des phtisiologues. Ce sujet est loin d'être épuisé et toutes les manifestations de début de la tuberculisation entéro-colique sont loin d'être généralement connues.

Il suffit d'observer quotidiennement les tuberculeux pulmonaires et de vivre avec eux pour se rendre compte de la richesse de leur pathologie digestive. Chaque jour le phtisiologue est consulté pour des troubles digestifs de gravité variable et de symptomatologie très variée. Sans vouloir considérer que tous ces troubles sont de nature tuberculeuse, ce qui serait une exagération certaine, il est raisonnable de penser que beaucoup masquent ou révèlent une localisation tuberculeuse plus ou moins grave ou plus ou moins bénigne.

L'étude des entérites et des colites de nature banale, qui se manifestent chez les tuberculeux pulmonaires, et qui sont de causes diverses, fonctionnelles, inflammatoires, parasitaires ou microbiennes, ne doit pas être poussée exagérément. Elle tendrait à donner aux phtisiologues une fausse sécurité. Il ne faut pas s'attacher à établir, par commisération pour le malade, un diagnostic de trouble banal, alors que le diagnostic de tuberculose intestinale ne doit plus être particulièrement redouté, puisque la maladie peut être traitée efficacement. Ce n'est plus la condamnation à mort des temps anciens. Il importe donc de toujours penser en toute occasion, à la possibilité de la tuberculisation de l'intestin, c'est là la seule conduite logique.

Les troubles fonctionnels digestifs et les inflammations banales de l'intestin peuvent se voir chez les tuberculeux pulmonaires comme chez tout individu. Ce que nous avons dit des formes inflammatoires pures sans altérations histologiques spécifiques et sans autres modifications anatomiques que celles qui sont dues à une inflammation aiguë ou subaiguë, paraît introduire une certaine confusion. On ne peut en effet considérer que toute inflammation intestinale, survenant chez un tuberculeux pulmonaire, puisse être obligatoirement de nature tuberculeuse. Mais exagérer le domaine de ces inflammations banales pour méconnaître leur nature tuberculeuse fréquente est pour moi un danger bien plus redoutable. Il faut reconnaître que la notion de tuberculose inflammatoire introduit une liaison entre les inflammations banales et la tuberculose intestinale proprement dite, et que le domaine de cette dernière doit être étendue à la plupart des phénomènes inflammatoires de quelque durée, de quelque intensité et de quelque gravité. Il faut limiter les manifestations non tuberculeuses aux troubles fonctionnels, aux petites inflammations passagères, aux parasitoses et aux infections microbiennes caractérisées. Tout le reste appartient à la tuberculose intestinale. La question qui se pose logiquement et qui est de savoir où commence exactement la tuberculose intestinale, quelle est la limite de son domaine anatomo-clinique, est impossible à résoudre actuellement. Il faut nous accoutumer à une certaine imprécision : qu'importe, si nous évitons toute faute susceptible de nuire au malade et si nous faisons en temps utile tout ce qui est nécessaire à son traitement.

Cliniquement, une seule et unique conduite nous paraît indispensable et logique : le phtisiologue doit toujours soupçonner et par conséquent rechercher la tuberculose intestinale, en présence de toute manifestation digestive pathologique, qu'elle soit gastrique, hépatique, glandulaire ou proprement intestinale, survenant chez un tuberculeux pulmonaire. Une notion capitale est maintenant établie de façon irréfutable pour tous ceux qui ont une pratique suffisamment longue, c'est que la tuberculose intestinale ne donne le plus souvent aucun signe caractéristique ou pathognomonique : sans parler de ses formes latentes qui ne fournissent aucun symptôme digestif, elle peut prendre à son début l'aspect larvé, le masque de troubles digestifs très divers, qu'un médecin non averti considérait comme étant d'une extrême banalité.

La tuberculose intestinale latente est connue depuis longtemps, de nombreuses observations anatomo-cliniques complètes ont montré la possibilité de l'existence d'une tuberculose caractérisée ulcéreuse parfois étendue, vérifiée par l'autopsie, alors que le malade n'avait présenté pendant sa vie aucun trouble digestif. A la réflexion, cette latence ne peut nous étonner, puisque les ulcérations tuberculeuses sont essentiellement torpides, pouvant ne donner lieu à aucune hémorragie, ni à aucune inflammation de voisinage. La longueur de cette latence peut être variable, elle peut égaler celle de l'évolution entière de la maladie. Ce sont alors des symptômes indirects qui attirent l'attention : l'amaigrissement et la fièvre, survenant chez un tuberculeux sont les lésions pulmonaires stabilisées ou non évolutives ne peuvent expliquer ces manifestations générales. Nous verrons l'importance de l'étude radiologique dans ces formes sans symptomatologie clinique.

En dehors de ces formes latentes, particulièrement utiles à connaître dans la pratique, il est permis actuellement d'affirmer que les manifestations de début de la tuberculose intestinale sont essentiellement polymorphes et sans caractère distinctif en général. On voit couramment la bacillose entéro-colique la plus authentique masquée pendant de longs mois par une dyspepsie gastrique d'aspect très ordinaire ou par des phénomènes hépatiques trompeurs. On la voit produire des troubles douloureux très divers, douleurs pseudo-appendiculaires, douleurs colitiques, troubles dysentériques, douleurs diffuses pseudo-péritonéales, phénomènes subocclusifs réalisant un syndrome de König souvent à peine marqué au début. Elle peut commencer aussi par une légère diarrhée ou des selles molles qui attirent à peine l'attention, elle peut aussi prendre le masque d'un syndrome de fermentations de Schmidt caractérisé nettement par l'étude coprologique. Dans certains cas, le début est aigu, faisant penser à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse, à une entérite saisonnière, à une gastro-entérite banale. Une purgation intempestive, un traitement aurique peuvent révéler une tuberculose intestinale latente. Elle peut se manifester aussi à l'occasion de troubles causés par une suralimentation illogique, elle peut compliquer une amibiase chronique ou une parasitose caractérisée. Mais toute énumération de ce genre est incomplète, la tuberculose intestinale commence de toutes les manières et tout trouble digestif de quelque importance pose le problème de son diagnosite.

Que faire en présence d'une symptomatologie de début aussi complexe, aussi peu caractéristique, aussi prodigieusement variée ? Le diagnostic de la bacillose entéro-colique à son début est un des plus difficiles de toute la pathologie médicale. En l'absence habituelle de signes précis, pathognomoniques, il ne peut être établi que sur un ensemble de constatations et il exige une observation attentive et prolongée. Il est matériellement impossible (le plus souvent) de le poser après un examen unique, il impose la recherche d'une série de symptômes, qui ne valent que par leur association.

Dans la plupart des cas, la constatation d'un amaigrissement progressif est un élément important du diagnostic. La courbe pondérale est plus significative en matière de tuberculose intestinale que la courbe thermique. Mais celle-ci peut être aussi influencée, une fièvre irrégulière non expliquée par des phénomènes pulmonaires évolutifs ou par une autre localisation tuberculeuse doit toujours attirer l'attention sur l'intestin. En un mot, chez un tuberculeux pulmonaire dont l'état respiratoire est satisfaisant, l'amaigrissement et la fièvre sont des signes avertisseurs de tout premier ordre, mais ils ne peuvent suffire à l'établissement d'un diagnostic.

Par contre un symptôme indirect à toujours une très grande valeur, c'est l'échec du traitement symptomatique dirigé contre toute manifestation digestive survenant chez un tuberculeux. Pour être vraiment probante, cette épreuve thérapeutique doit être logique et s'appuyer sur une observation attentive et sur un examen, dont l'importance a été souvent méconnue, dans tous les cas où existent des anomalies des selles, je veux parler de l'examen coprologique qui s'impose généralement. Cet examen peut donner des résultats très intéressants lorsqu'on constate par exemple, la présence d'abondants bacilles de Koch dans les selles d'un tuberculeux pulmonaire qui n'a aucune expectoration, ou bien encore la présence d'albumine soluble dans les matières fécales par la réaction de collage au sublimé de Triboulet, ce signe étant révélateur de l'existence d'ulcérations de la muqueuse intestinale. Mais on ne peut compter absolument sur ces phénomènes, dont l'absence fréquente ne signifie rien. Il faut demander surtout à la coprologie d'une part, de nous faire connaître l'alcalinité ou l'acidité des selles, l'existence

de phénomènes de fermentations ou de putréfactions, l'existence d'une parasitose, d'autre part de nous renseigner exactement sur les actes digestifs en nous révélant la manière dont peuvent être digérées les trois catégories principales de substances alimentaires, les amidons et les sucres, les viandes et les matières albuminoïdes, enfin les graisses.

Cette étude coprologique peut dans beaucoup de cas, rendre possible l'établissement d'une thérapeutique médicamenteuse simple et logique et celle d'un régime alimentaire approprié à chaque cas. Des examens répétés permettront de suivre les progrès obtenus et de modifier le traitement en conséquence. Il aura aussi le mérite de mettre en évidence certains syndromes coprologiques connus dont le syndrome moteur par hyperpéristaltisme et évacuation prématurée du contenu cæcal, le syndrome de putréfactions, le syndrome des insuffisances digestives gastrique pancréatique, hépatique ou intestinale, le syndrome typique des fermentations de Schmidt sont les plus connus. Mais nous insisterons sur ce fait, que quelle que soit la netteté du syndrome observé, s'il ne cède pas à une thérapeutique logique il en résultera une très grande suspicion de tuberculose intestinale. La coprologie viendra étayer la valeur de cette épreuve du traitement symptomatique, que tout médecin fait plus ou moins consciemment ; mais nous répétons que la thérapeutique doit être rationnelle et qu'elle ne doit pas être prescrite au hasard. Cette épreuve du traitement symptomatique aura par son succès ou son échec la plus grande valeur diagnostique.

Dans tous les cas, bien entendu, le temps nécessaire à ces épreuves sera utilisé pour la mise en œuvre d'une exploration radiologique complète du tube digestif, susceptible de nous donner les plus précieux renseignements. Je ne puis ici traiter cette question dans son ensemble, de nombreux travaux ont permis, ces dernières années, un essai de mise au point de cette méthode intéressantes entre toutes. Les noms de Béclère, Helimer, Brown, et Sampson, Archibald, Stierlin, Kienbock, Maingot et Sarasin sont attachés à ces études d'un intéret capital. Les signes de l'hyperpéristaltisme localisé à un segment de l'intestin, de la stase iléale, du défaut de remplissage normal, auquel Stierlin a donné son nom, le signe de la rétention gastrique réflexe ont permis même d'établir un syndrome radiologique de la tuberculose iléo-cæcale, localisation la plus fréquemment observée. Quand vers la septième heure, après l'ingestion de bouillie opaque, on observe simultanément la rétention gastrique, la stase iléale et le défaut de remplissage du c co ascendant, on se trouve en présence d'un aspect radiologique très typique, qui peut permettre un diagnostic ferme, lorsque les signes cliniques sont concordants. Mais très souvent le syndrome observé est moins net et il a surtout pour résultat de localiser la souffrance de l'intestin sur un segment intestinal, facilement repérable. Il ne donne jamais ou presque jamais le moyen de faire un diagnostic anatomique, ni un diagnostic d'extension. C'est pourquoi de nombreux radiologistes se sont attachés, avec des succès divers a essayer d'obtenir par la méthode d'imprégnation opaque de la muqueuse dite aussi méthode d'examen en couche mince, des images directes des ulcérations intestinales. Malgré tous leurs efforts, on ne peut encore compter mettre en évidence une ulcération intestinale aussi facilement qu'une ulcération pulmonaire. Mais leurs recherches sont intéressantes et ouvrent la voie de l'avenir. Quelle que soit l'importance des résultats obtenus il faut dire que la radiologie, en matière intestinale, peut nous montrer souvent des anomalies, qui attirent notre attention sur telle ou telle partie de l'intestin, elle nous permet un diagnostic de localisation, mais bien rarement un diagnostic anatomique lésionnel qui serait de la plus grande importance. Depuis le simple spasme localisé, jusqu'au défaut de remplissage de Stierlin, jusqu'aux images si caractérisitques des sténoses intestinales, s'échelonnent en importance de nombreux signes radiologiques dont aucun encore n'est pathognominique. Mais leur confrontation avec les autres symptômes cliniques ou coprologiques constatés permet très souvent sinon une certitude, du moins une suspicion très grande de tuberculisation intestinale.

Le diagnostic de la tuberculose intestinale ne peut encore être uniquement radiologique, il faut bien le dire, mais toutes les recherches destinées à perfectionner nos techniques offrent le plus grand intérêt et nous souhaitons vivement que la radiologie de la tuberculose intestinale puisse à l'avenir permettre des diagnostics aussi sûrs, que ceux auxquels l'étude radiologique de la tuberculose pulmonaire nous a, depuis longtemps déjà, habitués.

Pour le moment le diagnostic précoce de la tuberculose intestinale peut bénéficier de toutes les notions que nous venons d'exposer, il ne peut être que le résultat d'une étude méthodique dans laquelle aucun moyen d'information ne sera négligé. S'il peut être fait très vite, avant l'apparition des symptômes évidents de la tuberculose intestinale confirmée, on rendra au malade le plus grand et le plus utile service.

Le traitement médical et chirurgical

Aucun traitement ne peut être plus efficace que le traitement précoce, établi d'une façon rationnelle, sans attendre les signes de la période avancée de l'évolution de la maladie. Ce serait en effet le vouer à l'échec certain, que tous les auteurs classiques anciens ont enregistré. Les processus de guérison, que nous avons étudiés précédemment, ne peuvent se réaliser, que si le traitement est commencé en temps utile, avant toute cachexie et que s'il est conduit avec suffisamment d'énergie et de méthodes. Il faut réagir définitivement contre l'opinion ancienne de l'inutilité de toute thérapeutique médicale et notre devoir actuel est de mettre en œuvre tous les moyens de traitement dont nous pouvons disposer. Nous n'avons pas le droit de négliger ni le traitement médical, ni le traitement chirurgical, quand il est indiqué. Devant une évolution menaçante dont l'enjeu est la vie même du tuberculeux pulmonaire, atteint d'une localisation intestinale, il faut agir très rapidement et ne commettre aucune faute, ni aucune négligence.

Ce traitement médical, méprisé autrefois et réduit à quelques médicaments de désespoir comme l'opium à doses progressives, nous offre des ressources très importantes, que nous devons bien connaître. Il sera forcément le premier en date, celui qu'il faut instituer immédiatement.

J'ai parlé déjà du traitement symptomatique des manifestations cliniques du début de la tuberculose intestinale. Il doit toujours être institué, dès l'apparition du moindre trouble digestif chez un tuberculeux pulmonaire avant même de savoir si l'on se trouve en présence d'un trouble banal ou d'une localisation tuberculeuse authentique. Toute discussion théorique doit être écartée et une seule chose importe : le rétablissement aussi rapide que possible des fonctions digestives, permettant une nutrition et une assimilation suffisantes. Le critérium le plus habituel est le maintien de l'équilibre pondéral et la reprise de poids. En dehors de cette reprise, tout résultat est douteux et suspect d'insuffisance, l'augmentation du poids est la mesure de l'efficacité de tout traitement. Rien ne saurait remplacer les indications d'une courbe pondérale régulièrement établie et tenue à jour.

La première indication du traitement médical de tout trouble intestinal, plus ou moins suspect survenant chez un tuberculeux pulmonaire est le renforcement de la cure hygiénique. La mise au repos complet au lit s'impose le plus souvent. Une aération suffisante dans un climat approprié est une nécessité absolue. Tout ce qui peut concourir à renforcer la résistance générale du sujet doit être utilisé. De plus l'installation dans un sanatorium spécialisé ou dans une maison de régime, sous la surveillance d'un spécialiste averti, est souvent une condition nécessaire à l'établissement d'un traitement médical logique. Il faut pouvoir facilement faire les analyses coprologiques nécessaires, l'exploration radiologique utile et les épreuves de traitement logique. Il faut aussi pouvoir disposer d'une cuisine diététique, à base scientifique. Si toutes ces conditions peuvent être réalisées, l'état moral du malade, le plus souvent déprimé par l'installation des désordres digestifs et par l'amaigrissement, se trouvera influencé d'une façon particulièrement favorable et utile au traitement.

De suite on établira un régime alimentaire aussi rationnel que possible et étroitement surveillé, mais on ne saurait obtenir des résultats avec un régime omnibus, arbitrairement établi. Il faudra toujours se baser sur les données de l'examen coprologique et éviter les régimes de famine, les régimes carencés, dont l'effet serait particulièrement néfaste chez un tuberculeux. Aucune suppression alimentaire ne devra être prononcée sans raison valable et la ration alimentaire devra, autant que possible être suffisante, comportant le plus de variété possible et les vitamines indispensables. On évitera la suppression brutale de catégories entières d'aliments pendant un temps trop prolongé et on visera surtout à la suppléance opothérapique pour favoriser les diverses digestions. On s'aidera aussi des médicaments utiles. C'est ainsi que de petites doses d'opium longtemps prescrites pourront rétablir l'équilibre intestinal d'un tuberculeux atteint de diarrhée motrice par hyperpéristaltisme, c'est ainsi que des produits opothérapiques gastriques pourront suppléer à l'insuffisance de l'estomac, c'est ainsi qu'un régime de privation de féculents d'abord absolu, puis atténué progressivement pourra guérir un syndrome de fermentations intestinales, etc., etc... Il faut obtenir le plus vite possible un état d'équilibre digestif avec suppression des douleurs et de la diarrhée, on


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, Av^ue DAUMESNIL. P
Euphoryl infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA" 18 AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, Av^ue DAUMESNIL. PARIS. XIIe
Hirudinase
(DRAGEES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Crée et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PAR
COEFFICIENT DE FIXATION
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM
CALCO MAGNÉSIENNE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes
1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

pourra alors atténuer ou conserver les prescriptions diététiques et médicamenteuses pendant le temps qui sera strictement utile pour revenir peu à peu à une alimentation normale. Chaque cas sera étudié soigneusement et aucun régime restrictif ne sera prolongé plus qu'il ne sera nécessaire.

Dans beaucoup de cas, un traitement rationnel bien conduit, amènera rapidement cet équilibre digestif, qui est le premier résultat à obtenir. Le maintien de cet équilibre sera le deuxième but à atteindre. Il est hors de doute que beaucoup de tuberculeux intestinaux peuvent guérir après un temps souvent très long, quand l'équilibre intestinal peut-être obtenu de façon durable.

Il y aura lieu de s'aider alors des divers procédés thérapeutiques, que nous pouvons mettre en œuvre contre la tuberculose intestinale elle-même. Je veux parler du traitement de fond qui ne saurait être négligé, comme complément du premier traitement qualifié parfois avec mépris de symptomatique, mais essentiel à mon avis pour l'obtention de cet équilibre, condition primordiale de toute efficacité thérapeutique.

Quatre méthodes de traitement médical me paraissent devoir retenir l'attention. Je puis affirmer par expérience leur utilité. Leur mise en œuvre doit être, comme toujours, méthodique et rationnelle.

Je citerai d'abord une méthode, étudiée surtout en Amérique et qui a rencontré beaucoup de scepticisme parmi les médecins : c'est la vitaminothérapie, l'institution d'un régime alimentaire très riche en vitamines, que ces vitamines soient apportées par des aliments choisis et appropriés ou qu'elles soient administrées par le moyen des nombreuses spécialités pharmaceutiques actuellement bien étudiées qui les fournissent à l'organisme par voie médicamenteuse. L'absorption quotidienne de jus de fruits frais ou stabilisés, de tomates crues, d'aliments frais riches en vitamines est une nécessité absolue. De nombreux malades en retirent les plus grands bénéfices et l'attention des médecins mérite d'être attirée sur cette méthode, dont je puis affirmer l'efficacité, au moins relative.

La calcithérapie intraveineuse est un autre moyen utile à connaître. Sous la forme préférable d'une solution de chlorure de calcium en injections indoveineuses, ou sous la forme plus maniable de gluconate de calcium, elle peut rendre les plus grands services à condition d'être prolongée très longtemps à doses suffisamment répétées.

L'arsénothérapie pentavalente sous la forme de stovarsol ou de tréparsol à doses prolongées constitue une troisième méthode intéressante dans beaucoup de cas. Préconisée en France par Léon Bernard et ses élèves, elle constitue souvent une thérapeutique très efficace, notamment contre la diarrhée, en même temps qu'une médication tonique utile à l'organisme.

Je place en dernier lieu les moyens physiques, constitués surtout par l'actinothérapie solaire ou ultra-violette, qu'il faut considérer comme un moyen d'influencer favorablement l'état local par une action qui est particulièrement nette sur les inflammations péritonéales, qui peuvent accompagner les localisations tuberculeuses intestinales et sur les états spasmodiques, mais qui est aussi un moyen de tonifier l'organisme et de relever l'état général. Il faut irradier la totalité des membres inférieurs en même temps que l'abdomen en préservant soigneusement le thorax et la tête. Longtemps poursuivie, cette actinothérapie donne souvent d'excellents résultats.

Il n'est pas rare de voir l'association de ces divers moyens produire des conditions favorables à la guérison des lésions intestinales, l'équilibre digestif étant de plus en plus solidement établi. Le traitement médical bien conduit et suffisamment prolongé peut arriver à permettre la réalisation des processus anatomiques de guérison par régénération de la muqueuse et par résolution des altérations interstitielles. Il n'est plus vrai de croire à l'inefficacité obligée de tout traitement médical et la chirurgie n'est pas le seul moyen de guérir la tuberculose intestinale, comme on peut le croire encore de nos jours.

Ces indications du traitement chirurgical des formes qualifiées autrefois de médicales, c'est-à-dire des formes ulcéreuses, sont nées de la croyance générale à l'inefficacité absolue du traitement médical. Puisque la chirurgie obtenait de beaux succès dans les formes hypertrophiques et sténosantes dites chirurgicales, il était légitime de s'attaquer aux formes ulcéreuses, et de pratiquer des laparatomies exploratrices, des résections intestinales ou des anastomoses avec ou sans exclusion, toutes les fois que les lésions paraîtraient suffisamment localisées. Un certain nombre de chirurgiens et notamment Roux, de Lausanne, Perret, de Montreux, Bérard, de Lyon ont pratiqué de telles opérations, le plus souvent sous l'impulsion des médecins de sanatorium. Les résultats obtenus sont inégaux, mais certains d'entre eux sont tellement brillants que l'on ne peut plus considérer qu'il y a deux tuberculoses intestinales, la chirurgicale et la médicale : toutes les formes peuvent donner lieu à des indications opératoires.

La prudence la plus grande s'impose à la fois pour le phtisiologue qui décide ces interventions et pour le chirurgien qui opère des malades, atteints par ailleurs de tuberculose pulmonaire. Il est évident que beaucoup de tuberculeux ne peuvent être traités chirurgicalement : tous les évolutifs pulmonaires, tous ceux dont la tuberculose a atteint une surface trop étendue des poumons ne peuvent être exposés aux risques d'une opération ; le danger principal est la possibilité d'une extension post-opératoire des lésions pulmonaires susceptible de compromettre irrémédiablement leur situation générale et de menacer leur existence. Ne peuvent être justiciables d'une intervention que ceux dont l'état pulmonaire bien équilibré, ou très nettement amélioré, permet d'écarter la crainte d'une aggravation fatale, que ceux dont l'état général est suffisamment résistant pour supporter le choc opératoire, que ceux dont l'intégrité des autres organes et notamment du foie et du rein, donne des possibilités de reprise rapide après l'acte chirurgical. Il faut ajouter à ces contre-indications tirées de l'état général et de l'état pulmonaire, une contre-indication, d'ordre abdominal très sérieuse, tirée de l'état du péritoine. Un état inflammatoire chronique de cette séreuse peut dans certains cas suivre la laparotomie et donner lieu à des poussées successives de péritonite plastique progressive, qui aboutissent à des phénomènes répétés de subocclusion et nécessitent des opérations itératives en série. Nous avons vu quelques malades atteints de cette péritonite plastique chronique ou subaiguë à la suite de laparotomies, leur situation après l'intervention était peu brillante et faisait regretter la décision opératoire qui avait été prise pour eux.

Si l'indication opératoire doit être posée avec beaucoup de circonspection, l'acte chirurgical lui-même doit, être proportionné à l'étendue des lésions à leur gravité, à leur possibilité d'extension. En l'absence de diagnostic précis anatomique habituel, c'est la laparotomie toujours exploratrice qui décidera de l'importance à fixer de l'acte opératoire. Heureusement, comme dans la péritonite tuberculeuse, cette simple laparotomie exploratrice peut avoir quelquefois de très heureux effets et être suivie d'améliorations presque inexplicables. On a pu voir, Burnand, Perret et nous-même en avons publié des observations, des guérisons inespérées de lésions graves étendues et qualifiées d'inopérables, après une simple ouverture de l'abdomen. On voit couramment par une action sympathique soupçonnée mais bien mal connue encore, la diarrhée prendre fin et la dilatation gastrique réflexe s'améliorer au point de rendre possible une alimentation très compromise jusqu'alors. Ces résultats sont cependant trop incertains pour faire de la simple laparotomie un mode de traitement chirurgical de la tuberculose intestinale, néanmoins ils la légitiment dans une certaine mesure dans beaucoup de cas désespérés.

La laparotomie, parfois curatrice par elle-même, permettra généralement un diagnostic précis des lésions de la tuberculose intestinale, diagnostic facile pour le grêle, difficile pour les côlons, comme nous l'avons vu précédemment. Dans quelques cas favorables, la limitation des lésions permettra à un chirurgien habile de faire une résection totale des segments intestinaux malades et j'ai vu de splendides résultats obtenus par des résections iléo-cæcales étendues. Dans beaucoup de cas, l'extension des altérations intestinales ne permettant pas l'exérèse, des anastomoses avec ou sans exclusion, la plus connue étant l'anastomose iléosigmoïdienne qui exclue tout le segment iléo-cæco-colique malade, peuvent donner des améliorations considérables pouvant aboutir à une véritable guérison. L'anastomose chirurgicale est un traitement peu dangereux et souvent d'une grande efficacité. Pour tous ceux qui ont vu des malades obtenir ainsi, au prix d'une intervention chirurgicale même considérée comme dangereuse, des améliorations incontestables et même des résultats parfaits, l'hésitation n'est plus permise. Le traitement chirurgical de la tuberculose entéro-colique des tuberculeux pulmonaires doit être tenté, toutes les fois que le traitement médical, logiquement dirigé, a échoué et toutes les fois que l'état général et l'état pulmonaire permettent raisonnablement de courir les risques d'une intervention.

Il faut se garder des exagérations, tous les tuberculeux intestinaux ne doivent pas être opérés, mais le diagnostic précoce permettra dans nombre de cas une décision rapide, dont peut dépendre l'avenir du malade, mais toujours après l'échec complet ou partiel du traitement médical loyalement et méthodiquement tenté. La collaboration médico-chirurgicale trouve dans ce domaine une indication capitale : le médecin doit assister à l'opération et collaborer à toutes les décisions prises. L'expérience acquise à la fois par le médecin et par le chirurgien sera

◆◆

d'un grand secours dans les cas difficiles. Si le succès ne vient pas toujours couronner les efforts du phtisiologue et du chirurgien, ils auront au moins la satisfaction d'avoir fait tout leur devoir pour arracher le malade à un pronostic, toujours fatal autrefois. Que l'on envisage à leur juste valeur l'efficacité des traitements médicaux et des thérapeutiques chirurgicales, que l'on n'hésite plus à employer tous les moyens dont nous pouvons actuellement disposer, et de plus en plus la tuberculose intestinale ne sera plus la complication incurable des temps anciens, un jour viendra où elle sera traité avec autant de succès que l'est de nos jours la tuberculose pulmonaire.

PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE

L'hyphéma dans les contusions légères de l'œil

Par le Docteur **Jean VOISIN**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

On appelle hyphéma un épanchement de sang dans la chambre antérieure de l'œil. Cet épanchement peut apparaître spontanément au cours de l'évolution d'une iritis, d'un glaucome, mais le plus souvent il est causé par un traumatisme, plaie ou contusion du globe oculaire.

Les aspects cliniques que réalise cette contusion sont multiples et de pronostic différent, ils varient depuis le simple choc qui n'occasionne qu'un éblouissement et un trouble de la vision passagers jusqu'au gros traumatisme qui cause l'éclatement du globe.

Les fêtes du 14 Juillet m'ont permis de suivre deux jeunes enfants dont l'hyphéma relevait d'une contusion de l'œil due à l'éclatement d'un pétard. C'est ce sujet encore un peu d'actualité que je vais étudier. Je n'envisagerai l'hyphéma traumatique que lors de contusion n'entraînant pas de rupture de la coque oculaire.

Cet hyphéma est le signe qui attirera le plus l'attention du médecin praticien, lui prouvera que le traumatisme oculaire ne s'est pas réduit à la seule impression lumineuse de trente-six chandelles et l'incitera à rechercher les lésions que vient révéler cette hémorragie.

Reconnaître l'hyphéma est aisé pour quiconque a l'habitude de regarder un œil avec un peu d'attention. L'on remarque que la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil est comblée par un dépôt sanguin rouge sombre en forme de croissant. Situé entre la cornée et la face antérieure de l'iris qu'il masque plus ou moins, ce dépôt, dont la limite inférieure courbe paraît limitée par le limbe, a une limite supérieure horizontale. Cette ligne se déplace lentement pour rester horizontale quel que soit le déplacement de la tête du blessé, si la nouvelle position est gardée pendant quelques minutes. Selon l'abondance de l'hémorragie le niveau sanguin reste au-dessous, affleure ou dépasse le bord inférieur, ou même le bord supérieur, de la pupille. Dans le cas extrême toute la chambre antérieure est remplie par le sang et l'iris n'est plus visible.

Le sang qui s'est accumulé ainsi à la partie inférieure de la chambre antérieure n'est pas coagulé. Des déplacements rapides du globe et surtout la position couchée du sujet suffit à diffuser le sang dans toute l'humeur aqueuse qui présente alors un léger trouble rougeâtre. Après quelques minutes d'immobilité en station verticale l'hyphéma se reforme.

Cet épanchement sanguin une fois constaté, le praticien on recherchera l'origine. Un examen attentif de l'iris s'impose et dans quelques cas l'on se trouvera bien de s'aider de l'éclairage oblique et de la loupe.

Quatre cas peuvent se présenter :

a) il existe une déformation pupillaire et une pupille surnuméraire. Le bord pupillaire présente dans un de ses segments un aplatissement et à la base du secteur irien correspondant on relève une solution de continuité en forme de croissant ayant la coloration noire d'une pupille. Lorsque avec l'ophtalmoscope on éclaire le fond d'œil cette pupille pathologique s'éclaire de même façon que la pupille. Il s'agit d'une rupture de la racine de l'iris, on dit qu'il y a désinsertion partielle de l'iris ou iridodyalise ;

b) il existe une déformation pupillaire avec mydriase et immobilité complète de l'iris. La recherche des réflexes à la lumière et de l'accommodation-convergence ne donne aucune réponse.

Le bord central de l'iris est échancré par des incisures plus ou moins profondes : le plus souvent facilement visibles à l'œil nu. Dans quelques cas on ne les perçoit qu'après examen à la loupe. Ces lésions dites ruptures radiaires intéressent le stroma irien et en particulier le sphincter de l'iris ;

c) il n'existe qu'une iridoplégie. On en rend responsables quoiqu'elles ne puissent être perçues, de fines ruptures radiaires. Cependant quelques auteurs pensent avec Morax qu'il pourrait s'agir de rupture des filets nerveux ;

d) enfin l'iris est normal et ne présente aucune modification ni dans son stroma, ni dans ses réflexes. Fuchs a montré que dans ces cas il existait une déchirure sclérale au niveau du ligament pectiné.

Telles sont les lésions que l'hyphéma traumatique vient révéler. Leurs constatations une fois faites, il reste au médecin à essayer d'en prévoir le pronostic. Il tâchera d'apprécier la tension de ce globe oculaire, et de déceler les lésions associées.

La tension oculaire est souvent légèrement abaissée, mais dans les jours suivants elle peut présenter des variations vers l'hypertonie ; les oscillations tensionnelles ne sont pas rares.

Parfois à une hypotonie du début succédera rapidement un glaucome traumatique. Cette redoutable complication est peu fréquente dans l'hyphéma isolé, elle se voit surtout lorsque coexiste une luxation du cristallin, ou une grosse hémorragie vitréenne.

Ce sont les lésions associées qui font la gravité de ces cas de contusion du globe. Pour les déceler il suffit de pratiquer deux manœuvres : la première va renseigner sur l'existence d'un déplacement du cristallin, la seconde sur l'existence de lésions profondes :

a) dans la première de ces manœuvres l'on cherche à saisir lors du déplacement du globe un tremblottement de l'iris ou iridodonesis : si ce signe est perçu l'on peut affirmer le déplacement du cristallin, qui en temps normal soutient l'iris et assure son immobilité. La vision est peu abaissée si le cristallin n'est que subluxée et non en luxation complète ;

b) dans la seconde manœuvre l'on cherche, lorsque l'hyphéma dégage suffisamment la pupille, à apprécier l'altération de la vision. La vision est relativement bonne s'il n'existe pas de lésions profondes ; ces dernières entraînent une forte baisse de l'acuité. Un examen ophtalmoscopique est nécessaire pour différencier une hémorragie vitréenne, une rupture choroïdienne, une commotion rétinienne, une lésion maculaire ou encore un décollement rétinien. Seul alors le spécialiste pourra établir le pronostic, le trouble visuel lié à l'hémorragie vitréenne, à la commotion rétinienne disparaît en quelques semaines ; la lésion masculaire entraîne la perte de la vision centrale ; le décollement rétinien traumatique a en général un meilleur pronostic que le décollement idiopathique, le plus souvent la guérison sera opératoire.

Réduites à elles-mêmes, les lésions qui donnent lieu à l'hyphéma traumatique n'entraînent qu'un pronostic bénin. Lorsque l'hyphéma a fini sa résorption, cela en dix à quinze jours, il peut selon les cas persister une déformation pupillaire avec ou désinsertion irienne ou iridoplégie, une mydriase permanente, parfois n'existe aucune séquelle .

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Les hémorragies de la délivranee

Conduite à tenir

Il existe un traitement prophylactique des hémorragies de la délivrance. Ce traitement est entièrement représenté par la manière patiente et douce avec laquelle l'accoucheur surveille l'accouchée après la naissance de l'enfant. Le fait, tout en surveillant l'accouchée, de ne se livrer à aucune tentative de délivrance précipitée, de ne pas malaxer l'utérus, de ne pas tirer sur le cordon, et cela jusqu'à l'observation des signes précis qui permettent d'affirmer que le placenta est bien passé dans le vagin et que les membranes sont décollées, diminue dans une proportion importante la fréquence des hémorragies.

Celles-ci s'observent cependant et ceci à trois moments distincts, soit au cours de la période de repos physiologique, soit à l'occasion des contractions douloureuses destinées à chasser le délivre hors de l'utérus, soit après la sortie du placenta et des membranes. Nous allons étudier chacune de ces trois catégories d'hémorragies et montrer quels sont les moyens thérapeutiques qu'il est logique d'employer dans chaque cas.

1) *Hémorragies de la première période* (*Repos physiologique*).

Pendant les quinze à vingt minutes qui suivent la sortie de l'enfant, l'utérus simplement revenu sur lui-même du fait de son élasticité, se repose et ne se contracte pas. Pendant tout ce temps, le placenta et les membranes de l'œuf restent adhérents à l'utérus. Les sinus sanguins sont donc absolument fermés. Aucune hémorragie ne doit se produire puisque l'on a pris soin de sectionner le cordon ombilical entre deux pinces.

Mais si pour une cause quelconque le placenta se décolle en partie avant que ne surviennent les contractions utérines caractéristiques de la deuxième période, les lacs sanguins se trouvent ouverts et une hémorragie se produit.

Il s'agit alors d'hémorragies abondantes ; 400 à 800 grammes de sang sont évacués en quelques minutes.

Cette hémorragie va durer tant qu'une contraction utérine ne viendra pas l'arrêter en posant sur les gros vaisseaux utéro-placentaires *les ligatures vivantes physiologiques*.

Notons en passant que ce décollement trop précoce du placenta à un moment où normalement il devrait rester étroitement appliqué contre la face interne de l'utérus, peut être provoqué :

par le fait que la poche des eaux n'étant pas rompue à dilatation complète, l'effort d'expulsion s'est exercé sur l'œuf en totalité ;

par une application de forceps qui a pincé une partie du sac membraneux et a tiré sur le placenta par son intermédiaire ;

par une brièveté absolue ou plus souvent relative (circulaires multiples) du cordon ombilical.

Quoi qu'il en soit, il faut arrêter rapidement l'hémorragie. Comme on sait que la période des contractions douloureuses va bientôt survenir et sera capable de fermer les sinus, on est en droit d'attendre la venue de cette contraction. On pourra donc, surtout si l'hémorragie n'est pas abondante, comprimer l'aorte. Cette compression facile à pratiquer avec le poing fermé, appuyant fortement sur l'aorte que l'on perçoit aisément à travers la paroi abdominale relâchée, arrête l'hémorragie (ou du moins en diminue considérablement l'abondance. Si la période des contractions douloureuses survient rapidement l'hémorragie s'arrête complètement et la délivrance reprend son cours normal.

Mais si la première contraction se fait attendre plus de quelques minutes ou bien si une hémorragie très importante survient aussitôt après la sortie de l'enfant, il faudra, abandonnant ou négligeant la compression de l'aorte pratiquer une *délivrance artificielle*. L'excitation de la face interne de l'utérus, par la main qui décolle la partie du délivre restée adhérente, entraînera dans le cas habituel une contraction utérine énergique et tout rentrera dans l'ordre.

2) *Hémorragies de la deuxième période*. (Période des contractions utérines.)

La période de repos physiologique s'est déroulée sans incident. Une première contraction utérine se produit et l'on observe une hémorragie ; ces hémorragies sont dues à ce que le placenta ne se décolle qu'incomplètement sous l'action des contractions utérines (adhérences pathologiques du placenta). Au niveau de la portion décollée, les lacs sanguins sont ouverts, tandis qu'au niveau de la partie restée adhérente les sinus utérins ne sont pas oblitérés par les ligatures vivantes ; comme tous les lacs sanguins communiquent, une hémorragie se produit ; elle persistera tant que le placenta ne sera pas décollé en totalité.

Habituellement l'hémorragie externe paraît peu abondante. De temps à autre un caillot est expulsé du vagin ; mais l'accouchée présente quelques signes qui attirent l'attention : pâleur, inquiétude, pouls rapide ; on palpe l'utérus et on voit que son volume augmente.

Si ces signes sont peu accusés on doit attendre l'effet de nouvelles contractions en espérant qu'elles termineront le décollement placentaire. Mais si l'hémorragie paraît véritablement abondante il faut sans plus tarder pratiquer une *délivrance artificielle* afin d'achever le décollement placentaire et provoquer la contraction utérine qui fermera les sinus sanguins.

3) *Hémorragies de la troisième période, survenant après la sortie du délivre.*

L'arrière-faix vient d'être extrait et soit immédiatement, soit dans l'heure qui suit, une hémorragie se déclenche.

Le plus souvent elle est due à la rétention d'un fragment de placenta dans l'utérus. Elle ne prendra donc fin que lorsque ce débri placentaire aura été extrait. Mais parfois, en dehors de toute rétention, une hémorragie due à une inertie utérine essentielle se produit cependant. L'hémorragie ne cessera dans ce dernier cas que lorsque l'utérus en totalité (car il existe des inerties partielles) se contractera énergiquement.

Avant donc de décider du traitement il est nécessaire de faire d'abord un diagnostic étiologique exact.

A) *L'hémorragie est due à une rétention.* L'examen du délivre montre la non-intégrité du placenta. Cet examen n'est cependant pas toujours facile ; aussi en bonne pratique même si elle n'est pas absolument certaine on doit dans les cas douteux conclure à l'existence d'une rétention ; on pratiquera donc dans tous les cas où l'on est pas absolument certain de la non-existence d'une rétention utérine une révision soigneuse. Puis si l'hémorragie persiste, on instituera le traitement de l'inertie utérine sans rétention.

B) *L'hémorragie est due à une inertie utérine sans rétention.* — L'utérus vide ne se contracte pas avec une énergie suffisante pour bloquer ses sinus. Dans quels cas peut-on bien être sûre qu'il s'agit bien d'inertie sans rétention ?

1) lorsqu'on assiste à la délivrance qui s'est faite (pour les deux premiers points du moins) bien spontanément, sans être contrariée par aucune manœuvre intempestive, et qu'en outre l'examen de l'arrière-faix permet d'affirmer son intégrité.

2) lorsque ayant pensé à la possibilité d'une rétention l'exploration intra-utérine a montré que l'utérus était vide et que cependant l'hémorragie persiste ou recommence.

Ce n'est que dans ces cas que l'on est en droit d'affirmer la vacuité utérine et de pratiquer le traitement de l'inertie utérine essentielle.

a) En premier lieu : frictions légères de l'utérus à travers la paroi et compression pubo-manuelle : une main déprime profondément la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic ; empaume le fond utérin et appuyant sur le fond et sur une partie de la face postérieure, l'applique fortement contre le pubis.

b) Injection intra-utérine d'eau bouillie chaude. L'eau doit être vraiment chaude à 48° ; il est habituel de l'additionner de liquide antiseptique (200 c. c. de solution iodo-iodurée de Tarnier pour deux litres d'eau).

c) Injections sous-cutanées du contenu d'une ampoule d'extrait post-hypophysaire *dosée à 10 unités internationales* ou encore d'une ampoule d'ergotine.

Ces moyens suffisent habituellement. Cependant dans quelques cas exceptionnels d'inertie totale avec hémorragie extrêmement abondante, il faut d'emblée introduire la main dans l'utérus, le vider des caillots qu'il peut contenir, puis maintenant le poing dans sa cavité, exercer une compression énergique de l'aire placentaire entre ce poing intra-utérin et l'autre main externe qui comprime l'utérus à travers la paroi ; l'hémorragie s'arrête et bientôt l'utérus commence à se contracter ; on retire alors la main intra-utérine et on continue à assurer l'hémostose en faisant de la compression pubo-manuelle.

Quelques observations ont été publiées montrant qu'une inertie totale incoercible ne peut être combattue que par un tamponnement intra-utérin, voir même par une hystérectomie.

En réalité les hémorragies de la délivrance sont beaucoup plus impressionnantes que véritablement dangereuses étant entendu qu'un traitement opportun est appliqué correctement. D'une récente discussion à la Société d'obstétrique de Lyon, on peut conclure que les hémorragies mortelles sont absolument exceptionnelles. Il faut donc simplement que le médecin, se trouvant en présence d'une hémorragie abondante, conserve son sang-froid et mette en œuvre systématiquement les moyens thérapeutiques que nous venons de passer en revue. Nous n'avons en vue ici que les hémorragies de la délivrance et nous éliminons toutes les hémorragies tenant à une lésion des voies génitales, en particulier les hémorragies par déchirure de l'utérus ; celles-ci réclament évidemment un traitement différent.

Henri PIGEAUD.

Cependant des complications, non de l'hyphéma, mais du traumatisme causal vont parfois en se révélant tardivement, venir infirmer le pronostic bénin que l'on avait porté : ce sont la cataracte, le décollement traumatique.

Dans la cataracte le gros trouble cristallinien du début passe inaperçu car souvent il est masqué par l'iris ou l'hyphéma, il ne devient facilement perceptible que lorsqu'il envahit la pupille. Quand au décollement il peut, surtout s'il succède à une désinsertion de l'ora serrata, ne survenir qu'après une ou même plusieurs semaines.

Le traitement à instituer pour un symptôme de pronostic si bénin peut se résumer dans les indications suivantes : mettre les yeux au repos, faire porter un bandeau. Les compresses humides chaudes sont ici sans influence ; si elles peuvent avoir un rôle pour accélérer la résorption des hématomes palpébraux elles n'en ont aucun lorsqu'il s'agit d'une hémorragie de la chambre antérieure de l'œil, elles ne peuvent entraîner que des inconvénients : macération des bords palpébraux, orgelets en dehors des blûlures toujours à craindre, brûlures palpébrales et quelquefois mêmes brûlures de la cornée. La tension oculaire est en général abaissée aussi l'instillation d'atropine est classique, surtout dans les cas d'iridodyalise, bien que l'on ne voit pour ainsi dire jamais de réaction inflammation de l'iris. Cependant une telle prescription vues les oscillations fréquentes de la tension et la possibilité du glaucome traumatique doit être faite avec précautions : employer un titre de solution faible (trois centigrammes par dix grammes), n'instiller qu'une fois par jour, surveiller fréquemment la tension et être prêt à la moindre alerte à supprimer le collyre mydriatique ou à lui substituer un myotique. Ici comme ailleurs l'atropine doit être considérée comme un médicament de spécialiste et n'être utilisée qu'à bon escient.

ACTUALITÉS

Le quarante-sixième Congrès français de chirurgie

La séance inaugurale du XLVI[e] Congrès français de chirurgie s'est déroulée dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de Georges Duhamel de l'Académie française, délégué de la République des lettres. Dans une magnifique allocution l'auteur de la Vie des Martyrs, rappela tout ce que dans sa formation, il devait à sa culture médicale initiale.

Le Professeur Raymond Grégoire, appelé à la présidence du Congrès par l'unanimité des membres de l'Association française de chirurgie, après avoir évoqué l'image de ceux qui en furent à certaines heures les animateurs et qui nous ont quittés : Michel, Victor Pauchet, Gernez, Cerné, Banzet, s'attacha à étudier les causes profondes du malaise chirurgical actuel.

Inquiétude dont il est difficile de prévoir la fin à travers les brouillards de l'avenir. Temps nouveaux de la chirurgie, conséquence même de l'évolution scientifique tandis que, suivant le mot de Bergson, l'humanité gémit à demi-écrasée, sous le poids des progrès qu'elle a fait. L'époque est révolue où le chirurgien était devenu un manière de héros. Le temps n'est plus où le fils d'un maréchal ferrant, ou celui d'un meunier, venus pour conquérir Paris de leur Touraine ou de leur Beauce natale, étonnaient la grande ville, tandis que l'on chuchotait dans les embrasures de leurs salons, les chiffres étonnants de leurs fortunes.

La chirurgie s'est démocratisée ; est-ce un bien ? est-ce un mal ? Il est difficile de le dire.

La décentralisation fut le premier mouvement de défense contre la pléthore médicale qui commençait. Comme les grandes villes, les campagnes, les petites villes réclamaient à juste titre, les bienfaits de la chirurgie. Là, où il y avait un chirurgien, il en vint dix, il en vint même beaucoup plus qu'il n'était besoin.

Les circonstances exceptionnelles de la guerre, ont obligé les hommes au travail en série. Il n'était besoin pour celui-ci, ni de grandes réflexions, ni de grandes connaissances.

Les blessés étaient identiques. On pouvait les grouper en quelques variétés. C'était là, une chirurgie simple. Elle demandait avant tout, de la méthode et de l'ordre pour assurer un grand rendement.

Cette chirurgie de facilité a laissé croire à certains dont on avait utilisé les services, que la vraie chirurgie était à la portée de tous, et cette conséquence imprévisible de la guerre, a augmenté le malaise matériel des chirurgiens, sans laisser aucun espoir d'améliorer le malaise spirituel.

L'effort de redressement doit être orienté du côté matériel et du côté spirituel.

Il est hors de doute, en considérant le premier problème que le nombre des chirurgiens doit être limité.

L'idée de la nécessité du diplôme de chirurgien est parfaitement logique. Trop nombreux ceux qui se permettent toutes les audaces le jour, où ils croient savoir faire un nœud droit.

Ce concept excellent, comme la Belle au Bois dormant, attend toujours le Prince Charmant qui le sortira du sommeil.

Il est certain d'autre part, que le temps de la chirurgie individuelle est révolu. Travail d'équipe, travail suivant l'esprit de la ruche, sous condition toutefois que cette dernière ne considère pas le miel qu'elle produit, comme très supérieur à celui de la ruche voisine.

L'orientation du redressement dans le sens spirituel est non moins difficile et non moins contesté.

Quel que soit en fin de compte, le plan d'adaptation aux conditions nouvelles auquel les chirurgiens s'arrêteront, ils devront tout d'abord, comprendre et accepter qu'à l'avenir, ils ne seront plus les surhommes d'il y a un demi-siècle. Leurs gestes prestigieux sont tombés dans le domaine commun ; mais c'est le propre des hommes d'élite, de s'accommoder difficilement des sentiers couverts et des fonds de vallée. Déjà, on voit poindre chez les jeunes travailleurs, ce besoin d'émancipation qui les poussera de plus en plus, vers les recherches scientifiques et les idées abstraites, en un mot vers la reconstruction des élites intellectuelles.

L'enrichissement scientifique de la chirurgie commencera sans doute par l'appauvrissement des chirurgiens.

Grégoire en se déclarant n'être ni le prophète Daniel, ni la pauvre Cassandre ne saurait, dit-il, préjuger de l'avenir. Le temps est un grand diplomate grâce auquel tout s'arrange. Serons-nous un jour des fonctionnaires chirurgicaux ? Cela paraît bien peu désirable ! Dans beaucoup de pays le goût c'est l'opinion que la collectivité impose à l'individu, chez nous, c'est un sentiment beaucoup plus complexe. Jusque dans les choses de l'esprit, le goût fait repousser l'inélégance morale, ce mot que certains auteurs déclarent vide de sens.

Si jamais l'individu doit reprendre la prééminence, si l'individu doit dominer à nouveau le troupeau par le rétablissement des élites, c'est certainement chez nous que ce phénomène aura lieu d'abord, car c'est pour le défendre que le français routinier, retardataire, reste méfiant devant ce qu'on appelle le progrès comme si son bons sens inné lui faisait attendre, pour avancer, le résultat de l'expérience des autres. L'événement lui a montré qu'il avait eu bien souvent raison.

Le discours inaugural du Professeur Grégoire fut maintes fois interrompu par les applaudissements de ses collègues et de ses élèves.

Il y a, dans notre vieux pays, une aristocratie qui résis-

tera à tous les assauts : c'est celle du talent et des hautes vertus morales.

Trois rapports furent présentés au Congrès :

Physiologie pathologique et traitement des brûlures étendues cutanées récentes. **Professeurs P. Duval, Mourgue-Molines (Montpellier).**

Les embolies artérielles des membres. **Funck-Brentano (Paris), Fiolle (Marseille).**

Indications relatives de l'intervention sanglante et des méthodes orthopédiques dans les fractures diaphysaires fermées de la jambe. **Merle d'Aubigné (Paris), J. Creyssel (Lyon), R. Danis (Bruxelles).**

Le Professeur P. Duval donne un excellent exemple à tous les rapporteurs présents et futurs. Son travail précis et riche en idées nouvelles, ne comporte que trente-deux pages.

Dans cet exposé substantiel dont toute bibliographie inutile est bannie, il s'attache à l'étude physio-pathologique des grandes brûlures cutanées récentes et examine tour à tour la mortalité, le syndrome des grands brûlés, les lésions anatomiques, les lésions biologiques sang et urines.

La brûlure tégumentaire étendue déclenche rapidement après sa production des troubles généraux de l'organisme qui sont d'une effroyable gravité et constituent ce que l'on peut appeler la « maladie des brûlures ». Pendant la phase d'intoxication, la mortalité suivant l'étendue de la lésion cutanée va de 40 à 100 %.

L'intoxication dans les brûlures est, jusqu'à un certain point, analogue dans ses symptômes et ses lésions, à d'autres intoxications par des produits organiques étrangers (diphtérie, typhoïde), ou minéraux (bases pyridiques) ; mais c'est là une intoxication autogène dans laquelle aucun élément étranger n'intervient.

Lésions qui peuvent être mises en parallèle avec trois intoxications qui commencent à être connues : le shok traumatique, les grandes destructions tissulaires, la maladie post-opératoire, les accidents déclenchés par la rœntgen ou la curiethérapie dans leur destruction des tissus néoplasiques.

Mourgue-Mouline présente une heureuse synthèse des traitements conseillés dans les grandes brûlures. Il n'est sans doute pas illogique de penser que le nombre de ceux-ci témoigne de leur efficacité relative.

Traitement général : il est inutile de faire souffrir un brûlé, la piqûre de morphine précoce n'a jamais bloqué le rein d'un malade et à plus forte raison est indiquée dans la lésion expérimentale qu'est une brûlure, chez un sujet jusqu'alors exempt de tares organiques évidentes. La concentration sanguine qu'il n'est pas illogique de considérer comme un élément capital des accidents généraux est une indication formelle à la surhydratation par toutes les voies cutanées et parentérales.

La transfusion, dont on a abusé, a une action antitoxique qui nous paraît du reste discutable.

Localement la dessication des surfaces brûlées semble devoir empêcher les résorptions toxiques.

Le tannage conseillé par Davidson en 1925 constitue un procédé logique. Est-il très supérieur à la stérilisation des téguments cutanés par la stérilisation au savon, à l'iode ou au nitrate d'argent ; cela paraît difficile à préciser.

Les statistiques présentées par quelques chirurgiens ne nous ont guère convaincu. Il y a trois mensonges, le mensonge pieux, le mensonge officieux, et la statistique.

Les embolies artérielles des membres. Physiologie pathologique et traitement. Fiolle et Funck-Brentano.

Fiolle centre les éléments de son travail sur la notion d'embolie manquée, d'embolie occulte. Embolies qui, après un début dramatique et bruyant, évoluent vers la guérison sans avoir provoqué de lésions de gangrène.

L'embolie représente une agression brusquée sur le vaisseau, sur l'organisme. Elle provoque un état de shock avec interactions aggravantes, la faiblesse du cœur augmentant l'ischémie périphérique, cette ischémie affaiblissant le cœur déjà défaillant, le tout dominé par une réaction sympathique d'une extrême violence, dépassant toute mesure et plus nuisible qu'utile.

Dans les cas habituels, la septicité de l'embole provoque des lésions profondes de l'artère, non seulement sur la tunique interne, mais surtout sur l'adventice. L'artérite s'extériorise (Leriche).

Il suffit parfois d'un embole minuscule pour déclencher ce processus embole prétexte, susceptible de déterminer des lésions locales importantes.

Le pronostic reste de toute façon terriblement grave, chez le malade porteur d'un anévrysme ou d'une cardiopathie sévère.

P. Funck-Brentano envisage le traitement souvent si décevant des embolies artérielles des membres, tandis que les suites opératoires qui s'annonçaient riches d'espérance sont interrompues par une nouvelle et dernière manifestation de la maladie causale. Le traitement local des embolies artérielles dispose de deux méthodes : l'embolectomie et l'artériectomie. L'embolectomie, préconisée par Einar Key, vise à supprimer, en même temps que l'obstacle, le point d'expansion possible du caillot prolongé. Elle ne saurait en tout cas être pratiquée de façon utile que dans les dix heures qui suivent l'accident initial.

L'artériectomie, dérivée des travaux de Leriche et préconisée par l'Ecole de Marseille, repose sur un élément anatomique. La résection artérielle à distance du caillot prolongé supprime le centre thrombogène ; l'artériectomie agit sur la circulation artérielle de secours et permet l'irrigation par les artérioles, les capillaires et les collatérales.

Après la dixième heure, il semble bien que seule l'artériectomie puisse avoir une action utile.

Indications relatives de l'intervention sanglante et des méthodes orthopédiques dans le traitement des fractures de jambe. Merle d'Aubigné (Paris), Creyssel (Lyon), Danis (Bruxelles).

De l'étude très complète de Merle d'Aubigné et Creyssel sur des indications respectives du traitement orthopédique et du traitement sanglant, il semble que l'on puisse conclure que correctement appliqué, aucune des méthodes de traitement ne mérite les critiques sévères dont, s'appuyant sur quelques cas malheureux, on les a chargées. La notion de valeur des diverses techniques est dominée par la notion de la valeur de l'organisation et de celle du chirurgien.

L'avenir d'un blessé dépendra beaucoup moins des idées thérapeutiques en cours, que de la qualité et de la compétence de celui à qui il sera confié, et il est important de le préciser de l'organisation matérielle du centre où il sera traité.

L'ostéosynthèse pratiquée à bon escient permet d'obtenir une proportion élevée de bons résultats avec une durée de traitement courte, ceci au prix cependant de risques rares, mais réels, ostéite, intolérance du matériel.

Les méthodes orthopédiques avec point d'appui osseux présentent un progrès sur le simple plâtre, cependant mise à part, la transfixion transcutanée dans le foyer dont les indications apparaissent comme assez étroites, elles n'obtiennent ce résultat qu'au prix d'une prolongation sensible de la durée du traitement.

R. Danis (Bruxelles) présenta un plaidoyer brillant en faveur du traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées de jambes.

Conclusions audacieuses sans doute, mais qu'explique la perfection des résultats obtenus par le chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, admirable serviteur, d'une main guidée par le cerveau d'un mécanicien hors série.

Les films qu'il présenta au Congrès avec l'assistance de son collaborateur S. Spoehl, persuadèrent bien à tort, sans

doute, que la réduction et la contention d'une fracture de jambe constituaient un geste fort simple. Geste bienfaisant, mais sous condition d'être accompagné d'un traumatisme opératoire minime ou de désinsertions musculaires et de délabrements musculaires insignifiants.

L'emploi d'un matériel de synthèse en acier inoxydable, constitue une condition essentielle du succès. Cette réduction ne sera, du reste possible, qu'à l'aide d'une table fort ingénieuse, où les manœuvres sont commandées à distance du foyer opératoire.

Danis étudie également l'application de l'éclissage par greffe hétéroplastique dans les cas de fractures transversales ou dans les fractures à trois fragments.

Le greffon choisi est l'os purum, os de bœuf dégraissé, désalbuminé et privé de son tissu conjonctif suivant la technique de Swante Orell.

Ces rapports entraînèrent des discussions et communications d'intérêt inégal. Tandis que Mac Clure (Détroit) faisait un chaud plaidoyer en faveur du traitement des brûlures par l'acide tannique, méthode défendue également par Wilson, d'Edimbourg, Riehl (Vienne) exposait tous les avantages qu'il avait retirés de la transfusion sanguine.

Mario Donati (Milan), s'attache à montrer le rôle joué dans le choc secondaire des brûlés par les phénomènes de concentration sanguine et par la résorption des substances toxiques. Leriche, après avoir abandonné le drap stérile et l'absence de pansement, reste fidèle au mercurochrome.

Dziembowski (Bydyoszcz) préconise comme traitement local l'emploi des vitamines à l'huile de baleine suivi en cela par Piollet, et Limousin (Clermont-Ferrand), Chevalier (Marseille), tandis que Y. Delagenière reste fidèle à la pratique de son maître Lecène et au pansement stérile.

Christophe (Liége), demeurant dans le calme serein du laboratoire commente les expériences précises qu'il fit sur les chiens à circulation réduite, et précise quelques points qui apparaissent encore comme obscurs dans la physiopathologie des brûlures.

Le traitement des embolies artérielles suscita les communications d'Albert (Liége), Reynaldo Santos (Lisbonne). Leriche, Arnaud, Iselin ; celui des fractures de jambes, des travaux importants que nous ne pouvons analyser ici, du Professeur Lambotte, créateur de l'ostéo-synthèse, de Guyot (Bordeaux), Judet (Paris), Jean Verbrugge (Anvers), Leriche, Arnaud, Sénéchal, Masmonteil, Grinda (Nice), Ferey (Saint-Malo), etc.

Communications particulières de Fredet (Chartres), fidèle à la thérapeutique intra-artérielle dans le traitement des infections graves des membres. Jean Guisez : sténoses non cancéreuses de l'œsophage. Hamant et Grimault : diverticulite herniaire, etc.

Dans son assemblée générale, le Congrès désigne Albert Mouchet, de Paris, comme son président en 1939, tandis que le Professeur Imbert présidera aux destinées de l'Association française en 1938. Nuls choix ne pouvaient être plus heureux.

J. de Fourmestraux.

« La mode actuelle est de s'abstenir de toute thérapeutique chez les tuberculeux ; il faut respecter sa fièvre, le regarder évoluer et mourir, en somme, en se croisant les bras à moins qu'un pneumothorax ne soit indiqué.

« Mais sont-ce là les bonnes méthodes ? Les livres l'affirment, certains Maîtres le proclament, ignorant de parti-pris les nombreux faits qui sont en discordance avec la plupart de leurs principes dogmatiques.

« Le phtisiologue officiel ne se pose plus de questions, il est entièrement dominé par lse théories de l'École, il ne peut plus en sortir. Sa vue est bornée bar les œillères des classiques.

« C'est aux esprits indépendants non intoxiqués par les théories dogmatiques qu'incombe la mission de secouer la torpeur dans laquelle les textes sacramentels l'ont figé. » (Auguste Lumière. — Les horizons de la médecine. Un vol., 1937. Edit. Albin Michel).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1937

L'état sanitaire des huîtres et autres coquillages en France. — ***MM. J. Castaigne, G. Andrieu*** et ***A. Castaigne*** demandent qu'on tâche de rendre le plus rapidement prochain, *la surveillance des huîtres qui doit être telle que toutes celles qui seront vendues sur le marché soient sélectionnées, et pour cela, il faut renforcer le décret de juillet 1923.*

Mais, en attendant, on peut donner aux amateurs d'huîtres des conseils prophylactiques leur permettant d'en manger sans aucun danger.

Le renforcement du décret de juillet 1923 s'impose d'une façon absolue : en votant les conclusions du rapport présenté par le Professeur Tanon.

La nécessité d'un tel décret renforcé ressort une fois de plus de ce fait que si nous avons pu nous procurer, dans certaines maisons de vente, des huîtres « sélectionnées » et très saines, nous avons toujours constaté que les huîtres « tout venant » et encore plus les « suspectes ».

Mais en attendant que le décret de 1923 soit renforcé et strictement appliqué, il est indispensable que le consommateur prenne, lui même, le soin de sélectionner les huîtres qu'il achète.

« Nous avons montré, disent les auteurs, que furent toujours trouvées saines, et exemptes de pollution microbienne, les huîtres que nous avons « sélectionnées », des deux façons suivantes : soit que nous les ayons fait venir directement de parcs que nous connaissions comme très bien surveillés ; soit que nous ayons été les chercher nous-mêmes, chez des marchands de confiance, au moment même où ils ouvrent leurs bourriches qu'ils viennent de recevoir d'un parc du même ordre que ceux dont nous venons de parler.

« Ce que nous avons réalisé, en une de nos expériences, les amateurs d'huîtres doivent le faire, s'ils sont soucieux de ne pas mettre leur santé en péril, et cela tout, au moins, jusqu'au jour où le décret de 1923 aura été renforcé et strictement appliqué, ce qui s'impose de la façon la plus absolue. »

Sur le mécanisme de l'action antibactérienne des ondes électriques courtes et ultra-courtes. — ***MM. Bessemans*** et ***Van Meirhaeghe.***

Les régimes alimentaires et la fonction rénale. — ***MM. Ribadeau-Dumas, M. Séguier*** et ***Mlle Mignon.***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1937

Hémorragies digestives récidivantes chez un enfant de 10 ans porteur d'une grosse rate. Splénectomie. Arguments en faveur d'une thrombose primitive de la veine splénique — ***MM. J. Milhit, Maurice Lamy, Mme Zagdoun*** et ***M. Walter*** rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans ayant souffert à plusieurs reprises d'hémorragies digestives extrêmement sévères et porteur d'une rate volumineuse. Les examens histologiques pratiqués après la splénectomie ont montré d'une part une thrombose ancienne de la veine splénique, d'autre part des altérations de la rate du type de la fibro-adénie et la présence de nodules sidérosiques dits de Gandy-Gamna.

Après avoir signalé la fréquence relative avec laquelle ce syndrome peut être observé dans l'enfance et montré qu'en réalité il ne rentre pas dans le cadre de la maladie dite de Banti, les auteurs, indiquent les raisons qui rendent vraisemblable à leurs yeux l'hypothèse d'une thrombose primitive de la veine splénique.

Le fait que des hématémèses graves sont survenues plusieurs mois avant la constatation de la splénomégalie est un argument en faveur d'un obstacle vasculaire initial. La diminution brusque du volume de la rate après une hémorragie, la splenocontraction sous l'influence de l'adrénaline indiquent que la splénomégalie est essentiellement un phénomène de stase.

Enfin, l'intervention a permis de vérifier l'existence d'une circulation collatérale importante développée dans les ligaments gastro-splénique et phréno-splénique qui représentait une voie de dérivation.

Les lésions histologiques constatées ne plaident pas contre cette interprétation : la congestion passive des sinus, l'hyperplasie conjonctive, l'épaississement de la capsule notés sur les coupes sont des signes vulgaires de stase veineuse chronique. Quant aux nodules fibro-sidérosiques, ils semblent bien avoir pour origine de petites hémorragies autour de l'artériole du follicule de Malpighi.

Quoi qu'il en soit de son étiologie réelle, la maladie comporte une haute gravité, car la présence d'hémorragies récidivantes assombrit singulièrement l'avenir. Aussi est-il indiqué de recourir à la splénectomie même si l'on admet que la thrombose veineuse est primitive et la splénomegalie secondaire : l'ablation de la rate et la suppression de son territoire vasculaire diminuent, en s'opposant à la production de varices gastro-œsophagiennes, la menace d'hémorragies par cette voie.

M. Grenet montre que ces faits ne sont pas exceptionnels. La splénectomie ne met pas toujours à l'abri des hémorragies et l'on peut discuter l'utilité de cette intervention lorsque l'épreuve de la spléno-contraction demeure négative.

M. Hallé n'a observé qu'un cas analogue ; la splénectomie fut mortelle.

M. Fiessinger pense qu'il faut distinguer les splénomégalies avec spleno-thrombose, les splénomégalies sans thrombose et les splénomégalies avec phlébite pariétale. Il considère qu'il s'agit de maladies autonomes. L'épreuve de la spléno-contraction lui paraît difficile à interpréter, en particulier chez l'adulte.

M. Milian et *M. Pinard* ajoutent que l'existence de lésions vasculaires doit toujours faire rechercher la syphilis.

M. Grenet a observé un cas de splénomégalie avec hémorragies digestives chez un enfant certainement hérédo-syphilitique. Devant l'échec du traitement spécifique bien conduit et longuement appliqué, la splenectomie fut décidée et suivie de succès.

M. Chevalier note également l'importance de la syphilis et surtout de la syphilis héréditaire dans les splenomégalies. Il avance que les hémorragies gastro-intestinales sont presque toujours dues à des lésions gastriques parfois visibles à la gastroscopie. Il a isolé ce syndrome sous le nom de syndrome porto-radiculaire ; quel que soit le siège des lésions, il s'agit d'une même maladie ; seule la prédominance de la localisation varie.

La splénomégalie donne les meilleurs résultats dans le syndrome de Banti, sans thrombose et sans hémorragies gastriques. Dans les splénomégalies avec hémorragies, l'intervention doit cependant être conseillée et l'on peut en attendre une amélioration, les hémorragies devenant moins fréquentes et moins abondantes. Elles ne sont pourtant pas toujours supprimées et il a vu cinq malades décédés d'hémorragies gastro-intestinales entre 2 et 7 ans après la splénectomie, ce qui tend à prouver que les lésions gastriques continuent à évoluer pour leur propre compte.

M. Cain ne croit pas que le mecanisme habituel des grandes hémorragies gastriques soit lésionnel. Il pense à l'existence de raptus hémorragiques par troubles vaso-moteurs plutôt qu'à celle de lésions vasculaires proprement dites.

Michelle ZAGDOUN VALENTIN.

« Il ne viendrait que rarement à l'idée des Conseils généraux de départements de plaine ou de départements maritimes de créer leurs sanatoria départementaux dans des régions alpestres ou pyrénéennes, dans le Jura, ou ailleurs. La France est grande, elle possède de magnifiques ressources climatiques. Mais on ne sait pas, ou on ne veut pas les utiliser. Notre pays n'est centralisé que politiquement. »

(Dr Jean Albert-Weil. — L'hygiène sociale dirigée. *La Revue de Paris*, 15 mai 1937.)

« Si la chirurgie veut éviter la fonctionnarisation, si le spectre de la médecine à la chaîne doit disparaître, il faut que les malades, au plus tôt, retrouvent comme par le passé, dans chaque chirurgien la tendresse d'un Pozzi, et dans chaque médecin le cœur d'un Charcot. »

(Docteur DERECQ. — Le traitement préventif de la douleur en chirurge. *Le Concours Médical*, 22 août 1937.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Médecine

Les rapports qui existent entre les troubles du métabolisme de la folliculine et les troubles circulatoires ont été jusqu'ici à peu près méconnus. — Un certain nombre d'observations permettent cependant de penser qu'il existe entre les fonctions des glandes génitales et l'apparition des artérites des membres inférieurs, des rapports qui méritent d'être retenus. Elles apparaissent surtout lors de la ménopause ou en corrélation avec des troubles endocriniens génitaux.

En outre part, l'étude clinique et humorale de ces artérites révèle deux notions :

a) Il existe presque toujours dans les poussées évolutives des artérites chez l'homme, des troubles cliniques génitaux pouvant aller jusqu'à l'impuissance ;

b Le dosage de l'élimination folliculinique dans l'urine révèle chez ces malades des modifications importantes et parfois même l'absence complète de toute élimination folliculinique.

Dans les artérites graves, bilatérales, une thérapeutique folliculinique exclusive a pu amener une stabilisation des lésions et une amélioration fonctionnelle considérable ; cette thérapeutique devra toujours être pratiquée de façon continue, à doses moyennes, en répétant par exemple bimensuellement des injections de 10.000 unités de folliculine ; elle sera toujours contrôlée par des dosages réguliers de folliculine dans les urines et dans le sang.

Les résultats favorables que l'on peut obtenir dans le traitement des artérites des membres inférieurs par la thérapeutique folliculinique semblent être en rapport avec l'amélioration de la circulation collatérale, ce qui permet de penser qu'il y aurait peut-être intérêt à étendre ce mode de traitement à d'autres troubles circulatoires périphériques.

(Maurice Racine, Henri Reboul et R. Gorse. Artérites des membres inférieurs et folliulcine. *Le Concours Médical*, 26 septembre 1937.)

Gynécologie

En présence d'une femme atteinte d'une annexite ou d'un phlegmon du ligament large, ce n'est que très exceptionnellement qu'on peut être amené à opérer d'emblée, lorsqu'on voit la malade pour la première fois, et seulement pour répondre à des indications pressantes, dont la rupture d'un pyosalpinx ou d'une collection suppurée dans l'abdomen est la plus urgente ; la constatation d'une collection de pus bombant dans le vagin et sur le point de s'ouvrir dans le vagin ou dans le rectum en est un autre cas, qui indique la colpotomie. Mais, à part ces cas spéciaux où une intervention chirurgicale s'impose d'une façon évidente et immédiate, les annexites doivent être traitées médicalement, tout au moins d'abord, et la chirurgie ne doit intervenir que dans une minorité de cas, secondairement, et après échec avéré du traitement médical.

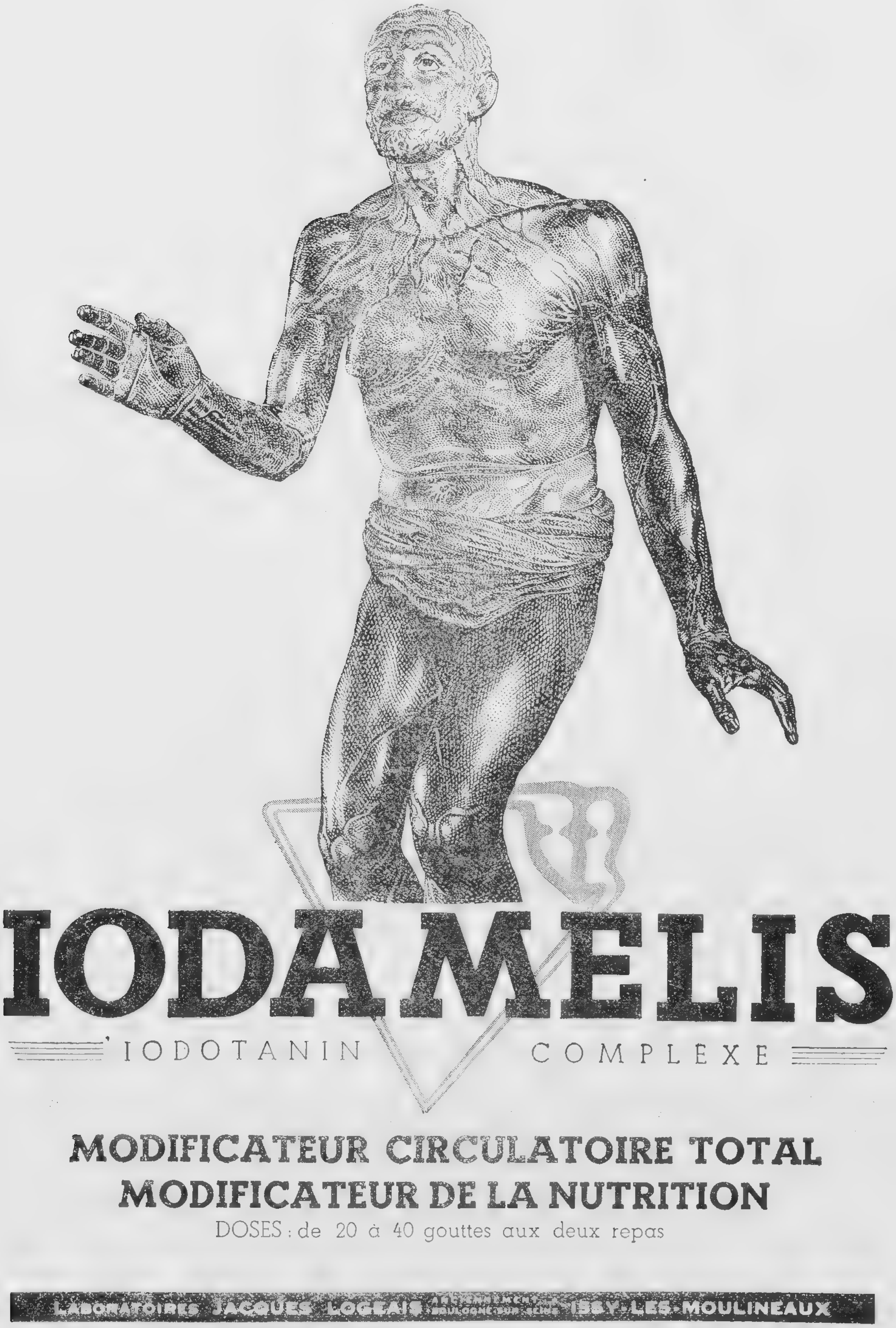
Ce traitement médical est bien connu. Repos complet et suffisamment prolongé, par immobilisation au lit, ou seulement par séjour sur la chaise longue s'il s'agit d'un cas chronique, glace sur le ventre, lavements chauds suivant la méthode de Reclus, irrigations vaginales chaudes, application d'ovules, parfois diathermie, ce traitement donne souvent les meilleurs résultats. Mais un des gros progrès accomplis dans ce traitement réside dans l'emploi de la vaccinothérapie. Les vaccins existants sont nombreux, les uns monovalents (antigonococcique, etc.), les autres polyvalents. On peut aussi recourir à des auto-vaccins spécialement préparés pour le sujet.

L'auteur emploie surtout le vaccin de Delbet, malgré ses inconvénients : réaction locale douloureuse au niveau de la piqûre dont les malades se plaignent souvent pendant deux ou trois jours, réaction générale fébrile parfois assez marquée.

L'évolution vers la guérison d'une annexite aiguë ou subaiguë ou d'un phlegmon pelvien traités médicalement par la vaccinothérapie, en particulier par le vaccin de Delbet, se fait en général en trois étapes successives.

La première étape est caractérisée par la sédation ou la disparition de la douleur.

Une seconde étape dans la rétrocession des symptômes consiste dans l'abaissement de la température et la disparition de la fièvre. Elle demande un temps variable, qui n'est souvent que de quelques jours, mais qui peut durer bien davantage.


IODAMELIS
IODOTANIN COMPLEXE
MODIFICATEUR CIRCULATOIRE TOTAL
MODIFICATEUR DE LA NUTRITION
DOSES : de 20 à 40 gouttes aux deux repas
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ANCIENNEMENT À BOULOGNE-SUR-SEINE ISSY-LES-MOULINEAUX

Une troisième étape est marquée par la régression de la masse annexielle qui diminue de grosseur, sans toujours disparaître intégralement.

(Paul Guénot. — Quelques remarques sur l'évolution des annexites et des phlegmons pelviens. *Le Bulletin Médical*, 25 septembre 1937.)

Les cancers du corps utérin et les cancers du col, bien que siégeant au niveau du même organe, se comportent du point de vue anatomo-clinique d'une manière toute différente, il en résulte des possibilités de traitement différentes aussi.

Pour le traitement des épithéliomas du corps utérin, l'hystérectomie garde encore de très nombreux partisans, car elle donne un pourcentage élevé de guérisons durables.

Il est possible que dans un avenir rapproché, la radiothérapie se substitue à l'exérèse chirurgicale.

En ce qui concerne les épithéliomas du col de l'utérus, l'hystérectomie est au contraire, à peu près complètement abandonnée. La radiothérapie (radium et rayons X) donne un pourcentage de guérisons qui décroît rapidement avec le degré d'envahissement du cancer, démontrant ainsi l'importance et la nécessité du diagnostic précoce.

(Docteur Simone Laborde. — Le traitement des cancers de l'utérus. *Le Bulletin Médical*, 25 septembre 1937.)

Clinique thérapeutique

Il n'est guère de contre-indications à prodiguer aux cardiaques le soulagement que peut leur apporter la morphine. Le traitement opiacé ne comporte, tant pour le cœur que pour le rein, que des risques minimes. Il ne mérite donc pas d'être réservé seulement aux cas désespérés, voués à l'euthanasie, à ces malheureux malades, évoqués par Huchard, «qui, lorsqu'ils ont cessé de vivre, n'ont en réalité que fini de mourir ».

D'autant plus que la morphine, en calmant la douleur, la dyspnée ou l'insomnie, en réfrénant les centres nerveux, produit dans nombre de cas une amélioration qui n'est pas seulement symptomatique. Ainsi se révèle-t-elle, chez les cardiaques, « souvent utile, parfois indispensable » (Donzelot).

(Cl. Macrez. — La morphine chez les cardiaques. *Paris Médical*, 25 septembre 1937.)

Stomatologie

Chez les enfants nés avec une **division de l'un des organes essentiels de la phonation**, deux moyens sont employés, souvent même conjugues pour suppleer à la carence du voile : l'opération, la prothèse.

La méthode chirurgicale de M. Veau permet d'obtenir 75 p. 100 de phonations normales.

Tout sujet qui ne peut parvenir à une phonation normale après staphylorraphie et justiciable de la prothèse qui permet souvent d'avoir une excellente phonation.

Les meilleurs appareils sont les obturateurs. Il n'existe pas de type d'obturateur « omnibus ». Il faut que le systeme soit adapté à chaque cas particulier.

Deux types d'obturateurs donnent des résultats phonatiques constants ; *chez les opérés* : l'obturateur à balle fixe ; *chez les non opérés*, l'obturateur du cavum dont il existe divers types.

(Borel-Maisonny. Résultats phonétiques obtenus dans les fissures palatines. *Revue de Stomatologie*, octobre 1937.)

Varia

Le symptôme qui caractérise avant tout les **grands calculs du rein**, c'est la pyurie, pyurie tenace, résistant à tous les traitements, pyurie qui suivant la formule classique doit faire pratiquer une radiographie. En passant je vous rappelle cette formule : toute pyurie qui n'est pas démontrée nettement d'origine tuberculeuse doit inciter à la radiographie du malade, car elle est souvent sous la dépendance d'un calcul.

Pendant des années, car ces calculs mettent parfois des années à se former, les malades ne souffrent pas, n'ont nullement conscience qu'ils ont un calcul de ce volume dans leur rein.

A un moment donné, ces calculs peuvent devenir douloureux, mais ils ne provoquent pas la crise de coliques néphrétiques, ils provoquent de la lourdeur, quelquefois des douleurs continues, mais douleurs très supportables.

(Leçon clinique du Professeur Marion. Les grands calculs du rein. *Journal des Praticiens*, 7 août 1937.)

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes dans les cas de dolichocôlon. Il ne peut guère être reconnu qu'à la radioscopie et là encore on se trompe fréquemment : la radiologie peut ne pas déceler des lésions organiques existantes ou elle semble confirmer un diagnostic clinique inexact.

Dans deux observations des auteurs le diagnostic fut : dans le premier cas, crises douloureuses du flanc gauche vraisemblablement nephrétiques ; dans le second cas, tuméfaction rénale gauche, hydronéphrose possible.

(De Lagoanère, Camentron et Picout-Laforêt. — A propos de deux observations de dolichocôlon. (Erreurs de diagnostic). *Gazette Médicale limousine*, juillet-août 1937.)

Le diagnostic du cancer du côlon transverse est souvent difficile. Cette variété de néoplasme peut en effet ne s'accompagner que de signes intestinaux assez discrets.

L'occlusion est assez rare dans cette forme ; par ailleurs, lorsque la maladie se traduit par l'existence d'une tumeur abdominale palpable, il peut être très épineux d'en préciser l'origine. Il s'agit presque toujours, en effet, d'une tumeur mobile, dont le siège, très variable dans la cavité abdominale, peut induire facilement en erreur et risque de porter l'attention sur un autre organe (rein, vésicule, ovaire, etc.), surtout quand les signes intestinaux sont atténués.

Le cancer du côlon transverse se présente sous des formes cliniques variées : dyspeptique, gastrique, sténosante, tumorale, biliaire, fébrile, etc., etc.. L'examen radiologique est, dans tous les cas, indispensable pour l'élaboration d'un diagnostic sinon de certitude, au moins de grande présomption.

(A. Cade et M. Milhaud. — Les formes larvées du cancer du côlon transverse. *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1937.)

L'ulcère pylorique vrai est caractérisé par la variabilité (plus grande que celle des autres ulceres digestifs) de ses caractères cliniques.

Le symptôme constant est la douleur, mais il y a crise et crise.

Dans les cas typiques les périodes douloureuses sont de deux à trois semaines, séparées par des périodes d'accalmie de plusieurs mois. L'horaire est en général semi-tardif.

Dans les cas atypiques les crises sont essentiellement brèves (de deux à huit jours) et sans horaire fixe. Ce sont les cas les plus nombreux.

Le diagnostic radiologique est considéré comme difficile.

(Ch. Garin et P. Bernay. — L'ulcère pylorique vrai. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1937.)

Si la syphilis donne des manifestations multiples dans les poumons, elle a une tendance toute spéciale à l'évolution scléreuse. Sa localisation se fait en général le long des bronches, le processus gommeux est l'exception.

Il faut avoir présente à l'esprit la grande proportion de sujets touchés par la syphilis, quand on ausculte un tuberculeux, authentique ou présumé tel.

Le médecin a plutôt tendance à agir comme si le diagnostic de tuberculose éliminait la syphilis, alors que les associations sont relativement fréquentes.

Il faut donc toujours penser à la syphilis en auscultant un tuberculeux.

Il faut tenter un traitement antisyphilitique chez tout tuberculeux douteux.

Telles sont les lignes de conduite qu'il est sage de suivre dans la pratique.

Le traitement spécifique est sans danger s'il est mené avec douceur ; on commence par le mercure et le bismuth, on continue avec l'arsenic et même avec les iodures.

Il est indispensable de penser, en pédiatrie, aux manifestations trachéo-bronchiques et médiastinales d'origine syphilitique.

(M. Rochedieu. — Des différentes manifestations de la syphilis pulmonaire. *Maroc Médical*, 15 septembre 1937.)

On admet la rareté de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte de nos pays en tant que maladie autonome.

Cette règle générale souffre d'ailleurs quelques exceptions et on observe parfois chez l'adulte jeune des adénopathies constituées par d'énormes masses caséeuses médiastinales et hilaires.

L'auteur se base sur une observation personnelle pour établir une évolution en trois périodes :

1° La localisation initiale de l'infection tuberculeuse sur le système ganglionnaire médiastino-hilaire, le poumon lui-même n'étant atteint que secondairement, à une période tardive de l'affection.

2° La coexistence de ganglions caséeux dans d'autres territoires et de tuberculose de la rate.

3° L'évolution rapide de la maladie dont la durée totale n'excède pas quelques mois.

(Ch. Roubier. — L'adénopathie tracho-bronchique tuberculeuse à marche rapide chez le jeune adulte. *Journal de médecine de Lyon*, 5 août 1937.)

Dans un pays d'infestation amibienne, l'abcès du foie, qui tend actuellement à devenir plus rare, peut être confondu avec certaines affections hépatiques ; de même certains cancers du foie donnent un tableau clinique très proche d'un abcès du foie subaigu ou chronique.

Il en est ainsi dans une observation de l'auteur, où ni l'analyse des symptômes ni les examens de laboratoire ne permirent de trancher le diagnostic et pour lequel une laparotomie exploratrice fut nécessaire.

(F. Duboureau et P. Fort. — Cancer nodulaire du foie ayant simulé un abcès du foie. *Maroc Médical*, 15 août 1937.)

L'anesthésie du sympathique lombaire inhibe la sécrétion sudorale, mais provoque surtout dans le membre inférieur correspondant une vaso-dilatation, qui se traduit expérimentalement par l'hypotension périphérique, cliniquement par la rougeur, l'hyperthermie locale, l'augmentation de l'indice oscillométrique et l'élévation du taux des hématies et des leucocytes.

Les manifestations de l'hyperhémie active provoquée ont leur intensité maxima à l'extrémité distale du membre ; elles ne restent pas localisées au côté opposé.

Le mécanisme de cette action vaso-dilatatrice ne semble pas être dû à la paralysie totale des vaso constricteurs, mais liée à une action inhibitrice portant sur les vaso-constricteurs. Une vaso-dilatation active peut encore se produire après analgésie de la chaîne nerveuse.

La durée des effets obtenus est transitoire, mais dépasse toujours celle d'une simple anesthésie et se prolonge pendant un temps variable de plusieurs heures à quelques jours.

(J. Naulleau et H. Goude. — La novocaïnisation du sympathique lombaire. *Archives médicales d'Angers*, août 1937.)

Le sens de l'expression : *résistance aux médicaments* est variable.

Pour le biologiste il existe une résistance due aux modifications subies par le seul parasite ; c'est, par exemple, le cas des trypanosomes devenus arséno-résistants par le seul contact *in vivo* avec certains produits arsenicaux. L'organisme parasité entre certainement en jeu dans la constitution de la résistance médicamenteuse ; c'est alors le cas des trypanosomes rendus résistants chez les animaux de laboratoire ou l'homme infecté.

Pour le médecin, qui contrôle le malade, la résistance aux médicaments n'est que la résistance de la maladie au traitement. Or les lésions sont souvent des effets éloignés de l'agent pathogène, qui a déclenché dans certains organes un trouble morbide, qui continue à évoluer de lui-même, alors que l'agent causal en semble définitivement absent.

Dans la pratique il faut éliminer les fausses résistances, telles que la résistance d'emblée, naturelle, primitive et l'échec thérapeutique, dû à des doses insuffisantes.

La résistance médicamenteuse peut être :

1° Une résistance atténuée, demi-résistance, souvent inaperçue ;

2° Une chimio-récidive ; l'amélioration ne persiste pas et la reprise du traitement est inefficace ;

3° Une résistance limitée à certaines lésions ;

4° Une activation, qui est un effet paradoxal : l'aggravation par le médicament.

L'intérêt de la résistance acquise réside dans les cas où l'accoutumance a été provoquée par un traitement insuffisant, aboutissant à une véritable mithridatisation du parasite contre le médicament.

(H. Bonnin, R. Aretas et Ch. Crozafon. La résistance médicamenteuse. *Gazette médicale du Sud-Ouest*, 15 septembre 1937.)

Le traitement des encéphalites psychosiques est soumis à des règles bien précises :

1° Agir précocement dès le début de l'ascension thermique.

2° Employer une médication intensive contre la toxi-infection : urotropine, salicylate et surtout iogol (iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol).

3° Renforcer l'action de cette médication par une thérapeutique adjuvante : balnéation, sédatifs (de préférence sérum bromuré à 10 %), etc.

4° Prolonger la médication toxi-infectieuse.

5° Combattre par une méthode de choc (huile soufrée) l'apparition de signes discordants, faisant redouter une évolution démentielle.

(Hamel et Edert. — Considérations sur la thérapeutique des encéphalites psychosiques subaiguës. *Revue médicale de Nancy*, 1er septembre 1937.)

Le tétrachloréthylène agit sur les cestodes quand d'autres remèdes ont échoué.

Le médicament est utilisé sous forme de capsules gélatinisées de 1 gr. et de 0,50 gr.

Le malade, à jeun, prend le matin dans son lit, à dix minutes d'intervalle, 4 capsules d'un gramme, avec un peu d'eau ; un enfant prend des capsules de 0,50 gr.

Une demi-heure après l'absorption de la dernière capsule, le malade est purgé avec 40 grammes de sulfate de magnésie, dissous dans un verre d'eau.

Il boira ensuite de dix en dix minutes de grands bols de bouillon de légumes et ira à la selle sur un seau hygiénique rempli d'eau tiède, les fesses au contact de l'eau jusqu'à expulsion complète du ver.

(Ch. Garlin. — Le traitement des tænias de l'homme par le tétrachloréthylène. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1937.)

L'urotropine a été expérimentée avec succès dans les psychoses de Korsakoff. Voici les conclusions :

1° Même en ces dernières années, la littérature n'abonde pas en essais thérapeutiques dirigés spécialement contre les psychoses de Korsakoff, qui ont surtout été étudiées des points de vue étiologique ou pathogénique.

2° Même s'il y a des lésions corticales dans les psychoses toxiques, le rôle du foie y apparaît comme primordial et d'une façon plus précise encore quand l'étiologie alcoolique est en jeu.

3° Les guérisons spontanées sont rares.

4° On remarquera la prédominance du sexe féminin et l'âge habituel des sujets, entre 45 et 55 ans.

5° Les injections intraveineuses d'urotropine à haute dose agissent d'une façon biochimique en augmentant le pouvoir de défense de la cellule hépatique.

6° On consolidera les résultats acquis par un traitement hépatique.

(Brunerie et Moitel. Considérations sur l'emploi de l'urotropine comme thérapeutique des psychoses de Korsakoff. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1937.)

Varia

Il est bien entendu que les médecins doivent savoir l'anatomie du corps humain. Il est cependant une série d'organes qu'ils ignorent et qu'ils se vantent même d'ignorer, celle des dents (G. Beltrani, de Marseille).

Toutes les statistiques montrent le peu de fréquence de la grossesse chez les femmes atteintes de maladie de Basedow (Morel, de Dijon).

Quand on fait une erreur de diagnostic ou un diagnostic incomplet, c'est souvent parce que l'on n'a pas attaché assez d'importance à l'un des symptômes, dont la valeur n'apparaît qu'après coup (Viannay et Rimaud, de Saint-Etienne).

J. Lafont.

« C'est une erreur de prétendre former uniquement les praticiens à l'hôpital. La médecine est autre chose qu'un métier ou la seule technique est reine. Il faut comprendre les actes que l'on pratique. Il faut un enseignement supérieur. L'hôpital et la Faculté pour être différentes ne s'opposent pas ; ils se complètent. Il n'est que de bien définir le domaine qui leur est relativement assigné. » (Dr Georges Laffitte. — Le médecin. Sa formation. Son rôle dans la société moderne. Editions Delmas).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Les crampes ou dyscinésies professionnelles vraies ne forment pas un ensemble homogène, notamment au point de vue pathogénique : la paratonie, l'hyperkinésie, l'état psychique, la défectuosité de la technique, les conditions du travail n'interviennent pas chez tous les sujets dans une même proportion ni au même degré pour déterminer le trouble de coordination.

On peut diviser les dyscinésies professionnelles en trois groupes :

1° Le type paratonique comprend les cas où domine la paratonie du sujet. Les contractions sont globales, communes à divers muscles au lieu d'être déliées et délicates. On peut se représenter cette tendance en envisageant la difficulté éprouvée par le pianiste débutant pour frapper une note de piano avec l'annulaire lorsque les autres doigts occupent les touches voisines.

2° Le type hyperkinétique est caractérisé par la prédominance de l'hyperkinésie globale ou localisée à certains muscles par l'existence de secousses cloniques (variété myoclonique) ou par des tremblements (variété trémulante) chez des malades qui ne sont pas nécessairement des paratoniques avérés ni des maladroits.

3° Le type tachyergique survient par abus fonctionnel chez des sujets, qui, par nécessité ou amour-propre, cherchent à soutenir ou à dépasser leur record de vitesse (virtuoses de l'aiguille, de la plume, du manipulateur télégraphique, de la machine à ecrire, d'instruments de musique, etc...).

(H. Callewaert. Crampes professionnelles. Pathogénie. Formes cliniques. Traitement. *Scapel*, 14 août 1937.)

La rachianesthésie haute a fait deux acquisitions importantes dans ces dernières années : l'introduction de la percaïne et l'application du dosage individuel par administration progressive de l'anesthésique.

Si la percaïne est le plus toxique des anesthésiques rachidiens, elle est douée, par contre, d'un pouvoir anesthésiant puissant et suffisamment prolongé pour permettre l'exécution aisée des interventions les plus longues. La notion si fondamentale de la susceptibilité individuelle aux anesthésiques en général et à l'anesthésique rachidien en particulier a conduit à la seule technique logique et rationnelle de la rachianesthésie, qui consiste à introduire progressivement et prudemment la dose nécessaire à l'exécution de l'acte opératoire.

Les auteurs attribuent des accidents à la percaïne hypobare et préfèrent utiliser la percaïne isobare.

(J. de Caestecker et E. Derom. Nouvelle technique de rachianesthésie haute fractionnée. *Scalpel*, 28 août 1937.)

La question du barbiturisme aigu est toujours d'actualité.

La symptomatologie générale est bien connue. Il s'agit d'un coma de gravité variable suivant la dose et la nature du toxique ingéré, mais aussi suivant les individus. On peut observer tous les degrés d'intensité, du sommeil profond au coma complet. Le relâchement musculaire est total, mais il peut être entrecoupé de périodes d'agitation. L'hypotension est de règle. Les pupilles sont plutôt en myosis dans les cas légers, en mydriase dans les cas graves. Les réflexes tendineux sont généralement conservés. La fièvre a été souvent notée, mais elle ne paraît cependant pas aussi constante qu'on le dit. Il existe parfois de l'oligurie, parfois de l'incontinence, mais bien plus souvent de la rétention. Les éruptions barbituriques peuvent avoir toutes les formes possibles : généralisées, localisées en larges macules ou papules, ou encore pemphigoïdes.

La thérapeutique a été purement symptomatique jusqu'en 1933 et consistait dans l'administration d'analeptiques cardio-respiratoires. Ide attira alors l'attention sur les travaux des auteurs américains. Haggard et Greenberg, puis de nombreux auteurs avaient traité avec succès des intoxications strychniques expérimentales par des injections intraveineuses de barbituriques et réciproquement. La conclusion était que la dose mortelle de barbiturique est neutralisée par l'injection unique de trois fois la dose mortelle de strychnine. Ces données furent transposées en clinique, mais, avec le recul actuel, il semble que les conclusions ainsi formulées sont trop absolues. Il faut tenir surtout compte de la sensibilité individuelle, qui présente des variations très importantes. Il ne faut pas croire que les très fortes doses de strychnine soient d'une efficacité certaine lorsqu'un sujet a absorbé des quantités considérables d'un barbiturique.

Les analeptiques cardio-respiratoires, comme la caféine, la coramine, le cardiazol et l'héxétone, associés à l'éphédrine, jouent un rôle adjuvant, souvent au premier plan.

Il est essentiel de traiter le collapsus respiratoire par le réchauffement, la réhydratation, les injections de glucose, éventuellement la transfusion ; l'administration d'oxygène est également très utile.

(M. Van der Ghinst. A propos des intoxications barbituriques. Remarques sur une statistique de trente-neuf cas. *Scalpel*, 14 août 1937.)

J. LAFONT.

Echos et Glanures

Quelques précurseurs de Forlanini. — *M. Mistal rappelle* (REVUE DE LA TUBERCULOSE, juillet 1937) *quels furent les précurseurs de Fortanini. Voici quelques extraits de son étude très documentée.*

Dans l'antiquité, le pneumothorax spontané ne semble pas avoir été connu. La première mention d'une affection de poitrine grave se trouve dans une légende rapportée par Cicéron, qui relate le cas d'un certain Jason de Phérès atteint d'une maladie pulmonaire incurable qui voulut mourrir dans la bataille et guérit après avoir reçu une blessure thoracique, ceci sans doute après ouverture et évacuation d'un abcès pulmonaire ou d'un empyème.

Platon raconte qu'Euriphon de Cnide ouvrit la poitrine de Cinesiasi qui était mourant à l'aide d'un fer chaud, et qu'il lui sauva ainsi la vie.

Les opérations d'empyèmes étaient déjà connues d'Hippocrate qui vécut de 460 à 377 avant J.-C. Après avoir secoué le malade pour reconnaître la présence d'un épanchement, l'on entourait son thorax d'une toile humide enduite de terre ; l'endroit où elle séchait le plus rapidement était considéré comme le plus propice à l'intervention, car la température y était la plus élevée par suite du siège probable de la maladie. L'on ne se contentait pas seulement d'une simple ouverture du thorax, l'on s'occupait aussi du drainage, en introduisant un tube de zinc dans la plaie pour permettre l'écoulement du pus.

Hippocrate avait déjà préconisé la térébration des côtes, c'est-à-dire leur perforation lors de ponctions d'épanchements, pour pouvoir fermer l'ouverture produite, à l'aide d'un bouchon et en règler la pression.

La fistule interne était déjà connue à Galien qui l'avait ainsi dénommée, après avoir observé qu'en lavant des empyèmes avec de l'eau de miel, cette dernière pouvait être expectorée par la bouche et que le poumon présentait alors une perforation en communication avec la cavité pleurale.

Celse la diagnostiquait lorsque l'air s'échappait de la paroi thoracique avec la respiration et que le malade présentait une expectoration sanguinolente et spumeuse.

Guy de Chauliac vers 1300 et Dalla Croce vers 1560 reconnaissaient la perforation pulmonaire en approchant une flamme du thorax lorsque cette dernière vacillait au contact de l'air exprimé.

On utilisait aussi des plumes et des parcelles de coton dans le même but, ainsi qu'un miroir qui se couvrait de buée en cas de fistule.

Cependant Colombo avait déjà constaté vers 1540 qu'une blessure pulmonaire ne provoquait pas nécessairement une perforation suivie d'une fuite gazeuse et ceci en présence d'adhérences qu'il avait contrôlées par des autopsies.

Nulle part il n'est fait mention du pneumothorax.

Un pneumothorax à soupape fut décrit par Jean Riolan (1580 à 1657) qui le reconnut chez un malade présentant des symptômes de déplacement cardiaque, en voyant s'échapper beaucoup d'air sous pression, au lieu du liquide qu'il escomptait voir apparaître après la ponction.

Ce n'est qu'Alexandre Monro le Jeune, d'Edimbourg, qui put différencier nettement le pneumothorax de l'empyème en 1760, en recommandant la paracenthèse non seulement dans l'épanchement purulent, mais aussi dans ce qu'il appelait l'emphysème interne.

L'expression « pneumothorax » a été employée pour la première fois par William Hewson (1739 à 1774), qui décrivit l'irruption de l'air dans la cavité pleurale, après rupture pulmonaire sans blessure de la paroi thoracique. Cet auteur reconnut que ce gaz provenant des bronches comprime le poumon et il proposa la paracenthèse pour éviter l'étouffement. En aucun cas l'on ne songeait à utiliser le collapsus dans des buts thérapeutiques, bien au contraire l'on estimait en général à cette époque que toute entrée d'air dans la cavité pleurale était dangereuse, mais les méthodes que l'on utilisait pour y remédier étaient très différentes les unes des autres.

En 1658, Bontius préconisa dans ce but des injections intra-

thoraciques de décoction de quinine et de miel de roses, après de larges incisions de la paroi lors d'opérations d'empyèmes. Thomas Bartolin (1616 à 1680) s'efforça d'arriver au même résultat en fermant la plaie avec un doigt immédiatement après l'incision.

Burmann (1698 à 1721) estimait au contraire que l'ouverture du thorax n'est pas très dangereuse, et qu'elle n'entraîne pas nécessairement « la fuite des esprits vitaux », selon son expression.

Verduc croyait que c'est surtout l'air froid s'engouffrant subitement dans la cavité pleurale qui est nuisile, de même que Heister (1683 à 1758) qui ne procédait jamais à une intervention thoracique sans chauffer la salle d'opérations avec un feu de charbon, supposant ainsi raréfier l'air par cette métnode.

Il lui semblait que la quantité de gaz introduite dans la cavité pleurale a son importance, car il s'efforçait d'en retirer avec la bouche ou la seringue, ainsi qu'en faisant faire des inspirations profondes au malade.

Bassius (1690 à 1754) tâchait d'empêchait l'entrée de l'air dans le thorax en ne perforant pas la paroi musculaire dans le plan où il transperçait la peau, pour obtenir facilement la fermeture de la plaie produite.

On s'était aussi préoccupé de la pression intrapleurale dont on s'efforçait d'éviter les variations trop brusques, c'est ainsi que Benjamin Bell (1749 à 1806) estimait, en présence d'exsudats ou d'empyèmes bilatéraux, qu'il ne fallait opérer qu'un seul côté avant de procéder à l'autre intervention, en s'évertuant d'aspirer tout le gaz contenu dans la cavité pleurale. Il était reconnu que l'air ne s'engouffre pas nécessairement dans le thorax, le chirurgien de Napoléon, Lassus (1741 à 1807), avait remarqué qu'il n'en entre que fort peu lors de l'ouverture d'un empyème de nécessité.

Au Moyen-Age l'on ne s'occupe pour ainsi dire pas du traitement des affections de poitrine.

Au XVIIe siècle, Willis s'efforce de soigner les cavernes pulmonaires à l'aide de petites entailles superficielles faites dans la paroi thoracique.

Les communications d'un médecin italien Baglivi faites en 1696 deviennent extrêmement intéressantes.

Cet auteur décrit les guérisons de tuberculeux pulmonaires après des blessures profondes de la poitrine reçues à la guerre et il est le premier à recommander l'ouverture du thorax pour soigner la phtisie en introduisant directement des médicaments dans le poumon malade.

Il est possible qu'un pneumothorax spontané sans infection se soit ainsi produit, permettant la guérison de la tuberculose.

La chirurgie pulmonaire vient ainsi à la mode et au XVIIIe siècle Barry, Boerhave, Pouteau, David, Sharp procèdent à des ouvertures du thorax. En 1797, Faye fait des injections directes dans des cavernes pour les nettoyer et les libérer de leur contenu, suivi dans cette voie par Belle et Richter.

En 1829, Jean François Wenzel Krimer publie qu'il est possible de guérir la tuberculose pulmonaire par des opérations chirurgicales. Des tentatives analogues furent faites par Bouchut et Bréchet en 1831. En 1845 Hasting et Storks décrivent la guérison d'un pntisique après ouverture de cavernes.

En 1846, von Herff procède à la paracentèse du poumon dans deux cas de tuberculose avec de bons résultats.

Tous ces auteurs ne s'occupent cependant pas de la compression gazeuse. L'inventeur de la collapsothérapie est James Carson de Liverpool, qui découvrit en 1819 l'élasticité pulmonaire qu'il mesura exactement à l'aide d'un manomètre, après avoir procédé à un pneumothorax artificiel chez un lapin, par incision d'un espace intercostal.

Il reconnut que c'est l'élasticité pulmonaire entrant en action par suite de la pression négative de la plèvre qui augmente les ulcérations tuberculeuses à l'intérieur du poumon, en éloignant leurs bords et en empêchant leur cicatrisation.

C'est pourquoi il déclara que si l'on pouvait collaber l'organe atteint en agissant ainsi contre l'élasticité, la cicatrisation des cavernes serait beaucoup plus facile.

Carson put démontrer que l'on peut procéder au pneumothorax bilatéral pourvu que les deux interventions ne soient pas trop rapprochées, et cette intervention a donc déjà été préconisée il y a plus de cent quinze ans.

Pour ne pas obtenir un collapsus massif en une seule fois, Carson recommanda d'insuffler de petites quantités d'air à diverses reprises.

Cet auteur est donc l'inventeur incontestable du penumothorax ouvert. Il est regrettable qu'il n'ait jamais mis son idée à exécution chez l'homme, et qu'il se soit contenté d'expériences sur les animaux.....

L'initiation de l'étudiant en médecine. — *M. René Dumesnil publie* (Mercure de France, 15 octobre 1937) *quelques impressions de sa vie médicale, années d'études souvenirs de guerre. En voici un extrait :*

« Aujourd'hui, ce que l'on appelle la « sexualité » est si bien à la mode qu'on en parle à tout propos et en tous lieux, j'imagine même à la table de famille, dans certaines familles, car c'est positivement une obsession, pour beaucoup une idée fixe. Ils appellent cela de la franchise : sans doute est-il juste que, par cette franchise, la vertu rende à son tour hommage au vice, comme naguère, par hypocrisie, le vice rendait hommage à la vertu. Freud, ou plutôt ceux qui se réclament de ses écrits et ne les ont pas toujours compris, ne les ont quelquefois même pas lus, ont troublé bien des têtes, et si bien qu'il ne doit plus y avoir beaucoup d'étudiants qui arrivent en première année de médecine après le P. C. N. ou le P. C. B. sans être persuadés qu'ils en savent plus long sur la femme que don Juan, Valmont et tous les roués ensemble. L'éducation mixte, le cinéma, les périodiques à couvertures alléchantes n'empêcheront cependant jamais Chérubin de n'être encore qu'un enfant, de trembler devant le mystère, — car le mystère est fait de son propre désir, ce qui sans doute est heureux.

Il y a dans un roman dAlexandre Dumas qui fut célèbre (le lit-on encore aujourd'hui) *L'Affaire Clémenceau*, quelques pages qui n'ont pas tellement vieilli. Ce qui me fait l'affirmer, c'est qu'elles traduisent en français du XIXe siècle, j'entends qu'elles transposent dans les mœurs de 1866, un trouble qui fut celui d'Adam devant Eve, et qui, de l'*Oarystis* ou de *Daphnis et Chloé* jusqu'à Chérubin et jusqu'au héros de Dumas, est si bien resté le même qu'on en peut conclure qu'il tient profondément à la nature de l'homme et que, de génération en génération il se transmettra pour le malheur et le bonheur de sa postérité. Dumas, donc, introduit le jeune Clémenceau, apprenti peintre, dans l'atelier de M. Ritz, son maître, au moment que Mariette, le modèle, se dévêt ; elle accomplit le geste professionnel « le plus simplement du monde, tire ses bas, et, laissant couler sa chemise à terre, elle l'enjambe, et de son pied nu la pousse derrière elle ». Le jeune homme en éprouve un frémissement de toute sa chair. L'initiation du futur médecin est plus brutale : quand ce n'est pas sur la dalle de l'amphithéâtre qu'il rencontre la nudité féminine, c'est à la salle de consultation, c'est sur un lit d'hôpital, pour qu'elle lui confie ses tares intimes et ses misères physiques, les étale devant lui, et la maladie et la mort, même quand elles n'altèrent point les lignes et leur laissent un charme séducteur, n'en sont pas moins présentes pour gâter l'émoi de ses sens. Celui qui arrive à l'hôpital et à la Faculté avec l'idée qu'il y trouvera quelques satisfactions complaisantes à ses curiosités juvéniles, n'est pas long à perdre ses illusions. La vieille allégorie de la Volupté donnant le bras à la Mort, c'est pour l'étudiant en médecine qu'elle prend sa signification profonde. S'il éprouve une fois le tremblement voluptueux du jeune héros de Dumas devant Mariette nue, c'est d'abord un sentiment d'horreur et de dégoût qu'il ressent devant le corps rongé par la maladie ou le cadavre putréfié par la mort. La tête la moins philosophique ne peut se retenir de méditer le symbole qu'aimaient à traiter les peintres et les sculpteurs de Danses macabres. Aux deux Majas de Goya, l'apprenti médecin en ajoute mentalement une troisième, et pareille au René de Châlons de Ligier Richier.

De ce contact avec les réalités les plus laides et les plus décevantes, de cette fréquentation quotidienne de la misère la plus affreuse, vient par réaction, cette exubérance de l'étudiant en médecine, cette gaieté bruyante, débordante, traditionnelle déjà chez les carabins de Saint-Côme, si volontiers traduite en chansons dont les refrains bravent délibérément l'honnêteté, en propos grassement rabelaisiens : Rabelais fut médecin plus que prêtre.

« Quelles sont les qualités morales qu'on réclame d'un bon médecin ?

« Conscience », dit le Professeur Sergent ; « honnêteté, sincérité, aménité, connaissance des hommes, énergie et surtout capacité de travail », dit James B.-E. Herrick ; « qualités de cœur », dit M. Desfosses. » (Dr Georges Laffitte. Le médecin. Sa formation, son rôle dans la Société moderne. Editions Delmas.)

Pour vivre vieux, il faut boire du vin et respecter les dames. (A. Guéniot.)

BIBLIOGRAPHIE

Divers

La Vie des Grecs d'Homère à Périclès, par M. et C.-H.-B. Quennell. Traduit de l'anglais par Guy de Budé. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec 166 illustrations, 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

On cherchait un guide dépourvu de pédanterie, mais bien informé, d'un commerce agréable, mais suffisamment instruit, qui voudrait bien, sans encombrer, accompagner le voyageur à Athènes et en Grèce. Ce guide, le voici M. et C.-H.-B. Quennell, fort heureusement, n'ont point cherché à faire complet » ; leur but était plus modeste, plus utile aussi, et consistait simplement à guider, au lieu de tuer par le document. Il nous conduit d'Homère à Périclès, et la façon dont les auteurs ont divisé l'ouvrage est des plus commodes : chacune des époques de cette longue période reçoit sa caractéristique propre, au grand profit et agrément du lecteur. Avant de nous faire passer à travers les monuments de l'art mycénien, l'architecture pré-classique et les chefs-d'œuvre du grand siècle, M. et C.-H.-B. Quennell ont tenu à écrire trois chapitres de la plus haute utilité : ils y résument, à l'usage du grand public cultivé, les récits de la légende des Argonautes et ceux de l'*Iliale* et l'*Odyssée*. Cette introduction ouvre utilement le livre où sont exposés ensuite tous les aspects de la vie publique et privée des anciens grecs. Ainsi fait, le volume est appelé à trouver de nombreux amis dans le monde des amateurs, toujours plus empressés, de la croisière en Grèce et de l'antiquité en général.

La résurrection des Villes mortes. *Mésopotamie. Syrie. Palestine. Egypte. Perse. Hittites. Crète. Chypre*, par Marcel Brion. Un vol. in-8 de la Bibliothèque Historique, avec une carte, 32 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La « résurrection des villes mortes », ce n'est pas seulement l'exposé méthodique et précis des découvertes récemment faites dans les différents champs de fouilles prospectés par les archéologues ; c'est aussi le récit de ces recherches, passionnantes souvent comme un roman d'aventures, qui conduisent à la révélation des civilisations oubliées. Chaque année, dans toutes les contrées, de nouveaux chantiers s'ouvrent où reparaissent les ruines des villes mortes. Et, dans les chantiers anciens, des fouilles poussées plus loin, plus profondément, révèlent des civilisations insoupçonnées dans les terres dont nous supposions qu'elles nous avaient déjà livré tous leurs secrets. Il n'est pas exagéré de dire que la science archéologique a fait, durant ces dix dernières années, plus de progrès, peut-être, que dans toute la durée du siècle précédent.

Marcel Brion nous présente, dans ce livre, l'archéologie comme une science vivante, comme la *science de la vie*. « Cette affirmation, écrit-il, ne paraîtra paradoxale qu'à ceux-là seulement qui ignorent la joie de voir sortir de terre des ruines chargées d'un prodigieux secret... L'archéologie n'est une science morte que pour ceux-là seuls qui méconnaissent l'immense intérêt des résurrections qu'elle opère chaque jour. Résurrections de villes oubliées, de nations dont on connaissait à peine le nom, de races qui, après un long silence sous les strates de boue et les dunes de sable, recommencent à parler et nous racontent leur histoire. »

Ainsi, loin d'être un ouvrage de sèche documentation et d'aride érudition, *La résurrection des villes mortes* fait participer le lecteur à cette aventure de la découverte qui remonte le cours des siècles jusqu'aux traces des plus antiques civilisations et lui fait partager les surprises, les émerveillements, les joies et, parfois aussi, les déceptions des archéologues, dans cette recherche pénible et magnifique qui, après avoir été si longtemps une « chasse au trésor », est devenue maintenant une « chasse à la vérité ».

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 44 — 30 OCTOBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

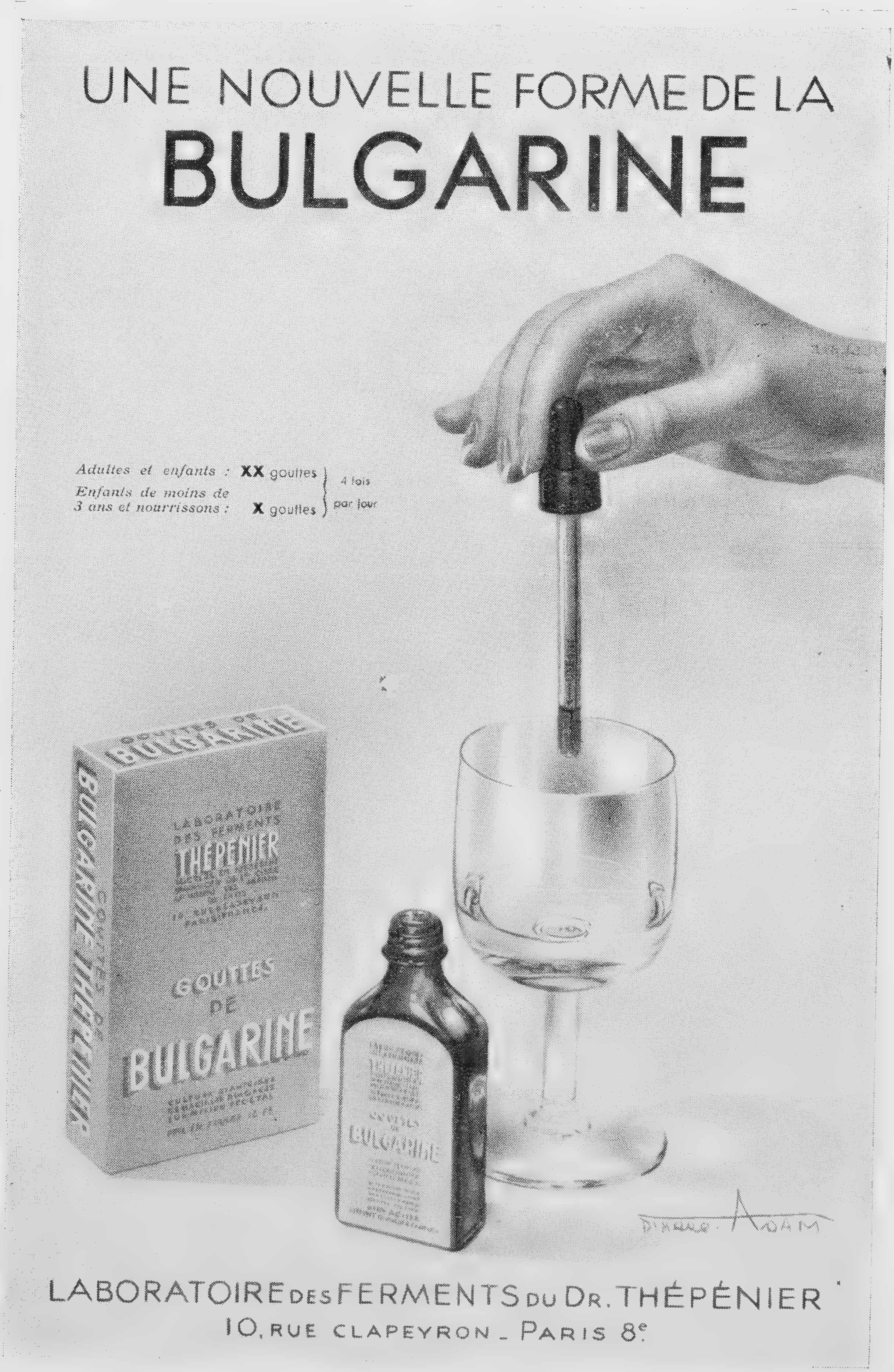
RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY
Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Cours.* — CLINIQUE MÉDICALE (Hôtel-Dieu). — M. le Professeur Paul CARNOT recommencera ses leçons cliniques le samedi 13 novembre à 10 h. 30 et les continuer le vendredi suivant à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE (Hôpital Saint-Antoine). — Le Professeur Maurice Loeper commencera son cours de clinique le jeudi 18 novembre 1937, à 11 heures (amphithéâtre Hayem) et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôpital Saint-Antoine). — M. le Professeur GRÉGOIRE commencera ses leçons cliniques le jeudi 4 novembre 1937, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 30.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôpital Cochin). — M. le Professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôtel-Dieu). — M. le Professeur Bernard CUNÉO commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 9 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

— CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Hôpital Claude-Bernard). — M. le Professeur LEMIERRE fera sa première leçon clinique, le jeudi 18 novembre 1937, à 10 h. 30 et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu). — M. le Professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 12 novembre 1937, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 6 novembre 1937, à 11 heures du matin.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le Professeur COUVELAIRE reprendra son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier). — M. le Professeur C. JEANNIN commencera son cours de clinique obstétricale, le jeudi 4 novembre 1937, à 11 heures du matin, et le continuera les vendredi, lundi et jeudi suivants, à la même heure.

— CLINIQUE UROLOGIQUE (Hôpital Necker). — M. le Professeur MARION fera sa première leçon le mercredi 17 novembre 1937, à 9 h. 30.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Asile Clinique). — M. le Professeur Henri CLAUDE, commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 17 novembre 1937, à 10 h. 30, et continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE (Hospice des Enfants-Assistés). — M. le Professeur P. LEREBOULLET reprendra ses leçons cliniques le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'amphithéâtre Parrot, à l'Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau) et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mercredi 3 novembre.

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (Hôpital des Enfants-Malades). — M. NOBÉCOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le mercredi 3 novembre 1937, à 9 heures.

— CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Hôpital Broussais). — M. le Professeur Charles LAUBRY fera sa première leçon, le samedi 13 novembre 1937, à 10 heures, et continuera son enseignement clinique le samedi de chaque semaine , à 11 heures du matin.

— CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Hôpital Lariboisière). — M le Professeur Fernand LEMAITRE commencera son cours le mardi 9 novembre 1937, à 10 heures, dans le service de la clinique à l'hôpital Lariboisière, et continuera ses leçons tous les mardis à la même heure.

— CLINIQUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE (Hôpital Cochin). — M. le Professeur Paul MATHIEU commencera son cours le mercredi 10 novembre 1937, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (Hôpital Saint-Louis). — M. le Professeur H. GOUGEROT, commencera ses cliniques le mercredi 3 novembre 1937, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte et les continuera les mardis matins, à 11 heures, à l'amphithéâtre Louis Brocq de la clinique, et les mercredis soirs, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

Concours de l'internat en médecine. — PATHOLOGIE MÉDICALE. — *Question sortie.* Maladie bronzée d'Addison.

Questions restées dans l'urne : Etiologie, symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané. — Formes cliniques des endocardites malignes. — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques. — Formes cliniques et diagnostic des cancers du foie. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Œdème aigu du poumon. — Causes et symptômes des ictères graves. — Symptômes et complications du rétrécissement mitral.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Question sortie* : Causes, signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux du rectum.

Questions restées dans l'urne : Les fractures diaphysairesdes deux os de la jambe au tiers inférieur sans le traitement. — Formes cliniques et diagnostic de l'arthrite blennorragique du genou sans le traitement. — Signes, diagnostic, évolution de l'anévrysme artériel circonscrit poplité. — Tuberculose testicule-épididymaire sans le traitement. — Cancer du corps de l'utérus sans le traitement. — Invagination intestinale aiguë du nourrisson. — Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — Signes et diagnostic du cancer du rein chez l'adulte.

— ANATOMIE. — *Question sortie* : Anatomie macroscopique des artères de l'estomac sans physiologie.

Questions restées dans l'urne : Le canal inguinal. — Le nerf grand hypoglosse à partir de sa sortie du crâne (Anatomie),

sans histologie, ni physiologie. — Anatomie de l'articulation du coude (sans physiologie). — Artère carotide interne sans embryologie ni physiologie. — Anatomie macroscopique et rapports de la capsule surrénale gauche, physiologie des surrénales. — Anatomie descriptive et rapports de l'œsophage thoracique. — Les muscles péroniers latéraux (anatomie et physiologie). — Vésicule biliaire et canal cystique (anatomie, histologie et physiologie).

— Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Adam, Aharfi, Albert, Albou, Alhomme, Alison, Allain, Alpérine, Amado (Georges), Amado (René), Mlle Ancel, MM. Ancelin Aanquetil, Mlles Antoine, Arditti, MM. Ardouin, Arnaud, Arnavielhe, Aslanian, Attali, Aubouy, Audoly, Aupinel, Aurégan, Azaïz,

MM. Bachet, Ballade, Ballerin, Barbier, Bardon, Bareau, Barré, Barrier, Bastard, Bastin, Bauchrat, Baudon, Mlle Bellelettre, M. Ben-Haïm, Mme Benoit née Muller, Mlle Bentkowski, MM. Bernard, Berthet, Berthon, Bertier, Bertrand, Berveiller, Bessière, Blanc, Blancard, Blanchon, Blinder, Bloch Mirtil, Blondé, Boeswilwald, Bolivar, Bolo, Bonnet Jacques, Bonvallet, Boreau, Bourdon, Mme Bouillié née Jury, MM. Bouillié Raymond, Bourdeau, Bourgine, Bourguet, Bourlière, Mlle Bournisien, MM. Bouygues, Brault, Brennier, Bricaire, Mlle Brisac, MM. Brisset, Brochenin, Brunat, Buchenaud, Butet, Butzbach Jacques, Butzbach Jean,

MM. Cabrières, Cahen, Cahn, Callerot, Campagne, Capron, Carballo, Carlotti, Carton, Casalta, Castaigne, Catalogne, Caufment, Mlle Caulliez, MM. Coury, Ciaudo, Ciechanowicz, Chabasseur, Chabert, Chaouli, Chappe, Chappelart, Chardack, Chartrain, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chessebeuf, Chigot, de Chirac, Clamegeran, Clerfeuille, Cluzeau, Cœuilliez, Colsenet, Compagnon, Conge, Mlle Corre, MM. Cotillon, Cossart, Couder, Coulon, Courchet, Courjaret, Coville Crépin,

MM. Dailly, Dana, Danel, Danion, Dansel, Mlle Darhovsky, MM. Darricau, Darris, Daumet, David, Daniel, Davy André, Debusschère, Decouflé Pierre, Delair, Delatour, Delcambre, Delouche, Demassieux, Demetriadès, Denis, Denoyelle, Mlle Depitre, M. Deprez, Mlle Desclaux, Geneviève, MM. Desclaux Pierre, Desfossés, Deslandes, Devaux, Devieux, Didier, Diengott, Dos-Ghali, Mlle Doumic, Alice, MM. Douville, Dreyfus Jean, Drylewicz, Mlle Dubois, MM. Dubost, Duchêne, Jean, Drylewicz, Mlle Dubois, MM. Dubost, Duchêne, Ducournau, Dufour, Dufresne, Dumas, Mlle Dumont, MM. Dupas, Dupuy, Durand Maurice, Durand Victor, Durupt, Duval René,

MM. El-Haïk, Eman-Zadeh, Enel, Erlich, Etienne, Eudel,

M. Fayein, Mlle Feder, MM. Feldmann, Fénelon, Ferrand Guy, Ferrand Pierre, Ferrari, Feuillette, Filippi, Mlle Fillon, MM. Flandin, Fortin, Mlle Fossier, MM. de Fourmestraux, François Pierre, Fraquet, Frinault, Froidefond, Froissant, Fronville,

MM. Galand, Galey, Gallimard, Galmiche, Gandeul, Gandrille, Mlle Garnier, MM. Gaulier, Gauthey Maurice, Gauthier Raymond, Geffriaud, Genthon, Gerain, Gertzberg, Gibert, Gibon, Gibrat, Gillet, Gimault, Giraud Paul, Girauld Marie-Albert, Girauld Marie-Jean, Girod Raymond, Gadlewski, Gorin, Gorse, Gosselin, Groupy, Goury-Laffont, Mlle Granier, MM. Granjon, Grel, Grémont, Gross, Mlle Grould, Grumbach, Guéraud, Guéroult, Guimezanes, Guyot,

MM. Habas, Hadengue, Haguet, Mlles Hahn, Haller, MM. Haquin, Hardel, Hauser, Haussmann, Hébert André, Hébert Paul, Hemeury, Henrot, Hermann, Hertzog, Hervet, Mlle Heulet, MM. Hewitt, Hiverlet, Horvilleur, Houdart, Huber, Mlle Hufnagel, Hussameddin,

MM. Isal Paul, Isal Pierre, Isorni,

MM. Jacquemin, Jardel, Joinville, Jomier, Joublin, Joussemet, Jurain,

M. Kaeppelin, Mlle Kahn, MM. Kartun, Klein, Koskas, Krawiecki, Kreisler, Kropff, Kuss,

MM. Labayle, Lacombe, Lacour, Albert, Lacroix, Mlle Laisney, Mlle Lambert Alice, MM. Lambert Léon, Lanchon, Landau, Lang Paul, Lange Eugène, Langevin, Lanvin, Lapeyre, Mlle de Larminat, MM. Lasry, Leandri, Lebel, Lebettre, Le Bihan, Lebovici, Le Bozec, Le Brigand, Lebrun, Michel, Lecœur, Lecointe, Mlles Lécuyer, Lefèvre, MM. Le Floch, Léger, Legrand, Legris, Leiser, Le Lay, Lelièvre, Lemierre, Lemierre, Lemoine, Lenoir, Leprat, Leroy, Le Sourd Maurice, Lévy Emile, Lévy Michel, L'Hirondel, Libert, Lichnewsky, Liénard, Mlles Lidneux, Lipmann, MM. Logeard, Lolmède Loubrieu,

MM. Mage, Maignan, Maillard, Maille, Malange, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, Marcault, Marchal, Marchon, Marmier, Martin Paul, Martin de Frémont, Martinet, Martinon, Marzet, Masson Maurice, Masson René, Mathé, Matias, Mathieu, Matteï Marc, Mme Matteï Marie, Mlle Maureil-Deschamps, MM. Maury, May, Mayaud, Mendelsohn, Mlle Mendras, M., Metzger, Mlles Meugé, Meunier, MM. Minkowski, Miquelard, Mlle Mirabail, MM. Moch, Molimard, Mlle Monghal, M. Monod, Mlle Moreau, MM. Moreau Michel, Morilière, Motte, Mouchot, Moullé, Mouton, Mselati, Muller,

Mlle Negellen, Neveux, Mlle de Neymann, MM. Nguyen-The-Dai, Nguyen-Trung-Nam, Niego,

M. d'Œlsnitz, Mlle Oganesoff, MM. Orfali, Orgogozo, Orliac, Oudot,

MM. Paley, Palmer, Panthier, Parsy, Mlle du Pasquier, MM. Pastier Jean, de Paulo, Payenneville, Pergola, Perol, Perrier, Pestel, Petit Camille, Petit Jacques, Petit Jean, Peti, Maurice, Petit Norbert, Pécheux, Peyron, Piarrat, Piérrat Picot, Piguet, Pillet, Pinasseau, Pineau Maurice, Pinot Jean Pistre, Pluvinage, Pointeau, Poisonnet, Polliot, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Poussier, Pradelle Pradoura, Mlle Prettre, MM. Prin, Prochiantz, Mlles Prost, Provendier, MM. Prudhommeaux, Pruvot, Mlle Puget, MM. Pujol, Phéline,

M. Quintescu,

MM. Radzievsky, Rathery, Raymond Jean, Mlle Raymond Marie, M. Raynaud, Mlle Rémond Simone, MM. Renault, R. Verdiau, Reynes, Ric, Mlle Rist, MM. Ristelhueber, Roblin, Roby, Rochet, Rodde, Roger, Rognon, Rometti, Ronsin, Mlle Rosenkovstch, Rosenthal, MM. Rosey, Rouault Charles, Rouault Michel, Rouget, Roujon, Roulland, Rousselin, Roux Jean, Roy Bernard, Ruel,

MM. Salet, Salinesi, Salmen, Mlle Salmon, M. Saltet de Sablet, Mlle Samuel, M. Sapet, Mlle Saulnier, MM. Scébat, Scheider, Sclafer Jean, Sclafer Maurice, Sebag, Seillier, Serre, Serreau, Sevilleano Eugène, Sevileano Nicolas, Seyer, Mlle Seyrig, MM. Sicard Jacques, Sonier, Solomon, Soulier, Mlle Spach, MM. Sriber, Stalhand, Staub, Steinberg, Sterboul, Stevenin,

MM. Tahar, Talbot, Talpin, Tardif, Ternier Tetreau, Thaon, Thevenin, Thiéblot Louis, Tiret, Tola Alfred, Tola Ricardo, Torlet, Mlle Tostivint, MM. Tostivint René, Toufesco, Toulouse, Toupet, Mlle Tourneville, MM. Tran-Van-Hoa, Tricot, Tronc, Tubiana,

M. Umdenstock,

MM. Venator, Verliac, Vernes, Verriez, Mlle Verron, M. Verstraete, Mlle Vesigot-Wahl, MM. Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villebrun, Vission,

Mlle Weinberg, MM. Wetterwald, Weyl, Woimant, Wolf, Mlle Wolfromm, M. Xambeu.

Faculté de Lyon. — M. Chalier est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon en remplacement de M. Froment, appelé à une autre chaire.

M. Tavernier est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la même Faculté.

Faculté de Toulouse. — La chaire de clinique des maladies cutanées syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, nouvellement créée est conférée à M. Nanta.

M. Dieulafé est nommé professeur à la même Faculté, de la chaire d'anatomie médico-chirurgicale, nouvellement créée.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'Association pour le développement des relations médicales, poursuivant méthodiquement ses efforts pour resserrer ou créer des liens entre la France et les pays étrangers, a étendu, pendant les vacances dernières, grâce à l'appui et au concours de MM. Laugier et Marx, les échanges d'étudiants qu'elle avait commencés l'an dernier.

Vingt-neuf étudiants tchécoslovaques, vingt étudiants yougoslaves et cinq étudiants hongrois ont été logés et nourris à la Cité Universitaire pendant un mois par nos soins. Dès leur arrivée à Paris, ces jeunes gens et jeunes filles furent reçus salle Béclard par M. le Professeur Hartmann qui après leur avoir souhaité la bienvenue à Paris s'est occupé de les grouper par spécialités et de les adresser dans des services hospitaliers dont les chefs, MM. Sergent, Fiessinger, Sénèque, R. Couvelaire, Blondin, etc., avaient bien voulu promettre de s'occuper d'eux. De plus des conférences spéciales ont été organisées à leur intention par MM. Fiessinger, Marquézy, Jacquelin, Ravina et Albeaux-Fernet.

A l'occasion de l'Exposition internationale et pour marquer plus spécialement leur séjour à Paris, l'A. D. R. M. offrit à ses jeunes hôtes un grand dîner au restaurant du Roi George, à l'Exposition, dîner dont M. Laugier avait bien voulu accepter la présidence et auquel avaient été invités les ministres de leurs pays respectifs : M. Adam de Koos pour la Hongrie, M. Alexis Steiherhof pour la Tchécoslovaquie, M. Simitch pour la Yougoslavie y représentaient leurs ministres absents de Paris. Quelques professeurs, médecins ou chirurgiens des hôpitaux qui avaient été en rapport avec ces jeunes gens assistaient également à ce dîner. A la fin du dîner un exemplaire du très joli album édité pour le Palais de l'Art français fut remis à chacun de nos invités comme souvenir.

De leur côté, la Hongrie, la Tchécoslovaquie et la Yougoslavie nous avaient offert de recevoir des étudiants français. Nous avons pu envoyer cinq étudiants à Budapest, 6 à Belgrade et 7 à Prague, tous internes des hôpitaux de Paris. Ces jeunes gens sont revenus enchantés de leur séjour à l'étranger et de l'accueil qui leur avait été fait. Ils se sont rendus compte de l'intérêt que pouvaient présenter ces échanges, ils ont vu qu'ils pouvaient apprendre quelque chose hors de France et qu'ils pouvaient également, en même temps, faire connaître à l'étranger l'étudiant français instruit et travailleur. Tous, dès leur retour, ont déclaré à notre président qu'ils s'efforceraient de recruter pour l'an prochain de nombreux étudiants français, car il y a lieu d'espérer que ces échanges iront en augmentant à l'avenir.

Hôpital Saint Antoine. — Le Docteur Mathieu-Pierre Weil fera, dans son service en novembre et décembre 1937, tous les vendredis, à 10 h. 30, une leçon clinique et thérapeutique sur certaines localisations de la douleur. La première leçon aura lieu le vendredi 5 novembre.

Le programme du cours est le suivant : Vendredi 5 novembre : Mal à l'épaule. — Vendredi 12 novembre : Mal à la nuque. — Vendredi 19 novembre : Mal à la main. — Vendredi 26 novembre : Mal aux reins. — Vendredi 3 décembre : Mal à la hanche. — Vendredi 10 décembre : Mal au genou. — Vendredi 17 décembre : Mal au pied.

Le cours est gratuit, ouvert à tous les médecins et étudiant en médecine.

Création d'une médaille de la recherche scientifique. — Le *Journal Officiel* du 15 octobre 1937 publie un décret portant *création d'une médaille de la recherche scientifique*, destinée à récompenser des recherches désintéressées de science pure : mathématiques, physique, chimie, biologie, sciences humaines. Les recherches de médecine expérimentale et des inventions très importantes pourront aussi être récompensées.

Ces médailles comporteront une prime : médaille de bronze : 12.250 francs ; médaille d'argent : 24.500 francs ; médaille d'or : 49.000 francs ; médaille d'honneur avec grand prix : 100.000 francs ; médaille d'honneur avec premier grand prix : 250.000 francs.

Le nombre des médailles décernées chaque année ne pourra dépasser les limites suivantes :

Une médaille d'honneur avec premier grand prix, une médaille d'honneur sans allocation (étranger) ; trois médailles d'honneur avec grand prix, dont une, en principe, aux sciences humaines ; neuf médailles d'or, dix-huit médailles d'argent, seize médailles de bronze.

Diverses dispositions concernent l'attribution d'une allocation d'honneur à des chercheurs âgés d'au moins 70 ans ayant reçu les prix Nobel, Osiris, ou Albert de Monaco, ou la médaille de la Recherche scientifique.

Enfin sont arrêtées les modalités de présentation et de désignation des candidats.

Concours pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1938.

Le traitement de début est fixé à 39.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 52.000 francs. Le logement, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage sont fournis gratuitement, il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois dans les sanatoriums de femmes et d'enfants.

Peuvent seuls être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur, les médecins adjoints des sanatoriums publics, nommés régulièrement par le ministre de la santé publique et ayant au mois deux ans de fonctions ou devant avoir deux ans de fonctions avant le 30 juin 1938.

Les médecins directeurs ne pourront etre titularisés qu'après avoir effectivement dirigé un sanatorium, à titre provisoire, pendant une année au moins.

Les demandes devront être adressées au ministre de la Santé publique par l'intermédiaire du préfet.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 novembre 1937 au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Concours pour les postes de médecins adjoints des sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert en vue d'établir la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre de l'année 1938.

Le traitement de début est fixé à 22.000 francs et peut, par avancements successifs, atteindre 36.000 francs. Le logement, le chauffage, le blanchissage et l'éclairage sont fournis gratuitement. Il est interdit de faire de la clientèle. Les femmes ont accès à ces emplois.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1938, être de nationalité française et, s'ils sont naturalisés, satisfaire aux conditions fixées par la loi du 26 juillet 1935 sur l'exercice de la médecine. La limite d'âge de trente-cinq ans est reculée d'un temps égal à la durée légale des services militaires accomplis.

Les médecins de nationalité monégasque ont accès à ces emplois dans les conditions fixées par le décret du 22 novembre 1935.

Vacance d'un poste de médecin chef d hôpital psychiatrique d'aliénés. — Un poste de médecin-chef de service est

vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), par suite du départ de M. le Docteur Thuillier, mis en disponibilité.

Asiles publics d'aliénés. — Mlle le Docteur Petit est nommée médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'asile public de Plouguernével (Côtes-du-Nord).

Règlement pour l'attribution du prix créé par le Comité national de défense contre la tuberculose. — Ce prix a pour but de récompenser le meilleur travail sur « La valeur comparée de la tomographie, de la sériscopie, et de tout autre procédé analogue pour la découverte et la localisation des lésions tuberculeuses du poumon.

Le montant est de 5.000 francs.

N. B. — Le Comité national de défense contre la tuberculose a prévu la possibilité de décerner éventuellement un deuxième prix de 3.000 francs. Ce prix sera attribué en octobre 1938.

Conditions d'attribution. — Le travail présenté devra être inédit. A côté de l'étude scientifique, clinique et radiologique, le travail devra tenir compte des conditions d'utilisation pratique du procédé et des facteurs économiques conditionnant son emploi.

Il n'est pas nécessaire que le travail soit imprimé, mais il devra être présenté en autant d'exemplaires dactylographiés qu'il est prévu de membres du jury, soit neuf.

Seront admises à concourir les thèses de doctorat soutenues en vue du doctorat d'Etat en médecine, entre la date de publication du présent règlement et la date d'attribution du prix.

Le ou les prix ne pourront être attribués qu'à des auteurs français.

Les constructeurs et leurs ingénieurs ne pourront concourir qu'à titre individuel et sans qu'il soit fait mention d'une firme quelconque.

Le ou les prix pourront ne pas être décernés.

Les décisions du jury sont sans appel,elles n'ont pas à être motivées.

Le Comité national de défense contre la tuberculose se réserve le droit de publier, sans indemnité, le ou les mémoires récompensés.

Il ne s'oppose pas à la publication par les soins du ou des auteurs dans une ou plusieurs publications scientifiques, à condition que soit mentionnée la part prise par lui en ce qui concerne la création et l'attribution de ce prix.

Le jury chargé de l'attribution du ou des prix est composé de neuf membres : trois représentants de la Société d'études scientifiques de la tuberculose ; trois représentants du Comité national de défense contre la tuberculose ; trois représentants de la Société de radiologie médicale de France.

Prix de l'immunité locale. — On prie de rappeler que les manuscrits ou imprimés se rapportant au prix annuel de 15.000 francs, créé par les Laboratoires « La Biothérapie », 5, rue Paul-Barruel, Paris (XVe), sous le nom « Prix de l'immunité locale », doivent parvenir à l'adresse sus-indiquée avant le 31 décembre de chaque année.

Le règlement détaillé du concours se trouve dans le n° 11 du 13 mars 1937, du présent journal.

Association internationale des Femmes médecins. — Le prochain Congrès de l'Association internationale des femmes médecins aura lieu en 1940 à Budapest. Les sujets mis à l'étude sont :

1° L'hygiène des écoliers dans les internats et externats considérée du point de vue de la nutrition, du travail scolaire, de la culture physique (repos, sports, scoutisme) et du sommeil.

2° Les législations antivénériennes, leurs principes, leurs méthodes, leurs résultats.

Club hippique de France. — Il a pour but de réunir les médecins ainsi que les membres de leur famille s'intéressant à l'équitation.

Le Docteur Renault, 3, rue Bixio, président ; le Docteur Guillemin, 16, avenue George-V, secrétaire général ; le Docteur Stoleru, 14, rue Daguerre, trésorier, seront heureux d'adresser sur demande les statuts et tous renseignements à ceux qui en feront la demande.

IL Y A CENT ANS

Mort d'Alibert. — *Alibert mourut le samedi 4 novembre 1837, Sa maladie, dit M. Brodier, avait été de courte durée ; elle avait débuté, vers la fin d'octobre, par une perte complète de l'appétit et quelques douleurs gastriques. Le 2 novembre, Alibert dut s'aliter. Le 3 novembre, il tomba dans un état comateux ; les médecins diagnostiquèrent une apoplexie séreuse et appelèrent en consultation Cruveilhier qui reconnut une affection gastrique. Le lendemain matin, Alibert vomit du sang ; il succomba quelques heures plus tard.*

L'autopsie pratiquée par Cruveilhier, permit de constater un cancer de l'estomac, dont certains voulurent trouver le « principe dans de secrètes peines de cœur ».

Embaumé par Ganal, le corps d'Alibert fut transféré à Marin près de Villefranche-de-Rouergue.

Comment meurent les tuberculeux pulmonaires ? — Par hémoptysie foudroyante, par méningite ou par une poussée terminale qui finit d'envahir le parenchyme (Huguette DELHOMME. *Des lésions terminales du poumon tuberculeux*, thèse de Paris, Lipschütz, éd.). Les lésions présentent l'intérêt qu'il y aurait à observer les toutes premières lésions de la tuberculose. La réaction initiale du poumon est une pneumonie, — absolument comme est celle du pneumocoque. C'est secondairement qu'elle subit une évolution due aux toxines du bacille de Koch.

H. V.

Alcoolémie. — SERONO et MONTEZEMOLO ont fait apparaître dans le sang de lapins à jeun, de l'alcool par injection d'insuline : alcoolémie variant de 0,056 à 0,158 pour mille. SERONO, DE BARBIERI et BALBONI ont obtenu les mêmes résultats (baisse de la glycémie et apparition d'alcoolémie variant de 0,083 à 0,421) par l'injection d'hormone duodénale hypoglycémiante. (*La Rassegna di Clinica, Terapia et Sc. Affini.*, mai-juin 1937, p. 139.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Remarques sur le traitement des états schizophréniques par le coma insulinique

Par **Paul GUYOT**
Interne des Hôpitaux psychiatriques

Après avoir essuyé les plus vives critiques, l'insulinothérapie semble faire son chemin en France. Au lendemain des exposés des médecins suisses (23 novembre 1936, Société médico-psychologique), nous avons entrepris de vérifier le bien-fondé de ces critiques, dont les deux principales portaient sur l'inocuité et l'efficacité de la méthode. Thérapeutique dangereuse, qui consiste à plonger le malade dans un état des plus alarmants. Thérapeutique douteuse, qui n'agit qu'à l'extrême début, à une période où le médecin prudent ne se hasarde pas à poser un diagnostic ferme, et qui reste impuissante quand la maladie « se confirme ».

C'est en considérant ces deux points que nous avons entrepris, en décembre dernier, nos essais thérapeutiques.

I. Danger de la méthode

Est-ce impunément que l'on précipite un sujet dans le coma deux ou trois heures par jour, et ceci pendant un mois et plus ?

Le coma ne fait-il pas courir au malade un danger de mort imminent, quotidiennement répété ?

L'organisme soumis à pareil traitement n'en sortira-t-il pas gravement affecté ?

L'observation de 700 comas environ nous a permis d'arriver aux conclusions suivantes : la sécurité du coma insulinique dépend essentiellement d'une connaissance approfondie de sa sémiologie, et de la soumission à une technique rigoureuse.

La sémiologie du coma insulinique

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre l'étude des phénomènes de neurotonie intriquée, des contractures et des convulsions, qui sont bien connus, mais seulement de présenter une vue d'ensemble, une manière de voir qui nous semble éclairer les faits.

On comprend l'effroi de l'observateur devant la richesse, le polymorphisme, et le caractère dramatique des manifestations du coma insulinique. Sommeil calme, prostration, crise onirique, attitude extatique, crises convulsives ou choréiques, coma profond, tout peut s'offrir à ses yeux pour le déconcerter.

1° A notre avis, ce polymorphisme est plus apparent que réel, et il n'est pas légitime de distinguer des formes avec agitation psychosique, comateuse, convulsive, etc., indépendantes l'une de l'autre. Ce ne sont que des formes de passage qui toutes aboutiront au coma complet.

2° En effet, d'après nos observations, tout choc insulinique évolue en trois phases :

1. *Phase d'accablement* ;
2. *Phase de défense* ;
3. *Phase de coma vrai*

avec au réveil, retour rapide à la phase 2.

Il ne s'agit pas d'autre chose que d'un raccourci des « trois périodes de traitement » de Sakel. Alors que l'élévation progressive des doses fait parcourir ce cycle au malade en trois ou quatre semaines, la dose efficace injectée d'emblée le lui fait parcourir en trois ou quatre heures. C'est ainsi, qu'au cours de la dernière période, le malade, recevant la dose toxique, parcourt le cycle des trois phases chaque jour, avec cette réserve que la phase 2 tend *généralement* à se réduire de plus en plus, comme si le malade luttait moins vigoureusement contre l'intoxication. Ceci dit, nous allons, à propos de chaque phase, souligner quelques points qui nous paraissent importants.

Phase 1. — Nous n'insisterons pas sur cette période de somnolence, et de sudation, partout décrite, pendant laquelle le malade semble « méditer » son coma. Nous signalerons seulement que l'hyperréflectivité s'installe d'une façon très précoce dès cette première phase, et que l'*exagération du réflexe rotulien* est pour nous un bon signe annonciateur du coma.

Phase 2. — Cette phase d'activation psychique, somatique, et surtout neurologique est extrêmement chargée en signes de toutes sortes. Bersot en a signalé les nombreux et très divers troubles neurologiques. Il s'agit souvent d'un véritable chaos où il est difficile de se reconnaître, et dont l'interprétation est malaisée. Il semble cependant qu'on assiste à une *libération progressive*, et étagée, des fonctions du névraxe, allant, suivant la profondeur de l'intoxication par l'insuline, de la libération des centres automatiques supérieurs jusqu'à celle de la moelle. Ce qui explique l'apparition en premier lieu de mouvements choréiformes, en dernier lieu de phénomènes d'autonomie médullaire, telle que la triple flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le bassin.

1° On peut ainsi observer des *syndromes très purs*, comme en clinique : syndromes pyramidaux (hémiplégie, paraplégie, quadriplégie spasmodiques), syndromes extra-pyramidaux (spasmes de torsion, chorée, etc.) à tel point qu'un observateur non prévenu ferait volontiers un diagnostic, par exemple d'hémorragie cérébrale avec localisation précise du foyer.

2° Le plus souvent syndromes pyramidaux et extrapyramidaux s'associent pour former des *combinaisons confuses* qui sont de véritables salades de signes et qui n'appartiennent sans doute qu'au coma insulinique.

3° Chaque malade présente une *tendance remarquable à reproduire le même syndrome*. Cette tendance apparaît mal quand le tableau est chargé et confus. Elle devient très sensible quand il s'agit d'un syndrome pur, tel que l'hémiplégie droite avec paralysie faciale, déviation conjuguée de la tête et des yeux que réalisait quotidiennement le malade Ab. A n'en pas douter, il y a une certaine « personnalité » de la réaction.

4° L'hyperréflexie, à cette phase, est la règle. Elle est *forte* et *générale*. Nous insistons, car cet état pose souvent un diagnostic important.

L'irradiation des réflexes s'observe au maximum. La moindre excitation peut même déclancher un *Clonus généralisé*, d'où l'extrême fréquence des « crises convulsives ». Quand ce clonus survient sur un fond de contractures toniques (l'opisthotonos n'est pas rare) on se trouve en présence d'une véritable crise tétanique.

A notre avis, ces crises convulsives, très fréquentes, doivent être absolument distinguées des crises épileptiques vraies, qui naissent spontanément et offrent un aspect et aussi un pronostic différents. Alors que la *crise tétaniforme* n'a aucun retentissement fâcheux sur le malade, *la crise épileptique* le plonge dans une torpeur des plus inquiétantes. Certains, il est vrai, en font un moyen thérapeutique. Nous inclinons, jusqu'à nouvel ordre, et avec d'autres, à la considérer encore comme une complication.

Après cette phase de lutte dramatique, le malade semble vaincu et entre dans la troisième phase.

Phase 3. — C'est exactement l'image d'un *coma toxique* avec une bradycardie et une hypothermie toute particulières. Nous passons sur ces choses, mais un point nous semble important : l'état des réflexes.

Les réflexes tendineux s'assagissent et tendent à disparaître, mais *le réflexe cornéen* (comme au cours d'une anesthésie générale) persiste longtemps. Nous verrons bientôt l'intérêt pratique de ce phénomène.

A la lumière de ces faits, il devient aisé d'interpréter le polymorphisme du coma insulinique. Trois points l'éclairent :

1° Les sujets parcourent le cycle, et passent d'une phase à l'autre à des vitesses différentes. Cela tient à leur susceptibilité particulière à l'égard de l'insuline, et à la hardiesse du thérapeute, qui augmente plus ou moins vite la dose.

2° Au cours de la phase 2, l'insuline détermine des troubles particuliers chez chaque individu, et le malade semble « choisir » sa réaction. Il est alors aisé de créer une multiplicité de formes cliniques.

3° Enfin, il arrive que le malade résiste peu, et passe sans intermédiaire de la phase 1 à la phase 3. La phase 2, la plus spectaculaire, se réduit à un tremblement, à quelques secousses musculaires discrètes.

On comprend dans ces conditions que des malades mis en traitement, le même jour, puissent offrir des tableaux extrêmement différents, et que les formes « avec agitation psychosique », « convulsive », et « comateuse » n'ont pas d'autonomie mais sont les étapes d'une même évolution.

Les dangers immédiats

En dépit du caprice de ses réactions, nous sommes donc en mesure de savoir « où en est » le malade. Ceci offre un intérêt de premier ordre en ce qui concerne la sécurité, car chaque phase présente ses dangers particuliers.

La phase 1 n'en offre pratiquemment aucun.

La phase 2, au contraire, peut être interrompue soudain par un accident grave : *œdème aigu du poumon, spasme de la glotte, crise épileptique.*

En plus des interventions d'urgence habituelles (saignée, etc.) une manœuvre majeure s'impose évidemment dans ces trois cas : l'administration de sucre par voie intra-veineuse, puisque la cause de ces accidents est l'hypoglycémie provoquée.

La soudaineté de ces accidents fait de la phase 2, la *phase dangereuse par excellence*, qui exige impérieusement la présence continue du médecin. Toutefois, en dépit de leur brutalité ils ne sont pas absolument imprévisibles.

1° L'œdème aigu survient en effet chez le malade dont la tension artérielle s'élève de façon anormale (25 et plus), surtout si elle s'accompagne d'un bruit de galop (il va sans dire qu'il s'agit de cœurs normaux). Nous voyons dans ces faits l'indication d'une saignée préventive que nous avons pratiquée trois fois dans de pareilles circonstances.

2° Le spasme de la glotte est beaucoup plus redoutable, car plus inopiné encore, s'il est possible. On s'en méfiera chez les sujets dont les phénomènes spasmodiques sont particulièrement marqués : contractures violentes, et surtout *râle monotone et persistant* qui ne s'explique que par une contracture des voies aériennes, amorce du spasme glottique.

Ces accidents redoutables restent rares. En huit mois, au cours desquels nous avions en permanence dix à douze malades en traitement, nous n'avons observé en tout et pour tout qu'un spasme glottique (malade S.) qui a cédé à l'administration immédiate de sucre par voie intraveineuse.

Au cours de cette même phase, s'observe parfois une *forte élévation de la température* (39°-40°) dont la signification nous échappe, mais qui nous a toujours fait interrompre, dans un esprit de prudence, le coma et le traitement jusqu'à retour confirmé à la normale.

La phase 3 présente un danger fondamental qui est le coma lui-même, et un danger accidentel : l'asphyxie.

1° L'asphyxie résulte de l'obstruction des voies aériennes par la salive, dont l'hypersécrétion est un fait bien connu. C'est au cours du coma profond où les réflexes de toux et de déglutition sont abolis que la salive à le plus de chance de s'écouler dans la trachée. Nous considérons cet accident comme une indication formelle à réveiller le malade, car il ouvre la porte à toutes les complications pulmonaires.

2° Mais le danger fondamental de la troisième phase reste le *coma lui-même*. On peut être légitimement impressonné par ce coma d'aspect grave, par sa bradycardie, sa chute de tension, son extraordinaire hypothermie, surtout si l'on oublie qu'il s'agit d'un coma éminemment reversible, d'un coma *toxique* qui obéit parfaitement à son *antidote*, le sérum glucosé. L'action du sérum est d'une sûreté remarquable, et donne souvent l'impression d'une résurrection instantanée, non suivie d'obnubilation durable.

Il est cependant des cas où le coma insulinique semble réfractaire à l'administration de sucre, et où les plus troublantes difficultés se présentent au moment du réveil. Divers auteurs ont rapporté plusieurs cas de comas persistants (ou récurrents) et pour notre part, nous en avons observés trois dont l'un n'a pas duré moins de trois jours.

Pour la clarté des faits, nous diviserons ces comas réfractaires en comas avec hypoglycémie et comas sans hypoglycémie.

1° *Comas persistants avec hypoglycémie.* — Nos cas ont présenté tous trois ces particularités :

— abaissement notable et persistant de la glycémie : 0,39 malade C. ; 0,11 malade P. ; 0,57 malade V ;

— relèvement de la glycémie parallèle au réveil (malade C. : 0,39, 0,42, 0,51, 0,60, 0,75, 0,85) ;

— regression lente mais continue de la somnolence sous l'action d'injections répétées de sérum glucosé.

Nous en avons tiré les conclusions suivantes :

1) Ces comas se rattachent à un appauvrissement excessif de l'organisme en sucre.

2) Ce n'est qu'en apparence qu'ils sont réfractaires à l'action du sucre.

3) Le danger est de considérer le sucre comme inefficace et d'en arrêter l'administration, parce que les premières injections restent sans effet. La mesure répétée de la glycémie est le seul moyen de contrôle.

4) Nos trois malades avaient reçu une dose excessive d'insuline.

L'examen des circonstances de cette erreur nous a permis de fixer un point de technique. Chacun sait que la quantité d'insuline administrée varie d'un bout à l'autre du traitement, et qu'en particulier on arrive à réduire peu à peu la dose efficace (30 unités, par exemple, au lieu de 80). Tout se passe comme s'il y avait *sensibilisation de l'organisme au toxique.*

Or, selon nous, cette sensibilisation peut être *brusque*, et la réduction *progressive* des doses, théoriquement parallèle à la sensibilisation du malade, n'offre qu'une sécurité illusoire. Le seul moyen de parer au déséquilibre soudain qui peut se produire est d'administrer la dose efficace, provisoirement déterminée, en deux fois, et d'attendre l'effet de la première injection avant de faire la seconde.

Cette méthode nous a permis d'observer à plusieurs reprises que le coma survenait un beau jour après la première injection, ce qui nous a confirmé dans notre pratique.

2° *Comas persistants sans hypoglycémie.* — Il ne nous a pas été donné d'en observer nous-mêmes. Cependant, *a priori*, nous les jugeons autrement graves que les précédents, car l'irréversibilité de ces comas sans modifications humorales fait envisager, parmi diverses hypothèses, l'existence d'une lésion organique elle-même irréversible. Voilà certainement la complication la plus redoutable de l'insulinothérapie : la lésion cellulaire définitive du névraxe, terme fatal de l'intoxication insulinique, révélé par les travaux de Stief et Tokay, et de Tani.

D'après les travaux récents de Schmidt (de Munchenbuchsee) :

1° Ces lésions n'apparaissent qu'à la période extrême, agonique, du coma.

2° Il existe des degrés moins profonds du coma, où tout se borne à des phénomènes vasculaires réversibles.

Théoriquement donc, il suffit de maintenir le malade à ces degrés relativement légers pour être à l'abri du danger, et toute la question est de savoir s'il n'est pas illusoire de prétendre mesurer avec une telle précision la profondeur d'un coma.

En fait, nous estimons qu'il existe un *excellent signe de sécurité : le réflexe cornéen*, qui survit à tous les autres et demeure longtemps, chez un sujet réduit à une vie végétative, la suprême réponse à une excitation venue du milieu extérieur. Là se trouve pour nous la frontière du danger, en deça de laquelle on peut se tenir avec sécurité.

Evidemment, l'importance de ce repère ne diminue pas celle de la tension artérielle et de la température. Mais il ne faut pas perdre de vue que leur chute est normalement forte au cours du coma insulinique et que l'emploi des petits moyens : bouillottes, draps chauffés, etc., et des analeptiques habituels est légitime, quitte à recourir au sucre s'ils restent inactifs. Ici comme ailleurs, il faut bien qu'il y ait place pour l'expérience.

En résumé, il y a deux écueils à éviter :

1° Interrompre un coma sans gravité, et faire perdre ainsi au malade le bénéfice du traitement.

2° Respecter un coma dangereux, c'est-à-dire un coma avec forte hypertension, hyperthermie, asphyxie, ou perte du réflexe cornéen.

Pratiquemment, les deux phases dangereuses du choc ne demandent pas la même surveillance. La seconde est celle des accidents imprévisibles, et immédiatement graves, qui exigent la présence continue du médecin. Les dangers de la troisième : asphyxie, profondeur excessive du coma, collapsus, s'installent progressivement, préviennent à l'avance, et demandent par conséquent une surveillance moins tyrannique.

Les dangers éloignés

L'avenir d'un sujet soumis à un traitement aussi héroïque n'est-il pas chargé de lourdes échéances ? N'y a-t-il pas lieu de redouter une atteinte de l'état général ou des séquelles neurologiques graves ?

1° Le choc insulinique a un retentissement profond sur


SPASMOSEDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

l'état général. Mais loin d'observer des signes d'épuisement, c'est à une véritable « crise euphorique » de l'organisme que l'on assiste au sortir de la cure. Excitation sexuelle, excitation de l'appétit, augmentation étonnante du poids (12 kilogs en un mois et demi) sont des faits trop connus pour que nous nous y arrêtions davantage.

2º Quant aux séquelles neurologiques, nos observations en cette matière se bornent aux suivantes :

7 juin 1937. — Le malade V. se plaint pendant une demi-heure d'une hémiparésie du membre inférieur droit. Aucune suite.

15 juin 1937. — Le malade P. présente pendant les instants qui suivent le coma une hémiparésie du côté droit avec aphasie légère. Disparition de ces troubles au bout de vingt minutes.

Nulle séquelle ne s'est installée, jusqu'ici, chez aucun de nos malades. Si l'on accepte d'appliquer à l'homme les conclusions qu'a tirées Schmidt de son expérimentation sur l'animal, et d'admettre que les lésions organiques irréversibles sont l'apanage des comas très poussés, on évitera sans doute ces accidents redoutables, en épargnant l'épreuve d'un coma profond à ceux que semble y prédisposer leur insistance à reproduire des syndromes neurologiques particulièrement nets.

II. L'action de l'insuline sur les troubles schizophréniques

L'objection majeure qui est faite à l'insulinothérapie porte sur son *efficacité*. Les statistiques suisses affichent 85 % de rémissions totales dans les cas les plus favorables. Ce chiffre rencontre le plus grand scepticisme en France, où l'on estime que les auteurs suisses sont d'autant plus vulnérables dans l'appréciation de leurs résultats qu'ils s'adressent à des malades à l'extrême début, insistant sur l'importance de la jeunesse de la maladie, et qu'il est facile de leur opposer l'incertitude du diagnostic à pareille période.

A l'Asile de Villejuif, il ne nous est que trop aisé d'agir avec certitude sur des schizophrènes authentiques. La difficulté est de trouver des cas récents réputés favorables.

D'ailleurs nous avons volontiers, et dans un esprit de recherche, soumis au traitement des états schizophréniques vieux de six et même sept années. Les faits suivants se sont produits :

1º Sur quarante malades, trente-six ont témoigné à un moment donné d'une modification profonde de leur état mental.

2º Cette réaction a été fournie par des malades anciens.

3º Certains paraissent aujourd'hui améliorés à tel point, qu'en comparaison avec leur état antérieur on est tenté de prononcer le mot de guérison.

Les modifications observées

Nous n'insisterons pas sur l'indiscutable action que l'insuline exerce sur les états d'agitation, et en particulier *d'anxiété*. Il est d'un tout autre intérêt de s'attacher à l'action du coma insulinique sur les troubles spécifiquement schizophréniques.

Il ne peut être question de passer en revue toutes les modifications des divers états schizophréniques que présentaient nos malades, ni de toutes leurs composantes. Nous devons nous borner à citer quelques faits remarquables, exemples de régression nette des troubles que Bleuler a donnés comme essentiels et fondamentaux. On voudra bien nous pardonner cette présentation schématique, qui nous est imposée par l'obligation d'être aussi bref que possible.

Troubles fondamentaux

Troubles intellectuels. — 1º E. Sor., 31 ans, interné le 25 juin 1936, est en période de stupeur depuis cinq mois. Il est mis en traitement le 22 février 1937.

Le 16 mars, il sort de son treizième coma, et en même temps de son mutisme : « Je suis toujours dans l'incohérence. Je voudrais garder l'équilibre, sans tomber de droite ou de gauche ».

A partir de ce jour, il se plaint à chaque réveil « des difficultés qu'il a dans son esprit ».

Le 25 (vingtième coma) : « Je pense mieux, mais ça n'est pas encore ça ». Le traitement est interrompu après le vingt et unième coma. Nous risquons, au bout de trois semaines, un examen un peu approfondi : « Je me sens mieux, je dors, et ma tête est plus libre. Mes pensées sont plus claires. Auparavant, je pensais un mot, et c'était un autre qui venait. Quand je pensais à quelque chose, je n'arrivais pas au bout, car il me venait toutes sortes d'idées sans rapport. Et puis, ma tête se vidait d'un seul coup. J'ai cru qu'on m'empêchait de penser. Aujourd'hui je me rends compte que c'était la maladie ».

Ce malade présentait donc des troubles intellectuels qu'il est facile de retrouver, grâce à l'analyse intelligente qu'il en fait lui-même : Défaut de direction de la pensée. Intervention d'éléments sans relation avec l'idée maîtresse. Parasitisme associatif et détournement de la pensée. Barrages.

La cure insulinique a été suivie d'une correction nette de ces troubles avec conscience de leur caractère morbide. Ce malade paraît « intellectuellement » guéri.

Affectivité. — « Il est hors de doute, dit Bleuler, que la capacité de l'âme à produire des sentiments n'est pas foncièrement détruite dans la schizophrénie ». Cet axiome reçoit une éclatante vérification au cours du traitement insulinique, et la révélation soudaine d'une affectivité qu'on croyait morte est la surprise la plus habituelle au moment du réveil.

Les plus désolants déficits affectifs font brusquement place à une affectivité pour ainsi dire explosive, qui rappelle celle des grands déséquilibrés émotifs. Une période d'épanchement et d'attendrissement euphorique suit immédiatement le réveil.

L'ébranlement dépasse la sphère des sentiments égoïstes, et peut gagner celle des sentiments altruistes.

S. témoigne d'une indifférence totale à tout ce qui l'entoure. Le 17 mars, au sortir du coma, voyant son voisin se débattre dans de violentes contractures, il fond en larmes, supplie qu'on abrège les souffrances de son voisin, et, « qu'on le fasse souffrir à sa place ».

Relations avec le monde extérieur. Autisme.

Nous avons observé, chez des malades complètement évadés du réel, une reprise inattendue de l'intérêt pour le monde extérieur.

Le malade Pa., 24 ans, est le 6 août 1936 l'objet du certificat suivant : syndrome d'indifférence affective, de dyspsychie et de discordance.

Signé : Docteur Courbon.

Depuis le 13 août, date de son entrée à Villejuif, il témoigne d'une indifférence absolue, notamment pour sa famille. Mutisme presque complet. Il est mis en traitement le 15 mars 1937.

21 mars : Parle à son père.

25 mars : A la fin du parloir, il fait au revoir de la main à ses parents.

28 mars : Ecrit son nom et son adresse.

1er avril : Il répond « ça va », à sa mère qui l'interroge sur sa santé. Il colle sa joue contre la sienne. Il l'embrasse.

8 avril : Lit le journal du dimanche, et s'inquiète de l'application de la semaine de 40 heures et des difficultés financières de cette réforme.

19 avril : Accueille ses parents « comme il ne l'avait pas fait depuis deux ans », au dire de sa mère.

Le 13 juin, il sort en permission. Le 9 juillet, nous le revoyons ainsi que ses parents. Selon ceux-ci, il est doux et affectueux, sort seul, se promène à bicyclette, va au bal avec son frère, exprime le désir de reprendre son métier. Lui-même nous déclare qu'à son âge (25 ans) on doit travailler, et il fait des projets d'avenir et de mariage (1).

Durée des modifications

Ces quelques exemples donnent une idée des modifications auxquelles nous avons assisté chez nos schizophrènes en traitement. Elles sont incontestables. Elles sont fréquentes, puisque trente-six malades sur quarante ont réagi. Reste à déterminer leur ampleur et leur durée.

De ce point de vue, elles se rangent en trois catégories :

1º Amélioration sans lendemain.
2º Améliorations passagères.
3º Améliorations durables.

1º *Améliorations sans lendemain.* — Le réveil s'accompagne un beau jour d'une transformation ; légère, ou tellement ample au contraire qu'elle donne le change et qu'on a l'illusion d'une guérison. Au bout d'un temps variable (un quart d'heure, une demi-heure) le malade retombe dans son état antérieur.

Pid., 21 ans, interné le 13 janvier 1933, est mis en traitement le 20 avril 1937, malgré son état : mutisme absolu, sourire niais, stéréotypies, gâtisme. Le 20 mai (onzième coma) il est réveillé à 12 heures ; son visage est sérieux et expressif. Il sourit en voyant le médecin, lui dit bonjour et lui serre la main. D : « Etes-vous content de voir vos parents tout à l'heure ? » R : « Oh oui. Content, très content ». A 13 heures, ses parents le retrouvent dans son état habituel.

Cette éclaircie est restée unique, et il nous a été impossible de nous retrouver en contact avec Pid.

En dépit de leur extrême brièveté, ces modifications nous semblent pourvues du plus haut intérêt.

(1) Ce malade est toujours en liberté (1er octobre 1937).

1° Elles sont d'observation fréquente (trente-six malades sur quarante).

2° Elles démontrent que des *états schizophréniques vieux de plusieurs années peuvent être ébranlés par une médication.*

2° *Améliorations passagères.* — La transformation s'étend parfois sur une, deux ou trois semaines. Ici encore l'amélioration est d'une étendue variable. Six malades (Pe, Ab, Rt, Hab, Bl, Leb) ont réagi suivant ce mode. Pe était malade depuis neuf années.

Voici l'exemple d'une courte mais remarquable rémission, présentée par le malade Hab.

29 ans. Interné depuis le 31 août 1933.

Le 4 juillet 1936, il est l'objet du certificat suivant :

« Démence précoce. Interné depuis trois ans. Réactions impulsives graves. « A maintenir ». Signé : Docteur P. ABELY.

Ce malade, très hostile et très impulsif, est à demeure dans un quartier d'agités. Mis en traitement le 2 décembre 1936.

Très hostile au traitement, il s'agite avec violence au moment des piqûres, et cherche à s'y dérober.

A partir du 1er janvier 1937, il devient silencieux et docile. Le 20, il s'entretient avec le personnel infirmier. Le 21, il accueille ses parents avec amabilité. Le 27, il déclare se rendre compte « qu'il a été très bien soigné » exprime sa reconnaissance à l'égard du médecin « qui a beaucoup de travail. Il y en a des misères ici. C'est pis qu'à la Salpêtrière ». Comportement prometteur dans les semaines qui suivent. Se lève chaque matin, fait son lit, lit le journal, se montre aimable et souriant, et « souhaite de guérir ».

Trois semaines après le dernier coma, il est à nouveau au quartier d'agités.

3° *Améliorations durables.* — Nous entendons par là celles qui remontent actuellement à trois mois au minimum. C'est le cas de huit de nos malades.

Ces modifications sont inégales. Médiocres chez Ham., plus importantes chez Sor., Lag., Pag., Pat., Hu., elles s'approchent de la guérison parfaite chez Bor. et Mon.

Voici pour exemple l'histoire du malade Mon.,

21 ans, en maison de santé depuis 1933, il est interné à Villejuif le 23 septembre 1936 avec le certificat suivant :

« Démence précoce. Catatonie. Mutisme. Refus de nourriture ». Signé : Docteur DUCOSTÉ.

Il ne sort de son mutisme que pour exprimer un délire pauvre, stéréotypé, absurde. Il est cause de la grande guerre (né en 1916) et « on lui fait manger le monde ».

Le 24 avril 1937, il reçoit la première injection d'insuline.

Le 2 mai, il s'alimente correctement. Le 5, il parle longuement aux infirmiers. A partir du septième coma, il est entièrement transformé. Le 16 mai, il est levé, habillé, correct. Renonce à ses idées délirantes. Désire revoir « sa pauvre mère ». « Comme elle va être contente de me voir ainsi, j'ai été bien malade. Merci de m'avoir si bien soigné. Peut-être qu'avec l'insuline ça va aller ». Aide au traitement dans la mesure de son pouvoir, il refuse des petits pois « parce qu'il y a du sucre dedans ».

« Ce traitement a sur moi les meilleurs effets, écrit-il à sa mère. Je me sens plus porté à vivre depuis quelque temps. Viens donc jeudi. Tu ne me reconnaîtras sûrement pas. »

L'amélioration s'affirme ; on le soumet à l'épreuve d'une permission de 48 heures. Il rentre déprimé et avoue des hallucinations auditives qui remontent à quatre ans. Le calme revient. On lui octroie une seconde permission (de six jours) le 10 juillet 1937.

10 août 1937. — Amélioration importante. Aucune trace de délire. Surtout, a perdu la croyance en la réalité de ses hallucinations. En discute intelligemment les conditions d'apparition, et l'impossibilité. « Il en prend son parti, vit avec elles, n'y fait plus attention ». Réalise ainsi l' « hallucinose » telle que l'a définie Claude, unique reliquat de son grave état antérieur.

Ne peut-on, en pareil cas, parler de « guérison avec séquelle minime » ?

AVENIR DE CES « AMÉLIORATIONS DURABLES »

Cependant, nous réservons l'avenir, car l'expérience d'autrui nous incline au pessimisme. Rapides seraient les rechutes ; constantes aussi, et nos améliorations qui se maintiennent seraient au fond celles à qui nous n'avons pas, avant d'en juger, laissé le temps d'évoluer. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins acquis un fait remarquable et nouveau. Sur quarante états schizophréniques, trente-six ont réagi avec affinité à une même médication. Mais il semble aussi que l'insuline qui les ébranle si fortement soit incapable de les fixer sous leur nouvel aspect. Ainsi se pose le problème de *la stabilisation.*

Cette stabilisation dépend sans aucun doute de nombreux facteurs inconnus. Néanmoins, il est sûr, dès maintenant, que l'âge et les actions psychiques entrent en ligne de compte.

a) Il s'est révélé parfaitement exact, au cours de nos observations que *les cas les plus récents* réagissent le mieux et le plus en profondeur.

Il est non moins vrai que les *facteurs psychologiques* ont une importance capitale, et que la psychothérapie soit ici de la plus haute nécessité, mais ceci demande quelques précisions. A notre avis, il s'agit de fautes à éviter, beaucoup plus que d'intervention directe.

1° La fragilité affective des malades est des plus grandes. L'affectivité qui semblait définitivement éteinte et qui se réveille soudain, se montre sensible aux traumatismes les plus minimes. Sans doute, comme on l'a dit, est-ce le heurt de certains complexes qui provoque ces véritables explosions affectives.

Ver., Catatonie, mutisme. Au réveil, réclame le médecin, s'épanche, pleure sur la photographie de sa fille. Il présente un œdème des jambes (qui a fait suspendre son traitement) et qui fait dire à un infirmier : « Il est irrémédiablement condamné au lit ». Ver. répète « irrémédiablement condamné » et se renferme dans son mutisme. Il n'en est pas sorti depuis lors.

2° On comprend dans ces conditions, combien il est imprudent d'exercer sur ces malades une psychothérapie *active* dont on ne peut se flatter de prévoir l'exact retentissement. Un simple examen peut avoir le plus funeste effet.

3° Nous croyons donc être dans le vrai, en disant qu'il faut, avant tout, se garder des interventions néfastes. Le psychothérapeute sera sage s'il se contente au moment du réveil de panser cette affectivité mise à nu, de donner au malade le réconfort qu'il implore, et entre-temps, de le mettre à l'abri de tout traumatisme en l'entourant d'une atmosphère de douceur et de sympathie.

Il est vrai que le retour au contact avec la réalité peut demander une intervention plus positive. Le malade qui ressaisit les choses concrètes, en ressent à nouveau le vivant intérêt, et s'y accroche avec effort, sollicite souvent un secours qui affermisse sa prise. Théoriquement, sa réadaptation au réel doit s'accélérer sous l'influence d'un aide. Mais qu'elle reste discrète et sagace. Qu'elle se contente par exemple de diriger l'activité du malade, dont le besoin renaît en lui à mesure que ses yeux se rouvrent sur le monde.

Reste le point délicat de la sortie précoce. Sakel insiste sur le bénéfice qu'en tire le malade traité. Encore faut-il qu'en échappant au déprimant milieu hospitalier, le malade ne tombe pas dans un milieu familial plus défavorable encore, ou l'attendent de multiples traumatismes affectifs.

On sait l'importance des conditions familiales sur le développement de la psychose. Il est facile d'estimer leur influence sur la guérison.

b) En dépit de leur haute importance, ces conditions une fois réalisées ne nous paraissent pas suffisantes pour assurer une fixation du schizophrène dans son nouvel état.

A notre avis, la stabilisation ne sera obtenue que par une *médication complémentaire,* dont la connaissance donnera la clef du problème. Dès maintenant, il apparaît qu'il ne peut s'agir de l'insuline : Qui n'a déjà expérimenté que la répétition de la cure, dans le cas d'une rechute n'a plus la même action ? Qui peut même affirmer l'efficacité des doses d'entretien dont on fait suivre la cure ? Il est permis de penser qu'en analogie avec la combinaison malaria-stovarsol, et ses effets sur la paralysie générale, c'est à une alliance thérapeutique que nous devons avoir recours. Cette voie nous a paru assez intéressante pour que nous nous y engagions.

Conclusion

Pour conclure, nous insisterons sur deux points qui nous paraissent essentiels dans l'appréciation de nos résultats.

1° Nos essais thérapeutiques ont porté sur une majorité de vieux malades.

2° Ils ont eu lieu dans les conditions que nous offraient nos quartiers d'asile, éminemment défavorables à la bonne conduite d'un tel traitement. Nous n'avons pas tellement en regard ce qu'on nous pardonnera d'appeler le pronostic vital de la méthode, puisque de décembre à juillet, nous avons pu faire supporter à quarante malades la somme de 700 comas sans accident. Nous envisageons, surtout, les conditions psychiques qui, en dépit de toutes les bonnes volontés, sont restées assez médiocres pour nous faire, à maintes reprises, ressentir péniblement la vanité de nos efforts. Inutile de mettre en branle l'imposante machine de l'insulinothérapie si l'on n'est pas assuré que la brûlante affectivité qu'elle va faire renaître ne trouvera pas l'écho qu'elle mérite.

Mais le nécessaire doit être fait, supposât-il des réformes d'envergure.

Cinq de nos schizophrènes sont sortis, en liberté. La méthode qui a donné ces résultats mérite à nos yeux qu'on s'y attache et qu'on travaille à sa perfection (1).

BIBLIOGRAPHIE

SAKEL. Neue Behandlungsmethode der Schizophrénie. *Verlag von Moritz Perles*, 1935.

Dr. MÜLLER. Le traitement de la schizophrénie par l'Insuline. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

H. SCHMID. Histopathologie du choc insulinique. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

H. BERSOT. Le syndrome neurologique du choc insulinique. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

E. BAUER. Essais de traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

Study of hypoglycaemie shock traetment in schizophrenia. Report by Isabel G. H. Wilson-Board of control, London, 1936.

MEIGNANT. Les accidents nerveux et mentaux liés à l'hypoglycémie. *Encéphale*, avril 1932.

ANDERSEN. L'insulinothérapie dans la D. P. Congrès des Méd. aliénistes et neurologistes, Brussels, 1935.

CLAUDE et RUBINOWITCH. Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

P. GUIRAUD et C.-H. NODET. Principe et technique de l'insulinothérapie. *Annales M. P.*, 23 novembre 1936.

G. MARQUET. Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. Thèse, Paris 1937.

G. PILCHOVSKY, M. KACZIPISKI, C. KONOPSKA, KSCZYTT. Recherches sur le traitement des maladies mentales par l'insuline. *Encéphale*, mai 1937.

CLINIQUE MÉDICALE

Evolution et traitement de l'infarctus du myocarde (2)

Par le Professeur agrégé MOUQUIN

Médecin des Hôpitaux

Il n'y a guère plus d'une dizaine d'années que l'infarctus du myocarde est sorti du domaine purement anatomique, et que son histoire clinique, écrite maintenant dans le détail, commence à être vulgarisée.

On sait aujourd'hui que l'infarctus du myocarde est moins souvent mortel qu'on ne le croyait jadis, qu'il peut permettre, au moins dans certains cas, une longue survie, et même guérir cliniquement. On sait qu'il peut se présenter sous des formes multiples. Mais si son aspect clinique est polymorphe, son évolution ne l'est pas moins.

Ce sont ces modalités évolutives que nous allons rappeler ici. Il n'y a pas lieu de s'étonner de leur nombre. *Pourquoi l'infarctus n'aurait-il pas de multiples aspects évolutifs comme il a de multiples aspects anatomiques* ? Qu'on se rappelle en effet que l'infarctus est très variable comme *volume* (les grands infarctus troublant la contraction cardiaque beaucoup plus que les petits), et comme *siège* (pouvant atteindre, soit des zones silencieuses, soit des zones bruyantes du cœur, pouvant intéresser de très petits vaisseaux ou des vaisseaux importants et pouvant entraîner des accidents particuliers en rapport avec la zone touchée : troubles du rythme en cas de lésion de la cloison, embolies en cas d'atteinte sous-endocardique, troubles précoces d'insuffisance cardiaque en cas d'infarctus de la base). Qu'on tienne compte aussi du fait que l'évolution dépend, dans une certaine mesure, de l'état anatomique antérieur du myocarde (qui peut être déjà atteint de myocardite, de dilatation ou d'hypertrophie), et qu'elle dépend grandement de l'importance et de la valeur des suppléances anastomotiques. Et l'on comprendra le grand nombre des types évolutifs que nous allons avoir à signaler, conditionnés, au moins en partie, par les types anatomiques.

Modalités évolutives de l'infarctus du myocarde

Rappelons d'abord les caractères cliniques et évolutifs de la forme banale ou, du moins, classique.

La forme classique est remarquable par son début brusque, nocturne le plus souvent, comparable à celui de l'angine de poitrine, bien que moins brutal et habituellement non provoqué par un effort. Le malade est pris, la nuit, d'une douleur vive, puis très vive et rapidement insupportable dans la région du cœur. Cette douleur dure, en général plusieurs heures, s'accompagne souvent de phénomènes de fléchissement circulatoire : collapsus, insuffisance cardiaque.

Dans les heures et les jours suivants, on observe un symptôme très important : *le fléchissement de la tension artérielle* (ce fléchissement de la tension artérielle peut, du reste, être tardif, n'apparaître qu'entre le premier et le troisième jour).

En même temps, la *température* s'élève, des *troubles du rythme* s'installent.

Plus discrètement, on constate *des frottements péricardiques*, et, à ce tableau, viennent souvent s'associer *des nausées* ou *des vomissements.*

L'*évolution* se fait : soit sur *la mort rapide* en quelques minutes ou quelques heures.

Soit vers *une survie* de quelques jours avec persistance de la température et des signes d'insuffisance cardiaque.

La mort termine l'évolution dans les premiers jours ou un peu plus tardivement, à moins que l'on ne voie régresser peu à peu tous les symptômes, remonter la tension artérielle, et que le malade ne se rétablisse de façon plus ou moins durable. Telle est la forme classique avec douleurs.

***

Mais, sur ce type classique se greffent de nombreuses formes atypiques, soit par leur début, soit par leur terminaison.

A. Modalités évolutives suivant le début :

a) Insistons d'abord sur la fréquence *de la mort subite*, premier et seul symptôme de l'accident cardiaque. L'infarctus du myocarde mériterait d'entrer dans le vocabulaire populaire sur le même plan que l' « embolie » ou la « rupture d'anévrysme », parmi les causes de mort subite.

b) En dehors de ces faits qui ont surtout un intérêt médico-légal, on peut voir un mode de début très différent : pas de douleurs vives, mais *seulement des phénomènes d'insuffisance cardiaque brusque*. Le tableau clinique en effet, est dominé par les signes d'insuffisance cardiaque : brusquement le malade est pris de dyspnée très vive ; et l'auscultation révèle un bruit de galop, un souffle systolique de la pointe, des bruits très sourds et souvent, en outre, des signes d'œdème pulmonaire. On songera à l'infarctus du myocarde s'il existe quelques douleurs précordiales et surtout un effondrement de la tension artérielle.

c) Nous venons de voir une forme où la douleur manque ou du moins reste très discrète. Cette absence de douleur, contrastant singulièrement avec le tableau classique de l'infarctus, se retrouve dans une forme importante, l'*ictus myocardique* (Gallavardin), Herzschlag des auteurs allemands.

L'ictus myocardique est schématiquement caractérisé par trois ordres de symptômes : des symptômes de choc, des symptômes de collapsus, des symptômes d'insuffisance cardiaque.

Symptômes de choc : on voit apparaître subitement une pâleur extrême avec des plaques de cyanose, des sueurs profuses, un refroidissement de tout le corps, de l'angoisse.

Symptômes de collapsus. Ce sont : la petitesse du pouls, l'effondrement de la tension artérielle, l'assourdissement des bruits du cœur, l'oligurie.

Symptômes d'insuffisance cardiaque : c'est la dyspnée (parfois du type de Cheyne-Stokes), le bruit de galop et, souvent, l'apparition d'œdème pulmonaire avec expectoration rosée et mousseuse, pouvant entraîner la mort.

Mais, dans tout ce tableau, peu ou pas de douleur précordiale.

L'évolution de l'ictus myocardique est relativement courte : la mort survient en deux à trois jours.

Tel est le type le plus pur de cette forme. Mais, bien souvent, les types se mélangent, s'intriquent, pouvant réaliser *des aspects différents.*

◆◆

(1) Cet article a pour objet nos travaux de décembre 1936 à juillet 1937. Depuis, vingt nouveaux malades ont été traités, qui nous ont suggéré de nouvelles remarques ; nous aurons l'occasion de les exposer prochainement.

(2) Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, dans le Service du Prof. Clerc et recueillie par M. Charousset, interne des hôpitaux.

d) Les symptômes de l'ictus myocardique peuvent s'associer *à des douleurs précordiales*, à un *état de mal angineux* ;

e) Ils peuvent s'associer à *des phénomènes digestifs*, nausées, vomissements. On a insisté récemment sur ces faits où le premier et unique symptôme est le vomissement et où plusieurs heures après, s'installe le tableau d'ictus myocardique, à moins que ce ne soit la mort subite qui vienne expliquer la signification de ces vomissements. On conçoit la difficulté d'un pareil diagnostic.

Dans certains cas, le tableau est discret et évoque seulement l'idée d'un embarras gastrique.

D'autres fois, les vomissements, la diarrhée profuse fait croire à une intoxication intestinale (observation de Ramond et Baudouin).

D'autres fois encore, les vomissements coïncident avec une contracture abdominale qui peut en imposer pour une perforation et conduire à l'intervention chirurgicale (observation de Gallavardin et Gravier).

f) Dans d'autres cas, les symptômes d'ictus myocardique s'associent à la fois à un état de mal angineux et à un tableau péritonéal. C'est à ces faits que Lian et Pollet ont donné le nom d'*état de mal cardio-gastro-angineux*. L'évolution peut se prolonger pendant plusieurs semaines avant que la mort ne survienne. C'est donc une forme moins brutale que les précédentes.

g) Une autre forme a été décrite par Lian : *c'est l'angor aigu-coronarien fébrile*. Elle trouve sa place ici, car, schématiquement, elle constitue une forme atténuée de l'état de mal cardio-gastro-angineux. L'évolution est moins rapide, la guérison possible. L'existence de fièvre donne à cete forme une note clinique particulière. Mais peut-on classer ces faits dans le cadre de l'infarctus du myocarde ? C'est vraisemblable, mais on a pu en douter. Yvon Delrous dans sa thèse (1932), fait remarquer que sur trois cas d'autopsie, Lian n'a constaté qu'une seule fois l'existence d'un infarctus. Cette forme curable devrait être, pour lui, rangée dans les cas d'angine de poitrine fébrile.

h) Formes à début insidieux. Ces formes où le début dure plusieurs heures ou même quelques jours, sont beaucoup plus fréquentes, qu'on ne le croit. Delrous donne les chiffres suivants, 43 % de débuts subits contre 57 % de débuts insidieux.

Ces formes à début progressif sont caractérisées essentiellement par des signes d'insuffisance cardiaque survenant, soit chez un malade n'ayant aucun antécédent d'insuffisance cardiaque, soit chez un malade déjà insuffisant cardiaque mais dont les signes d'insuffisance s'aggravent. Il s'agit tantôt d'une insuffisance cardiaque totale et tantôt d'une insuffisance ventriculaire gauche. Les signes d'insuffisance cardiaque sont dans l'ensemble, ceux de toute insuffisance cardiaque. On a donné comme signes particuliers de cette insuffisance ventriculaire gauche : l'*absence de pouls alternant*, malgré l'existence d'un bruit de galop avec très gros cœur. Mais on ne peut regarder cette absence d'alternance comme ayant une signification pathognomonique. Beaucoup plus significatif est le *caractère progressif de cette insuffisance* qui s'aggrave de jour en jour et ne *régresse sous l'influence d'aucun tonicardiaque*. Ces formes d'insuffisance cardiaque progressive conduisent à la mort en un temps qui peut varier entre quelques mois et deux ans.

i) Il existe, enfin, *des formes qui évoluent en plusieurs temps*. On peut voir, en effet, les formes à début insidieux s'aggraver brusquement d'accidents aigus et rapidement mortels. Cette évolution peut même se faire en trois temps : un stade d'état de mal angineux, un stade de fièvre et d'insuffisance cardiaque progressive, qui peut durer plusieurs jours, et enfin un troisième temps où la tension artérielle, jusqu'alors très stable, s'effondre brusquement tandis qu'apparaissent les accidents paroxystiques d'insuffisance cardiaque et des phénomènes de collapsus rapidement mortels.

B. Modalités évolutives suivant le mode de terminaison.

La mort est très fréquente, soit dès le début, soit dans les premières semaines, soit plus tardivement. Elle se produit le plus souvent soit par syncope, soit par insuffisance cardiaque.

La syncope relève fréquemment, semble-t-il, d'un mécanisme de fibrillation ventriculaire. Elle est possible dès le début (et même avant la constitution de l'infarctus, qui n'est accomplie qu'au bout de trente-six heures environ), ou dans les premiers jours (alors que la douleur reste intense, puis commence à régresser), ou même plus tardivement, alors que le malade ne souffre plus, qu'il est redevenu apyrétique, et que les siens le croient hors de danger. Mais le médecin qui voit la tension artérielle rester très basse, sait que d'un moment à l'autre, sans un cri, sans une plainte, la syncope mortelle peut se produire. A tous les stades de l'évolution de l'infarctus, la mort subite est possible.

L'insuffisance cardiaque est l'autre très grande cause de la mort chez ces malades. Nous en avons déjà décrit les aspects.

Rappelons qu'on doit toujours, en présence d'une insuffisance cardiaque absolument irréductible, penser à l'existence possible d'un infarctus.

Un certain nombre d'INCIDENTS OU D'ACCIDENTS ÉVOLUTIFS peuvent venir modifier ce tableau clinique chez les sujets ayant survécu quelques jours ou quelques semaines. Ce sont : la péricardite, l'intensité de la fièvre, la cachexie, les embolies, les troubles du rythme, et enfin deux complications plus rares, l'anévrysme cardiaque et la rupture du cœur.

1° *Les péricardites.* — Les frottements péricardiques font partie du tableau habituel de la maladie, mais plus rarement qu'on ne le pense d'ordinaire. En revanche, il est exceptionnel que la péricardite devienne assez importante pour dominer la symptomatologie et pour commander l'évolution de la maladie.

2° *L'élévation thermique.* — Dans certains cas, l'importance de la réaction fébrile prend une place essentielle dans la maladie (la persistance d'une fièvre élevée chez un cardiaque ne présentant pas de complications pulmonaires doit d'ailleurs faire penser à l'existence possible d'infarctus). L'état fébrile peut persister plusieurs semaines, témoin d'un état infectieux profond qui entraîne la mort. En pareil cas, d'ailleurs, il peut y avoir suppuration de l'infarctus, véritable myocardite suppurée entraînant des embolies infectantes (surtout lorsque l'infarctus est sous-endocardique). On conçoit qu'un pareil tableau soit extrêmement difficile à distinguer de celui d'une endocardite maligne.

3° *La cachexie.* — Dans des cas exceptionnels, l'évolution se prolonge et entraîne un état de cachexie qui aboutit à la mort. Gallavardin a rapporté deux observations de ce tableau, au milieu duquel, tardivement apparaissent des embolies révélatrices. Des faits comparables ont été rapportés aussi par Dumas.

4° *Les embolies.* — L'apparition d'embolies est assez fréquente ; elles peuvent même, dans certains cas être assez importantes et assez nombreuses pour constituer une véritable forme embolisante (thèse de Destandau, 1921). Ces embolies se produisent surtout dans les petits infarctus sous-endocardiques qui se compliquent souvent de thrombose cardiaque. Suivant le point de départ, cœur droit ou cœur gauche, les embolies atteindront les organes de la grande ou de la petite circulation ; les embolies pulmonaires sont plus rares que celles de la grande circulation (cerveau, foie, rate, reins, mésentère, membres inférieurs), car le ventricule gauche est atteint plus souvent que le ventricule droit. Certaines formes avec embolies à répétition peuvent en imposer pour une endocardite.

5° *Les troubles du rythme.* — L'existence d'extrasystoles et d'arythmie complète par fibrillation auriculaire est si fréquente qu'elle ne peut être regardée comme une complication. Nous ne reviendrons pas sur l'apparition possible de fibrillation ventriculaire, rapidement mortelle ; sa fréquence s'explique puisque la ligature expérimentale des coronaires entraîne de la fibrillation ventriculaire en même temps que la constitution d'un infarctus. Nous insisterons plus longuement sur d'autres troubles du rythme : blocs de branche, dissociation auriculo-ventriculaire et tachycardie ventriculaire.

a) *Les blocs de branche.* — On observe généralement un bloc se traduisant électrocardiographiquement par l'aspect classique de « bloc de la branche droite ». Cette atteinte élective de la branche droite du faisceau de His, s'explique par le fait que cette branche est irriguée par une seule artère venue de la coronaire gauche (facilement atteinte de thrombose), tandis que la branche gauche est irriguée à la fois par la coronaire droite et par la coronaire gauche (I. Mahaim).

b) *Dissociation auriculo-ventriculaire.* — Elle peut être complète ou incomplète. Elle peut donner lieu au tableau du pouls lent avec les complications qui lui sont propres.

c) *La tachycardie ventriculaire.* — On se souviendra qu'un nombre important de cas de tachycardie ventriculaire sont sous la dépendance d'infarctus septaux. Dans ces cas, la tachycardie ventriculaire peut se prolonger fort longtemps ; dans le cas de Dumas, Froment et Amstett, par exemple, on vit le cœur battre pendant quinze jours à 190.

6° *Les anévrysmes du cœur.* — Ils siègent surtout sur le ventricule gauche ou à la pointe, et sont dus à la distension de la zone d'infarctus ayant subi une transformation fibreuse. Leur taille varie de la grosseur d'une noix à celle d'une petite orange. Ils sont relativement tardifs, mais on a pu les voir se constituer quelques jours après le début (Slikoshoff et Douglas). Les signes subjectifs en sont vagues : dyspnée, douleurs sourdes à type

d'angor. Les signes objectifs ne sont pas plus explicites. Ce sont tantôt des signes de péricardite ou de symphyse, tantôt un élargissement de la matité cardiaque, et, à l'auscultation, un galop, un souffle systolique de la pointe et parfois un double souffle dû à la réplétion de la poche anévrysmale par le sang.

Seule *la radioscopie* pourra révéler l'existence de l'anévrysme. Mais elle peut être en défaut, car ce sont souvent de petits anévrysmes qui peuvent échapper à un examen de face. Il faut alors, pour les déceler, faire varier l'incidence des rayons. Dans les cas typiques, en revanche, la radiologie montre des déformations très particulières de l'ombre cardiaque, lui donnant un aspect « grotesque ».

Cliniquement, l'anévrysme du cœur entraîne des accidents rapides et progressifs d'insuffisance cardiaque. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et on a pu voir ces accidents régresser et une survie considérable se produire.

7° *Les ruptures du cœur.* — Il peut s'agir de la rupture de l'anévrysme (c'est-à-dire d'un accident assez tardif) ou, au contraire, de la rupture d'une zone atteinte d'infarctus. Le siège de la rupture est, en général sur la face antérieure du ventricule gauche. Une fente se produit, linéaire, entraînant un hémopéricarde. La rupture est d'ordinaire spontanée. Cependant, elle peut être provoquée par un effort ou par l'administration intempestive de tonicardiaques. L'évolution est toujours très grave : soit immédiatement avec douleurs et mort subite, soit plus lentement avec douleurs, dyspnée, angoisse, pâleur, ralentissement ou accélération du pouls et mort. Dans les cas où la mort a été plus tardive, la survie n'a jamais dépassé treize jours.

L'évolution favorable de l'infarctus est possible.

Vers la quatrième semaine, on peut considérer que la période critique est passée ; le danger de mort subite devient alors beaucoup moins menaçant. (Donzelot considère que ce danger est évité à partir du 21e jour ; Lévine admet, au contraire, que cinq semaines sont nécessaires pour que la cicatrice d'infarctus soit solide.)

Dans les cas où la guérison survient, la tension artérielle remonte peu à peu à son niveau initial ; et elle finit par se stabiliser, en général, un peu au-dessous de ce niveau qu'elle pourra, d'ailleurs, atteindre ultérieurement. Dans les cas les plus favorables cependant, il peut persister des *douleurs* ou des sensations anormales (froid, chaud, brûlures) siégeant à l'épaule gauche, ou, plus rarement, à l'épaule droite, et pouvant durer plusieurs années, rebelles à tout traitement.

Plus importants et plus fréquents sont les *troubles du rythme* qui persistent souvent de façon définitive.

Enfin, *les récidives* demeurent une éventualité avec laquelle il faut largement compter puisque Padilla et Cossio regardent une deuxième attaque d'infarctus comme se produisant dans 60 % des cas.

Les longues survies sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois. On en cite des cas impressionnants : Gallavardin rapporte l'observation d'un sujet qui, ayant eu un infarctus du myocarde dix ans auparavant, peut chasser chaque année ; Parkinson et Bedford ont vu un sujet mourir d'une affection intercurrente, sujet qui avait présenté, onze ans et demi auparavant un syndrome d'infarctus du myocarde) ; White (de Boston) a trouvé une cicatrice d'infarctus du myocarde chez un sujet mort à 80 ans et qui avait présenté cliniquement cet accident dix-sept ans et demi auparavant : ce qui ne l'avait pas empêché à 73 ans et demi de faire l'ascension d'une montagne à pas rapide ; Willius, enfin, rapporte plusieurs cas de survie prolongée pendant dix-sept ans.

En tout cas, des survies de quatre à cinq ans sont assez banales. On constate souvent à l'autopsie des cicatrices d'infarctus chez certains sujets morts de tout autre affection, ou d'un nouvel infarctus.

Peut-on tirer des statistiques quelques renseignements valables ? Elles donnent naturellement des chiffres assez discordants, mais qui ne manquent pas d'intérêt.

La statistique de Parkinson et Bedford est la plus favorable. Sur cent cas, elle donne 68 % de survie, dont 8 ont pu reprendre une vie normale et 33 une activité modérée. Moins favorable est la *statistique de Hochrein et Schneyer*, 29 % seulement de survie ; mais le même chiffre ou à peu près que Parkinson et Bedford de rétablissement complet : 20 %.

Willius rapporte un chiffre de survies, intermédiaire aux deux précédents : 45 %.

Mais, aucun signe, ni clinique, ni électro-cardiographique, n'étant vraiment caractéristique de l'infarctus du myocarde, on peut toujours, dans les cas de survie, soupçonner une erreur de diagnostic. Cependant, il faut reconnaître qu'il existe incontestablement des guérisons cliniques de cas qui ont présenté le tableau clinique et électro-cardiographique de l'infarctus au complet et chez lesquels on a pu constater ultérieurement, à l'autopsie, une cicatrice d'infarctus. Si sceptique que l'on puisse être, on est obligé de reconnaître qu'il s'agit de guérison clinique, précaire peut-être, mais indiscutable.

L'explication de ces guérisons d'infarctus du myocarde est demeurée longtemps difficile. Mais on sait maintenant que les artères du cœur ne sont pas terminales. Leriche et Fontaine, en introduisant une canule de François Franck dans le bout périphérique de la branche descendante de la coronaire gauche (après ligature du bout central), y ont trouvé constamment une pression positive, due à l'existence d'une circulation collatérale.

L'existence de suppléances anastomotiques est d'ailleurs mise en évidence par la méthode des injections fines, combinées à la radiographie. Ces anastomoses existent surtout au niveau de la cloison, du sillon interventriculaire, à la pointe et aussi au niveau du faisceau de His et du nœud de Keith et Flack.

Elles ne se font pas à plein canal, mais par de fines artérioles. Elles sont plus importantes chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes (Grass), si bien que anatomiquement, au moins, les cœurs âgés seraient mieux préparés aux troubles d'une occlusion coronarienne.

Le système veineux de Thébesius jouerait, lui aussi (Robertson), un rôle dans le rétablissement de la circulation après infarctus.

Le pronostic

Il est impossible au début. Quelle que soit la bénignité apparente des symptômes, on ne doit jamais être optimiste. Comme le disent Hochrein et Schneyer, on se méfiera des soi-disants signes de pronostic favorables ou défavorables (importance de la douleur, de la fièvre, de la chute de tension artérielle, importance de la réaction leucocytaire. On s'appuyera cependant sur l'*existence des signes d'insuffisance cardiaque* dont la gravité a toujours une grosse valeur pronostique. On se basera aussi sur l'*âge* du malade (l'infarctus étant mieux supporté par les sujets jeunes), su. l'*absence de douleurs*, facteur aggravant, et peut-être aussi sur l'*état de la pression veineuse* (une pression basse étant un élément de pronostic favorable d'après Fischberg, Hitzig et King).

En dehors des signes cliniques, les recherches de laboratoires peuvent avoir un intérêt : l'*électro-cardiogramme*, n'a pas une grosse valeur pronostique. Cependant, on regarde comme particulièrement graves les cas dans lesquels, il n'y a aucune altération électro-cardiographique (70 % de mort dans ces cas d'après Padilla et Cossio). D'autre part, il est certain que la régression progressive des altérations peut être considérée comme l'indice d'une cicatrisation de l'infarctus.

La kymographie permet aussi de suivre la régression en montrant la diminution progressive de la zone d'immobilité (ou du moins de la zone de diminution de l'amplitude des battements).

La vitesse de sédimentation globulaire enfin, serait d'après Bickel et Moser un bon élément de pronostic (elle redevient normale quand le malade guérit).

Le pronostic est toujours grave dans le premier mois, et surtout dans les quarante-huit premières heures. Après le premier mois, ou bien le malade fait tout de suite des signes d'insuffisance cardiaque avec arythmie complète et alors il mourra en quelques mois ; ou bien il ne fait pas d'accidents d'insuffisance et alors il doit guérir, à moins que l'insuffisance cardiaque n'apparaisse tardivement ou qu'un nouvel infarctus ne se constitue.

Traitement

Bien qu'il ne faille pas exagérer la valeur du traitement de l'infarctus du myocarde, il est certain que des médicaments et des moyens thérapeutiques sont utiles pour soulager le malade et favoriser sa survie. Si bien qu'on peut dire qu'il y a un traitement médical de l'infarctus.

A. Au début — Deux actes s'imposent : a) *calmer la douleur* ; b) *remédier aux troubles circulatoires* ;

a) *Traitement de la douleur*, s'adresse avant tout à la *morphine*, par voie sous-cutanée, à hautes doses, s'il le faut. Dans les cas très graves même, on est autorisé à injecter un centigramme de morphine par voie intraveineuse. Il ne faut pas cependant injecter des doses inutiles de morphine, car la morphine a peut-être une action vaso-constrictive sur les coronaires et, d'autre part, elle a certainement une action hypotensive qui diminuerait exagérément l'irrigation du myocarde.

On peut associer à la morphine : *la scapolamine* ou l'*atropine* qui agit favorablement sur les troubles digestifs, sur les spasmes.

Enfin, l'usage de la *papavérine* est à recommander. Elle a une action certaine sur le spasme des coronaires et aussi sur la contractilité cardiaque.

Dans les cas où la douleur est moins intense ou à titre d'adjuvants de la morphine, on peut recourir aux *barbituriques.* Ils seront utilisés par voie buccale ou même par voie sous-cutanée (gardénal sodique, luminal, somnifène, cibalgine). Leur usage a été récemment recommandé par Hochrein.

Naturellement, on prescrira au malade un *repos absolu* et on recommandera avec avantage l'application de compresses chaudes, ou de cataplasmes électriques sur la région précordiale.

L'oxygénation à haute dose a été préconisée par les auteurs américains (Lévy et Barrach, Kilgore). Ces auteurs, en effet, soutiennent, que la douleur est due en partie au défaut d'oxygénation du myocarde nécrosé. En tout cas, l'oxygène exerce une action favorable sur la cyanose et la dyspnée, peut-être aussi ferait-il diminuer les limites de l'infarctus. Mais, pour que cette oxygénation ait une certaine valeur, il faut que l'air inhalé contienne au moins 50 % d'oxygène : aussi cette méthode n'est-elle possible qu'avec les tentes à oxygène et encore avec des tentes d'un modèle perfectionné. Jusqu'à ces temps derniers, ces tentes n'existaient pas en France. On commence seulement à en fabriquer. En tout cas, c'est encore une méthode d'exception.

Signalons d'ailleurs qu'il faut user de grandes précautions lorsqu'on remet le sujet en contact avec l'atmosphère ordinaire. Ce passage doit être progressif, sous peine d'accidents très graves.

b) *Traitement des troubles circulatoires.* — Les troubles circulatoires devront être combattus en même temps que la douleur.

Les toniques du cœur sont à rejeter à cause du danger d'embolies et de rupture du cœur qu'ils font courir au malade en exagérant la force de la systole cardiaque. Mais on recourra aux médicaments qui agissent sur la circulation périphérique.

Le camphre, à fortes doses, toutes les deux ou trois heures et au besoin par voie intraveineuse.

La caféine, dont on connaît l'action vaso-dilatatrice sur les coronaires, sera avantageusement associée ou alternée avec le camphre.

Quant à l'*adrénaline*, elle a été préconisée, mais elle a l'inconvénient de provoquer de l'œdème pulmonaire et des crises d'angine de poitrine. En outre, elle offre un autre danger : elle favorise l'apparition de la fibrillation ventriculaire. Aussi, doit-on en principe, l'éviter. Ce n'est qu'en cas de phénomènes graves de collapsus qu'on peut recourir à elle, mais on ne doit pas dépasser la dose de un demi-milligramme par voie intramusculaire.

L'éphédrine aurait, pour Rössler et Bickel, les mêmes avantages que l'adrénaline sans avoir ses inconvénients.

B. Au bout de quelques jours. — Quand la douleur commence à disparaître, le rôle du médecin se présente de façon un peu différente. Il doit alors essayer de favoriser la cicatrisation de l'infarctus et le rétablissement de la circulation, et de lutter contre les symptômes d'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme.

a) *Pour la cicatrisation de l'infarctus et le rétablissement de la circulation myocardique*, il faut continuer à laisser le malade au repos le plus complet, sans lui permettre le moindre mouvement, et à un régime surtout liquide et en tout cas des plus réduits. Un certain nombre de médicaments exerceront une action favorable sur la circulation collatérale : c'est la *théobromine* qui doit toujours être employée pendant toute la durée de la maladie ; et c'est la *théophylline-éthylène-diamine.* Ce médicament, dont on avait montré, il y a vingt-cinq ans déjà, les avantages sur la théobromine et aussi sur la théophylline pure, ne s'est répandu dans la pratique courante que depuis quelques années. Il put être employé par la voie buccale, sous-cutanée ou intraveineuse. Mais comme l'ont montré des travaux récents de Laubry, Soulié et P. Laubry, l'action vaso-dilatatrice par la voie intraveineuse est rapide (maximum cinq minutes après l'injection) mais très éphémère.

En outre, elle n'est pas inoffensive, car elle paraît favoriser l'apparition de la fibrillation ventriculaire. On se bornera donc à l'employer par les voies sous-cutanées intra-musculaire ou buccale.

L'emploi de l'*acétylcholine* est théoriquement indiqué, car elle a une action vaso-dilatatrice très nette sur les coronaires. Cependant Bickel conseille de ne l'utiliser qu'avec prudence, aux doses de 10 à 20 centigrammes par jour, afin de ne pas exercer une action trop brutale sur un foyer fragile en voie de cicatrisation.

L'usage des *hormones circulatoires* (angioxyl, padutine, myostone, lacarnol, entonon) peut être recommandé, mais sans qu'on puisse attendre des résultats ni certains, ni importants.

Certains auteurs (Wohlbach et Howe) ont signalé qu'une *alimentation riche en vitamine C* (jus de citron frais) favorisait le développement de la circulation collatérale. Il y a tout lieu d'offrir au malade cette possibilité d'aider à son rétablissement.

b) *La lutte contre l'insuffisance cardiaque* devra être poursuivie par le *sérum glucosé* par voies rectale, sous-cutanée et même par voie intraveineuse. On ne manquera pas aussi de prescrire du *glucose* par voie buccale. Cette médication glucosée est très utile, le sucre étant l'aliment du cœur et le sérumglucosé exerçant d'heureux effets sur l'état général du malade et sur les complications pulmonaires possibles.

S'il existe de l'hypochlorémie (comme dans un cas récent de Rathery), c'est au chlorure de sodium qu'on s'adressera par les voies sous-cutanée et rectale.

Faut-il, au sucre adjoindre de l'insuline ? La question est discutée. Certains auteurs en sont partisans, mais l'insuline peut n'être pas inoffensive, car on a pu voir un infarctus cardiaque se produire au cours du traitement insulinique (Lévine). Bickel conseille de ne faire le traitement insulinique qu'à faibles doses. Nous croyons ces petites doses (5 à 20 unités par jour), inoffensives, mais nous ne sommes pas convaincus de leur utilité.

En cas de grands accidents d'insuffisance cardiaque, d'œdème aigu par exemple, le traitement classique par la saignée, l'ouabaïne devra être mis en œuvre. Mais, d'une façon habituelle, les tonicardiaques ne seront utilisés qu'avec prudence. *On évitera l'ouabaïne intraveineuse* qui a une action fâcheuse sur la constriction des artères coronaires. On recourra de préférence au *strophantus* par la bouche, mais *on ne donnera pas de digitale.* Ce médicament peut, en effet, provoquer des extrasystoles, et de la fibrillation auriculaire. Par son action, sur la conductibilité, il peut provoquer ou exagérer les phénomènes de bloc. Par son action sur la contractilité du myocarde, il peut favoriser des ruptures du cœur ou des embolies. Enfin, il peut aussi intervenir dans la genèse de la fibrillation ventriculaire.

c) *Il faut enfin lutter contre les troubles du rythme* et, en particulier, essayer de prévenir la fibrillation ventriculaire, gros danger toujours suspendu sur la vie du malade. Or, il est un médicament auquel on est tenté de s'adresser, c'est la *quinidine.* Mais, la quinidine est aussi un dépresseur du cœur ; elle est donc dangereuse chez ces malades qui font si facilement de l'insuffisance cardiaque. Aussi, Donzelot refuse-t-il de l'employer chez les sujets atteints d'infarctus en pleine évolution. En revanche, certains auteurs en donnent systématiquement à leurs malades dans le but de prévenir l'apparition possible de la fibrillation ventriculaire. Kilgore, par exemple, donne avec des sels de potassium, 0 gr. 60 de quinidine par jour en trois fois (à huit heures d'intervalle), pendant les deux mois qui suivent le début de l'infarctus. Il vaut mieux, avec Bickel, réserver l'emploi de la quinidine aux cas où apparaissent des troubles d'hyperexcitabilité, surtout s'il n'existe pas de symptômes d'insuffisance cardiaque et si on ne prescrit que 0 gr. 20 à la fois et 0 gr. 40 ou 0 gr. 60 au maximum par jour : l'usage de la quinidine est parfaitement justifié en cas de troubles du rythme inquiétants.

On peut d'ailleurs y associer le strophantus par voie buccale pour éviter de déprimer le myocarde.

C. Plus tardivement, une question importante se posera : *quand peut-on autoriser le lever* ? Pas avant plusieurs semaines en tout cas. Donzelot dit trois semaines à un mois. La plupart des auteurs disent six semaines. Thayer même, demande trois mois d'immobilisation. Et alors, ce n'est que très progressivement que le malade pourra reprendre une petite activité.

Par la suite, pour apprécier le genre de vie que l'on devra lui imposer, il faudra savoir quel est l'état fonctionnel de son myocarde. Et on tiendra compte aussi de ce que, si prudents, si timorés soient-ils au début, les malades auront toujours tendance à outrepasser leurs droits quant à l'activité permise.

De toutes façons, on devra leur recommander la modération, un régime sévère, et la médication habituelle de l'artério-sclérose par la théobromine, les iodures, sans parler du traitement de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque si celle-ci fait son apparition.

Voilà le traitement médical de l'infarctus du myocarde.

Quant aux *chirurgiens*, ils ont proposé des suggestions ou ébauché des tentatives. Puisque les opérations sur le sympathique facilitent l'établissement de la circulation anastomotique au niveau d'un membre. Leriche pense qu'on peut probablement, par des opérations sympathiques favoriser la mise en jeu

de la circulation anastomotique des coronaires. De façon plus réalisable aussi, il a proposé la novocaïnisation du ganglion étoilé en cas d'infarctus très douloureux.

D'autres essais ont pour but de renforcer la paroi myocardique pour éviter l'anévrysme ou la rupture et pour faciliter le développement des anastomoses. C'est ainsi que Leriche propose l'application d'un lambeau de muscle strié contre la paroi pariétale. C'est une suggestion comparable qu'a faite Beck en Amérique. Quant à O'Shaugdnessy, il a imaginé une greffe péritonéale à travers une boutonnière diaphragmatique.

En dehors de ces tentatives chirurgicales sur l'avenir desquelles il est encore bien tôt pour se prononcer ; le traitement médical est le seul qui existe pratiquement. Avouons qu'il est surtout symptomatique ; mais il soulage le malade, et l'aide parfois à guérir. Ce n'est pas un mince mérite dans un accident qui, malgré tout, reste extrêmement grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre 1937

Chimiothérapie de la tuberculose par les sels d'or. — ***MM. Paul Courmont*** et ***H. Gardère*** apportent des faits nouveaux pour expliquer l'action des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire.

Leurs travaux sur l'action antiseptique *in vitro* des sels d'or sur les cultures homogènes des bacilles de Koch, sur le pouvoir bactéricide du sérum des tuberculeux, l'exaltération de ce *pouvoir bactéricide* des humeurs (sérum et urine) sous l'influence des sels d'or, apportent des bases solides à la théorie de l'action de médicament sur le bacille lui-même. Cétte action s'exerce surtout sur les formes jeunes (les *bacillesnus* de la tuberculose).

Un grand rôle doit être attribué à l'*hypersensibilite indifférente du tuberculeux.* Les auteurs montrent que cette sensibilité se révèle souvent excessive dès les premières injections de doses minimes de sel d'or : le pronostic est alors défavorable et la mortalité très grande.

Ils sont partisans des *très petites doses* (qui paraissent *suffisantes, inoffensives* et *révélatrices de la sensibilité*) et conseillent une grande prudence dans le traitement et pour la prophylaxie des accidents.

La constitution et la structure des ultravirus. — ***M. C. Levaditi.*** — La structure discontinue des ultravirus ne paraît pas homogène. Les corpuscules élémentaires entrant dans la constitution de ces ultravirus semblent, au contraire, représenter des variations différentes les unes des autres par leurs dimensions et par certains caractères biologiques.

Dans le cadre des *ectodermoses neurotropes*, les tailles des ultragermes qui en font partie sont proportionnelles à la pluralité et à la complexité de leurs caractères fonctionnels.

Les syndromes neuro musculaires. — ***MM. Maranon*** et ***Charles Richet.*** — Certains hyperfonctionnements corticosurrénaux sont à la base de certaines hypertrophies musculaires.

L'insuffisance surrénale engendre des troubles musculaires purement fonctionnels au début et ultérieurement des lésions musculaires voisines des myopathies.

Certaines asthénies passagères ou non, certaines atrophies musculaires peuvent être expliquées au moins en grande partie par l'insuffisance surrénale.

Recherches sur l'acide urique libre et les complexes uricogènes du sérum sanguin. Le complexe uricogène soluble dans le filtrat trichloracétique. — ***M. Joseph Khouri*** (d'Alexandrie). — Le filtrat trichloracétique, provenant de la désalbumination du sérum sanguin, contient assez souvent en dehors de l'acide urique libre (préformé), un complexe uricogène dont on peut libérer l'acide urique par hydrolyse sulfurique à 100° C ;

Le taux de cet acide urique dissimulé sous forme d'un complexe organique, a varié dans nos expériences selon le cas de 0 à 70 p. 100 de la quantité d'acide plasmatique libre.

Ce complexe uricogène que l'on rencontre dans le filtrat trichloracétique alors qu'il ne se retrouve pas dans le liquide provenant de la désalbumination du même sérum sanguin par le tungstate de sodium sulfurique semble être un composé polypeptidique à noyau purique (selon Cristol): S.-R. Bénedict et P. Cristol ont noté dans le sang la présence de nucléosides puriques oxydés.

Nécessité de joindre un résumé à la fin de toute publication — ***M. Marchoux.*** — Les auteurs faciliteraient la tâche du lecteur en faisant suivre leur travail d'un court résumé comme le font déjà quelques Français et presque tous les étrangers. Ce résumé assurerait les analyses qui ne sont pas parfaitement exactes. Il permettrait de limiter les lectures au sujet qui, spécialement, intéresse et permettrait néanmoins de connaître brièvement ce qui s'écarte de la spécialité étudiée.

M. Marchoux propose 1° aux auteurs de faire suivre leurs travaux d'un résumé aussi court et aussi clair que possible ; 2° aux éditeurs d'exiger ce résumé à la fin de tout article qui leur est remis et de le mettre typographiquement en vedette.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1937

Rechloruration d'urgence. — ***MM. Binet*** et ***Viala*** rappellent les résultats des nouvelles recherches expérimentales effectuées sur des chiens anesthésiés et montrent l'innocuité des injections intraveineuses de la solution chlorurée sodique quand on opère avec la solution à 10 %, en l'injectant lentement.

M. Robineau insiste sur le fait que ***M. Gosset*** a recommandé l'injection intraveineuse de sérum hypertonique et non le lavement. Le taux de chlorures sanguins n'a de valeur que si on connaît le taux habituel au malade.

M. Küss pense qu'une solution hypertonique ne peut avoir sur le rectum et la muqueuse intestinale qu'un effet purgatif. Seules les solutions isotoniques sont absorbées.

Sur la bulbotomie. — ***M. Bourdenko*** (Moscou) propose de traiter la maladie de Parkinson à un stade avancé, par la section au niveau du bulbe du faisceau central de la calotte et du faisceau de Monakoff. Cette section ne touche pas la mobilité volontaire mais assure la suppression de la contracture et du tremblement. On fait une trépanation postérieure et on découvre les racines du spinal et du pneumogastrique comme repères de la section. Il y a comme dangers opératoires le risque de léser l'artère cérebelleuse postérieure et de sectionner les autres faisceaux bulbaires. Cependant un film montre les résultats intéressants obtenus par ***M. Bourdenko.***

Péritonite encapsulante. — ***M. B. Desplas*** a eu l'occasion d'opérer un homme de 47 ans qui souffrait depuis longtemps de crises douloureuses abdominales de plus en plus accusées. Il découvrit une capsule très limitée adhérente au mésentère ; laquelle contenait trois mètres environ de grêle. L'examen histologique de la poche décela un processus inflammatoire banal. La radiographie avant l'intervention avait montré des niveaux liquides multiples. Actuellement l'intestin est libre et souple à la radio.

Résection sous-périostée. — ***M. B. Desplas*** a pratiqué la résection sous-périostée de l'extrémité inférieure du tibia pour ostéomyélite évoluant sur un foyer ancien d'ostéite de guerre. La réparation actuellement satisfaisante a été très longue à obtenir puisqu'il a fallu neuf opérations de greffe osseuse. Chez un enfant au contraire une résection de l'extrémité supérieure du tibia s'est réparée facilement.

M. Sorrel a fait 38 opérations de résection chez l'enfant avec de bons résultats.

M. Leveuf ne pratique plus de résections.

M. Richard note l'excellente prise des greffes osseuses quand l'opération réussit. Mais dans certains cas la résection ne laisse qu'une pseudarthrose très malaisée à traiter.

Exploration lipiodolée des abcès pulmonaires. — ***MM. Pruvost*** et ***Quénu*** estiment qu'on ne peut situer et éliminer la cavité suppurante d'un abcès pulmonaire de manière correcte que par l'injection lipiodolée dont quelques centimètres cubes

suffisent si on fait varier la position du malade. Il faut faire l'injection à travers la paroi. Après l'opération le lipiodol injecté par le drain surveille la régression de la cavité et permet de supprimer le drain au bon moment.

Des observations et des radiographies montrent l'intérêt que présente cette méthode d'investigation dans le traitement et le diagnostic des abcès du poumon.

M. Robert Monod estime que les grands abcès superficiels se découvrent et se drainent aussi facilement que les pleurésies purulentes. Pour ce qui est des abcès profonds l'injection est utile mais elle peut être dangereuse à cause de l'absence de réaction pleurale.

Séance du 20 octobre 1937

Syndrome abdominal douloureux. — *M. Polony* (Belfort), opérant pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec selle sanglante et tableau occlusif chez un enfant, trouve un piqueté hémorragique du cœcum qui contenait comme un corps étranger dans la lumière intestinale. Une résection iléo-cœcale fut faite. Quelques jours après apparut une éruption de varicelle. L'examen anatomopathologique de la pièce montra qu'il s'agissait de lésions inflammatoires et nécrotiques du gros intestin, secondaires à une invagination iléo-colique ancienne préexistante.

Dans un autre cas où existait également un syndrome d'invagination, chez un grand enfant, *M. Polony* découvrit à l'intervention un purpura à localisation primitivement péritonéale avec amorce d'une invagination. Un mois après parut sur les téguments un purpura révélateur.

M. Basset, rapporteur, insiste à nouveau sur l'extrême difficulté du diagnostic des crises douloureuses abdominales du purpura.

Rupture d'un pyosalpinx droit sous-hépatique. — *MM. Calvet et Monsaingeon* ont observé chez un malade un empâtement total du côté droit du ventre simulant un plastron appendiculaire sans signes d'abcédation. Subitement un soir la malade est prise d'une douleur violente et d'un syndrome péritonéal avec ventre de bois. L'intervention faite avec une incision d'appendicectomie montra l'existence d'une trompe collée au foie et au côlon et rompue largement à sa face inférieure. Une hystérectomie subtotale fut faite et un Mikulicz mis en place. La guérison s'ensuivit. Ces observations de rupture de pyosalpinx en position ectopique sont exceptionnelles. (M. Wilmoth, rapporteur).

Perforation d'un sarcome du grêle. — *MM. Monod* et *Arnal* ont vu chez un malade présentant un syndrome de perforation d'ulcus, une péritonite purulente par perforation d'un sarcome de l'intestin grêle. Une résection fut faite, et le malade guérit.

L'auteur oppose les sarcomes du grêle qui demeurent longtemps latents, car ils ne donnent lieu à aucune espèce de rétrécissement, et les épithéliomas qui au contraire se manifestent rapidement par des signes de sténose. Les mœlenas y semblent très rares. Le diagnostic des sarcomes du grêle est donc des plus malaisés ; seule la connaissance d'une cachexie précoce doit inciter à une laparotomie exploratrice. Quant à leur perforation elle est exceptionnelle. On en connait un cas ouvert dans la vessie et un autre perforé en péritoine libre et mort après intervention.

Désarticulation de la hanche. — *M. Sorrel* emploie la désarticulation selon le procédé par transfixion de Farabeuf, qu'on considère habituellement comme un exercice d'amphithéâtre. Il commence par lier fémorale et veine satellite sous l'arcade en conservant leurs fils longs pour soulever les vaisseaux dans la suite de l'intervention. Celle-ci est continuée selon le procédé classique. La perte de sang est en général minime. Le sciatique se rétracte tout seul.

Bien qu'on décrive actuellement des procédés plus complexes (Huard et Montagné), la désarticulation type Farabeuf a donné à *M. Sorrel* d'excellents résultats. L'auteur emploie la rachianesthésie complétée d'un peu d'anesthésie générale.

M. J.-L. Faure a employé également le procédé typique. Cependant il préfère souvent faire une amputation de cuisse au tiers supérieur et extirper secondairement au bistouri le segment osseux supérieur.

M. Soupault se demande s'il n'est pas indispensable de novocaïniser le sciatique avant la section.

M. Richard utilise le même procédé que M. Sorrel mais en novocaïnisant le sciatique. Ce procédé donne un très bon moignon. Il y a souvent intérêt à enlever de plus le cotyle dans les coxalgies suppurées surinfectées.

M. Roux Berger pense que la désarticulation interilio abdominale et interscapulothoracique reprendront une place très importante dans la thérapeutique du sarcome des parties molles des membres à condition de les faire doucement avec une hémostase excellente et sans section nerveuse brutale. Dans la désarticulation de la hanche, l'hémostase est primordiale. Quant à la section nerveuse il est indispensable qu'elle soit précédée d'une novocaïnisation.

M. Duval pense aussi que la lenteur de l'acte opératoire évite une grande partie du shock.

M. Sorrel a opéré ainsi quarante cas avec une seule mort. Au moment où le sciatique a été sectionné il n'y a pas eu de chute de pression.

Complications pulmonaires post-opératoires. — *M. A. Martin* etudie les complications pulmonaires post-opératoires chez l'enfant. Elles peuvent survenir après les opérations les plus banales et les plus rapidement effectuées et quelque soit le mode d'anesthésie. Dans les interventions abdominales elles sont particulièrement sévères et fréquentes. La pathogénie de ces accidents commence à être élucidée maintenant que l'on connaît le rôle des désintégrations d'albuminoïdes dans l'étiologie des pneumopathies post-opératoires. La thérapeutique de ces accidents est difficile chez l'enfant qui supporte mal la plupart des antiseptiques pulmonaires usuels.

Il utilise le sulfate double d'orthoxyquinoleine et de potassium, inoffensif, et beaucoup plus actif que la créosote. Ce produit semble polyvalent. Il donne des résultats excellents et semble diminuer beaucoup la quantité des complications pulmonaires.

Vascularisation artérielle de l'ovaire. — *MM. Mocquot* et *Claude Rouvillois* ont étudié par radiographie et dissection de pièces opératoires et cadavériques, les variations de l'artère dite utéro-ovarienne ou mieux tubo-ovarienne. L'anastomose entre utérine et tubo-ovarienne peut être à plein canal (12/30). Dans le cas type une ligature placée à l'une des extrémités du canal ne compromet pas la vascularisation. Le deuxième type a une anastomose très mince et les artères ovariennes sont disposées en deux bouquets nettement distincts. Dans ce deuxième type également fréquent (12/30) une ligature juxta-ovarienne interrompt la vascularisation de la moitié correspondante de l'ovaire. Les variétés suivantes ont une vascularisation monoartérielle. Tantôt c'est l'utérine seule qui assure l'irrigation de l'ovaire (4/30), tantôt c'est la tubo-ovarienne (2/30). Les auteurs en tirent des conséquences opératoires pour les conservations de l'ovaire.

J. Calvet

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1937 (*suite*)

Le rhumatisme articulaire aigu dans l'armée. — *MM. Costedoat* et *Jeannest.* — Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des plus répandues dans l'armée ; seuls les oreillons et la grippe et de très peu la rougeole, le sont plus que lui. Mais il est bien moins fréquent qu'avant la guerre quoique, depuis quelques années, on constate une recrudescence des cas.

Il atteint beaucoup plus les jeunes soldats que les militaires de carrière.

Maladie de toutes les saisons, il ne donne pas lieu à plus d'atteintes en juillet qu'en janvier. C'est en mars et en mai ou juin qu'on l'observe surtout.

Les soldats français paraissent plus réceptifs que les indigènes coloniaux et que les soldats des autres armées européennes d'âge correspondant, et cette sensibilité les suit lorsqu'ils quittent la métropole.

La fréquence de cette affection dans une ville ne tient pas aux qualités de son climat. Les villes qui sont situées dans des régions humides et froides ne sont pas plus frappées que les autres ; des villes situées dans la même région et, bien plus, les casernes d'une même ville, présentent des taux de morbidité souvent très différents. D'une année à l'autre, les taux se modifient parfois du tout au tout.

Pourtant quelques villes, peu nombreuses, présentent d'une manière continue des taux de morbidité par rhumatisme très élevés, mais la comparaison faite pour l'une d'elles, Briançon, entre le nombre des cas de rhumatisme et celui des angines

et bronchites montre que ce ne sont pas les caractères particuliers du climat de ces villes qui peuvent expliquer la fréquence avec laquelle le rhumatisme y sévit.

M. Lereboullet avait remarqué, d'après des statistiques d'avant-guerre, que le rhumatisme articulaire aigu était la maladie la plus fréquente dans l'armée, surtout dans la première année de l'incorporation.

M. Armand-Delille a constaté que les enfants opérés d'amygdalectomie sont beaucoup moins fréquemment atteints de rhumatisme articulaire aigu que les adénoïdiens et les porteurs de grosses amygdales. Il fait volontiers opérer ces derniers pour éviter les récidives.

M. Grenet fait remarquer que les résultats de l'amygdalectomie en ce qui concerne la prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu sont contradictoires et qu'il est impossible actuellement de faire état des nombreuses statistiques anglaises et américaines pour se faire une opinion à ce sujet.

M. Rist se demande si la baisse de la morbidité du rhumatisme articulaire aigu ne tient pas simplement à ce que le traitement salicylé à doses convenables s'est généralisé depuis quelques années.

Infiltration gastrique au début. Lésion inapparente chirurgicalement. Vérification anatomo pathologique. — *MM. A. Gosset, R.-A. Gutmann* et *Ivan Bertrand* rapportent l'observation d'une malade de 72 ans qui souffrait depuis un an et demi de douleurs tardives, irrégulières, avec amaigrissement léger. Les clichés montrèrent des images d'infiltration limitée à la région prépylorique, caractérisée par des raideurs et de petites irrégularités fixées. Une gastrectomie fut décidée. A l'opération, l'estomac était extérieurement normal et à la vue et au palper. Sur le diagnostic pré-opératoire posé, la gastrectomie fut néanmoins pratiquée. La pièce ouverte montra un aspect un peu boursouflé de l'intérieur de l'estomac, sans tumeur ni infiltration, avec disparition des plis. Histologiquement, il s'agissait d'une lésion tout à fait anormale, que les auteurs n'ont ni observée ni vu signaler ; il s'agit d'une lymphoblastose diffuse maligne de la muqueuse gastrique à un stade encore localisé. Tous les ganglions enlevés étaient indemnes.

Les auteurs ont présenté d'autres observations épithéliomas invisibles à l'opération parce qu'ils étaient encore tout à fait limités. Dans le cas actuel, la lésion était un peu plus étendue, mais sa nature spéciale lui conférait une consistance molle qui a empêché de la percevoir au cours de l'intervention.

Les précisions nouvelles du radio-diagnostic, autorisant des résections à des stades que l'on n'opérait pas jusqu'ici, permettent de décrire anatomopathologiquement toute une série de lésions auxquelles leur état débutant donne des aspects encore peu connus.

M. Cain fait des réserves sur la malignité de ces lésions qui n'envahissent pas les plans profonds.

Michelle ZAGDOUN VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 octobre 1937

M. Filderman présente une malade qui est atteinte d'un grave anthrax de la jambe, guérie à la suite d'un traitement par l'hémocrinothérapie.

Les enseignements de l'anatoxithérapie staphylococcique. — *M. A. Bocage*, sans revenir sur les résultats brillants de cette thérapeutique, qu'il a été le premier en France a utiliser chez l'homme, montre comment ils éclairent certains problèmes de pathologie générale et d'immunologie d'un très grand intérêt pratique. Après avoir rappelé brièvement des notions peu connues des praticiens (existence et propriétés de la toxine et de l'anatoxine staphylococciques), il expose les notions nouvelles qu'ont permis d'établir solidement deux ans et demi de maniement de l'anatoxine staphylococcique de G. Ramon : possibilité d'immuniser les malades en pleine infection sans phase négative, amélioration clinique de la furonculose parallèle à l'élévation du taux des antitoxines et indépendante de tout choc protéinique, existence d'individus incapables de s'immuniser (hyperglycémiques, etc ..) types cliniques de staphylococcies correspondants à certains d'entre eux, etc...). Il termine en montrant sous quel aspect nouveau se présente la question des staphylococcies rebelles.

M. Galliot demande le pourcentage accidents dans l'application de ce traitement.

M. Bécart rapporte un incident impressionnant qu'il a observé dans l'emploi de l'anatoxine.

M. Filderman insiste sur ce point que le staphylocoque est un saprophyte qui se développe chez des sujets qui ont des insuffisances endocriniennes, d'où l'avantage de l'hémocrinothérapie.

M. Rosenthal est d'avis que les deux méthodes, l'une s'adressant au terrain, l'autre aux accidents sont toutes deux intéressantes.

Volumineux calculs bilatéraux et silencieux des reins. — *M. Joly* présente des radiographies de calculs bilatéraux, géants des reins chez une malade qui, sans les ignorer, n'en a jamais ressenti aucune gêne. Ces calculs sont absolument silencieux n'ayant jamais déterminé ni hématurie, ni pyurie, chose exceptionnelle.

La lutte contre la tuberculose cutanée en Allemagne. — *M. Fink* (de Berlin) expose, avec film à l'appui les diverses phases de la lutte contre le lupus tant au point de vue social qu'au point de vue traitement général et local et qu'au point de vue surveillance des individus guéris pour éviter les récidives.

MM. Le Gac et *M. Claqué* appuyant l'exposé de l'auteur insistent sur l'importance de l'organisme dirigé par lui, qu'ils ont pu admirer.

Radiologie de l'oreillette gauche chez les mitraux. (Position frontale). — *M. R. Heim de Balsac* rappelle que l'oreillette gauche normale est invisible en frontale. Augmentée de volume sa projection apparaît sous forme d'un disque sombre occupant le secteur supéro-droit de la masse cardiaque. Les grosses oreillettes gauches se déplacent latéralement, émergeant bientôt de la silhouette, constituant des images radiologiques caractéristiques. Ces migrations auriculaires sont exceptionnelles vers la gauche, habituelles au contraire vers la droite. Les bords droits des deux oreillettes forment ainsi des images en double contour (concentriques ou festonnés) qui correspondent aux stades successifs de la dilatation auriculaire gauche.

Contribution à l'étude de la digestion gastrique. — *M. L. Lematte* dit que les examens radiologiques ne peuvent pas renseigner le clinicien sur la valeur fonctionnelle du suc gastrique. Il étudie la genèse du chlore acide liée aux hydrocarbones et aux protides. L'acide chlorhydrique se fixe sur les albuminoïdes sans l'intervention de la pepsine. La protéolyse est fonction des quantités présentes de ferment. Il convient de mettre en valeur les différents facteurs acides et de mesurer la quantité d'azote solubilisé.

M. Hirchberg rappelle que l'acide libre n'existe plus après les gastrectomies et que la digestion se fait malgré cela d'une façon parfaite.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

L'emploi **de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu** était classique il y a un demi-siècle. Depuis l'emploi de ce médicament est devenu accessoire.

MM. Bouchut et Levrat, estimant qu'il mérite mieux, viennent de rappeler les merveilleux résultats qu'on peut en obtenir et les règles de son emploi par le médecin.

La posologie de l'antipyrine doit être élevée, MM. Bouchut et Levrat utilisent fréquemment la dose de 6 à 8 grammes poursuivie pendant plusieurs jours et ont souvent prolongé pendant plusieurs semaines la dose quotidienne de 4 grammes. Ils emploient habituellement l'antipyrine par la voie buccale en cachets ou, mieux, en solution. Ce n'est que dans les cas assez rares d'intolérance digestive qu'ils ont employé la voie rectale en lavement, mais l'action est alors parfois moins régulière.

Les accidents dus à la médication antipyrique sont certainement très rares et ne sont pas plus fréquents avec les doses fortes et prolongées qu'avec les doses courantes. MM. Bouchut et Levrat n'ont jamais observé d'accidents sérieux, parfois de l'intolérance digestive, mais celle-ci est très rare, beaucoup

plus, que par la médication salicylée et, le plus habituellement, les malades dont l'estomac ne peut supporter le salicylate de soude et qui, de ce fait, sont traités par l'antipyrine, supportent ce médicament sans le moindre malaise.

Jamais d'accidents rénaux, malgré la prescription de doses élevées d'antipyrine à des sujets albuminuriques. Ils ont même noté la disparition de l'albuminurie au cours du traitement antipyrique, cas où il s'agissait vraisemblablement de néphrite rhumatismale. Cependant en cas d'albuminurie, la fonction rénale doit être surveillée de près, mais la seule constatation de ce trouble rénal ne doit pas empêcher la prescription de l'antipyrine à haute dose dans les cas où elle est indiquée.

Les résultats obtenus par l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire sont comparables à ceux obtenus par le salicylate pour la rapidité de la résolution des fluxions articulaires et l'abaissement thermique. L'action sur les manifestations viscérales et surtout les localisations cardiaques et pleuro-pulmonaires est identique à celle du salicylate dans la plupart des cas et supérieure dans un assez grand nombre. Les résultats obtenus par la médication antipyrique se maintiennent après la suppression du médicament lorsque celui-ci a été prescrit d'une façon suffisamment prolongée, exactement comme on l'observe par la médication salicylée. Mais de même que ce dernier, l'antipyrine ne peut prétendre empêcher avec certitude les rechutes ultérieures de la maladie de Bouillaud qui ne nous ont pas semblé plus fréquentes avec l'un ou l'autre médicament.

Les résultats obtenus par l'antipyrine ne peuvent être attribués à sa seule action antithermique et analgésique ; en effet, le résultat obtenu dans les cas favorables est strictement comparable à celui obtenu par le salicylate de soude et ce résultat se maintient même après la suppression du médicament, ce qui ne saurait se concevoir si on admettait une action purement symptomatique.

Les indications de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu et les différentes formes viscérales de la maladie de Bouillaud, semblent fournies exclusivement par l'intolérance au salicylate ou l'insuffisance des résultats obtenus par ce dernier médicament. « Nous ne voudrions pas disent MM. Bouchut et Levrat qu'on nous accuse de vouloir lui substituer d'une façon systématique l'antipyrine, ce serait certainement une faute de diminuer en quoi que ce soit la part d'un médicament qui a fait ses preuves ; mais il est incontestable que, dans certains cas, le salicylate, même donné à doses suffisantes (12 à 15 grammes nous semblent un maximum au delà duquel nous n'avons jamais observé d'amélioration des résultats par l'accroissement des doses), ne donne pas les résultats escomptés et, de même, il est des cas où, malgré les précautions dans la manière de le faire prendre, on se heurte à une intolérance digestive insurmontable ; dans ces cas la voie veineuse isolée ne permet habituellement pas l'emploi de doses suffisantes et la voie rectale ne donne qu'une absorption très irrégulière. C'est dans ces circonstances que nous avons l'habitude de prescrire l'antipyrine et nous avons souvent assisté à la transformation radicale de la scène clinique en vingt-quatre ou quarante-huit heures dans des cas de rhumatisme grave résistant depuis plusieurs semaines à la médication salicylée. Nous employons indifféremment l'antipyrine dans les formes purement articulaires ou dans les formes à localisation viscérale de la maladie de Bouillaud, nous avons observé les mêmes succès dans les deux cas. C'est pourtant peut être dans les formes viscérales de la maladie de Bouillaud que nous avons eu le plus souvent l'occasion d'employer l'antipyrine, les formes purement articulaires étant plus rarement salicylo-résistantes.

Une dernière indication de l'antipyrine nous a été fournie par certains cas de rhumatisme chronique interprétés par nous comme des formes lentes de la maladie de Bouillaud, éventualité qui nous semble plus fréquente qu'il n'est classique de l'admettre. Nous avons pu ainsi obtenir parfois, non pas une action palliative, mais une véritable action curative du rhumatisme chronique ».

(Bouchut et Levrat. L'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. *Presse Médicale,* 20 octobre 1937.)

La téléroentgenthérapie a donné d'intéressants résultats dans le traitement des métastases osseuses du cancer du sein.

MM. F. Trémolières et L. Mallet rapportent l'observation d'une malade chez qui l'amélioration des troubles fonctionnels à la suite de la téléroentgenthérapie a été considérable. La malade a été complètement transformée. Avant le traitement, elle restait confinée au lit, souffrant de douleurs atroces et continuelles. Depuis, elle ne souffre pour ainsi dire plus, est capable de monter sept étages et même de travailler.

Cette transformation a été obtenue avec des doses de rayons en apparence très faibles, mais en irradiations intéressant la totalité du corps.

Cette malade avait été suivie journellement, radiographiée fréquemment et la confirmation anatomo-pathologique avait été fournie par l'ablation du reliquat de la tumeur initiale faite plusieurs mois après la fin du traitement.

En terminant, MM. Trémolières et Mallet rappellent que la récalcification du squelette sous l'action de la téléroentgenthérapie n'est pas une exception et qu'actuellement les malades atteints de métastase osseuse généralisée ne doivent plus être abandonnés.

(Fernand Trémolières et Lucien Mallet. Cancer du sein généralisé au squelette traité par la téléroentgenthérapie. *Presse Médicale,* 13 octobre 1937.)

Un nouveau signe d'appendicite. — MM. Charles Richet et Henri Netter l'ont trouvé dans la contraction des adducteurs du côté droit. Cette contracture est facile à mettre en évidence : le malade est mis en décubitus dorsal, bouche ouverte, cuisses demi-fléchies, talons sur le plan du lit, genoux au contact l'un de l'autre ; le relâchement musculaire doit être complet. Plaçant une main ou mieux un doigt sur le rebord interne de chaque genou, on exerce sur chacun d'eux une pression dirigée de dedans en dehors, tendant à écarter les genoux l'un de l'autre, à les rabattre par leur face externe sur le plan du lit, comme si l'on recherchait la limitation de l'abduction dans une coxalgie au début. Il faut procéder *avec legèreté,* sans à-coups, en exerçant une poussée douce, constante et égale de chaque côté. Cette manœuvre n'est pas douloureuse. Il nous est arrivé de constater une contracture intense des abducteurs de la cuisse droite, le membre restant dans un plan presque vertical, tandis que le genou gauche était facilement rabattu en dehors. De tels cas sont exceptionnels. Presque toujours c'est une contracture légère, une simple hypertonie, l'abduction étant moins marquée à droite qu'à gauche ; c'est en même temps la sensation d'une résistance opposée à l'abduction du membre, sensation musculaire qu'on apprécie plus exactement en répétant une ou deux fois la manœuvre qui, et nous y insistons, doit être pratiquée avec la plus grande douceur. La manœuvre pratiquée brutalement donne toujours un résultat négatif.

« Depuis une dizaine d'années, l'un de nous recherche systématiquement ce signe dans les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, et nos observations, tant en ville qu'à l'hôpital Beaujon portent sur une cinquantaine de sujets atteints d'appendicite aiguë ou chronique. Ce signe existe dans 40 p. 100 environ des cas, soit à peu près une fois chez trois appendiculaires, il existe avec une égale fréquence chez l'enfant et chez l'adulte.

L'hypertonie des adducteurs de la cuisse droite est très fréquente dans les formes aiguë habituelles de l'appendicite. Elle coexiste ou non avec la contractnre de la fosse iliaque, et son intensité n'est fonction ni de l'importance de la contracture pariétale, ni de la gravité de l'appendicite.

Nous n'avons pas trouvé de contracture des adducteurs dans les quelques formes toxiques que nous avons vues. En revanche, nous l'avons constatée dans un cas d'abcès appendiculaire vu tardivement. Insistons sur sa fréquence dans l'appendicite chronique banale.

(Ch. Richet et H. Netter. Un nouveau signe d'appendicite : la contracture des adducteurs du côté droit. *Paris Medical,* 23 octobre 1337.)

L'anémie au cours d'un traitement barbiturique prolongé chez des épileptiques serait assez fréquente, d'après M. G. Maillard et Mlle Jammet : 8 fois sur 15 cas.

Ces anémies cèdent rapidement à la diminution des doses, jointe à la méthode de Whipple.

Cette complication, décelée à temps, ne semble pas devoir comporter de contre-indications formelles.

(G. Maillard et Mlle Jammet. Plusieurs cas d'anémie observés au cours d'un traitement barbiturique de longue durée chez des épileptiques. *Paris Medical,* 23 octobre 1937.)

L'hérédité du diabète. — L'hérédité du diabète est fréquente, disent MM. Rathery et Klotz (*Revue de Médecine,* février 1937). Cette aptitude à devenir diabétique se transmet à la façon d'un caractère récessif et suit grossièrement les lois de l'hérédité mendélienne.

Ce caractère héréditaire du diabète peut être jugulé dans une certaine mesure par un traitement préventif pratiqué dès l'enfance. Il ne justifie en aucune façon la stérilisation des diabétiques qui a été proposée dans certains pays.

NERVOCITHINE = Hémoglobine et Extrait de Foie

OPOTHÉRAPIE COMPLÈTE LA PLUS SURE



Echos et Glanures

Ce que la science doit à la clinique. — *Tel était le thème qu'a développé M. Ch. Achard dans le discours qu'il a prononcé à la séance publique annuelle de l'Institut* (25 octobre) :

La médecine clinique, ou simplement la clinique, c'est, suivant l'étymologie, la médecine pratiquée au lit du malade. Le clinicien a pour tâche d'appliquer à l'examen et au traitement des malades ses connaissances scientifiques. La clinique est donc une application de la science.

Il est logique de penser que l'application est la conséquence de la science théorique. Or, historiquement, il n'en est pas toujours ainsi. On voit parfois des données de pratique susciter des recherches théoriques.

Pour la médecine en particulier, s'il est bien vrai qu'on n'apprécie la santé qu'après l'avoir perdue, la clinique a souvent devancé la physiologie, et c'est après avoir senti la douleur que l'homme a compris la santé.

C'est ce que je voudrais vous montrer par quelques exemples.

Prenons, si vous le voulez bien, une des questions les plus importantes de la physiologie, l'utilisation dans l'organisme du sucre qu'on appelle glucose. On peut dire que cette question est née ou plutôt a été conçue seulement quand il fut connu que les humeurs de l'organisme pouvaient contenir des matières sucrées.

C'est au milieu du seizième siècle que Trincavilla, de Venise, observe que, dans la maladie appelée diabète et caractérisée seulement à cette époque par une soif intense et l'abondance excessive des urines, celles-ci avaient le même goût sucré que les tisanes bues par le malade. (Ce n'est pas seulement dans les mots, vous le savez, que la médecine brave l'honnêteté.) Puis il faut attendre près d'un demi-siècle pour que reparaisse, dans une observation de Thomas Willis, la notion d'un matière sucrée contenue dans l'urine diabétique et reconnaissable à son goût mielleux, seul réactif dont la médecine disposât encore pour en constater la présence. Le diabète sucré, *diabètes mellitus*, est alors distingué du diabète insipide.

Un siècle encore s'écoule et Dobson, toujours par le même moyen découvre que le sang des diabétiques renferme aussi cette matière sucrée. Nous sommes en 1775, la chimie scientifique sort de ses limbes, et en 1806 Dupuytren et Thénard découvrent, par la fermentation de l'urine sucrée et la distillation de l'alcool qui en résulte, que l'urine diabétique contient un sucre peu sapide. Ce sucre, Chevreul, en 1815, l'identifie au sucre de raisin ou glucose. Bientôt après Tiedmann et Gmelin ayant trouvé, en 1821, que l'amidon des féculents se change en glucose dans le tube digestif, le médecin Bouchardat traite avec avantage le diabète en restreignant les féculents dans le régime alimentaire.

La question, jusque-là, n'est guère sortie du domaine de la clinique. Elle entre avec Claude Bernard dans celui de la physiologie.

Par une série de recherches qui s'échelonnent de 1848 à 1865, mais qu'il ne devait jamais abandonner tout à fait jusqu'à la fin de sa vie, c'est-à-dire pendant encore plus de vingt ans, Claude Bernard montre que l'organisme animal produit du sucre, que ce sucre est un élément normal du sang, qu'il se forme dans le foie et qu'il se trouve toujours à peu près au même taux dans le sang parce que sa mise en réserve dans le foie et sa libération se règlent sur les besoins de sa consommation dans l'organisme. Dans le diabète, cet équilibre se rompt et le sang renferme trop de sucre parce qu'il s'en forme trop dans le foie. Voilà donc le diabète sucré attribué à un trouble hépatique et cette théorie, grâce au renom de son auteur, est généralement adoptée par les médecins.

Mais ici intervient de nouveau la clinique. Ce sont des cliniciens, Ch. Bouchard, et Raphaël Lépine, qui, à l'encontre de cette théorie, soutiennent que le diabète résulte non d'une surproduction de sucre hépatique, mais d'une insuffisante consommation par les tissus.

Ce sont aussi des cliniciens qui observent, à l'autopsie de certains diabétiques des lésions du pancréas et décrivent, de 1877 à 1888, un diabétique pancréatique. A leur suite deux physiologistes, von Mering et Minkowski, en 1889, par une expérience qui fait date dans l'histoire du diabète et dans celle de la physiologie de la nutrition, provoquent la glucosurie et la cachexie diabétique par l'extirpation totale du pancréas chez le chien. De là naissent de nombreuses recherches des histologistes et des physiologistes sur les îlots de Langerhans et la sécrétion interne du pancréas. Elles aboutissent, trente-trois ans plus tard, à la découverte du principe actif du pancréas, prévu et même baptisé d'avance insuline, que les physiologistes Mac Leod et Banting, en 1922, à Toronto, parviennent à extraire du tissu de la glande. Ainsi est démontré le rôle des glandes endocrines dans le mécanisme qui règle l'utilisation du glucose dans l'organisme.

Voilà tout un ensemble de découvertes physiologiques issues de l'étude clinique du diabète humain. Peut-on nier que le problème de l'utilisation du sucre dans l'économie animale soit sorti des entrailles de la clinique et que la clinique ait constamment gardé le contrôle de ses développements successifs ?

M. Ch. Achard fait de même l'histoire de nos connaissances sur la physiologie des glandes surrénales, sur les vitamines, sur les localisations fonctionnelles dans les centres nerveux et il poursuit :

Ce bilan très incomplet des acquisitions que la science doit à la clinique ne montre-t-il pas qu'il serait injuste de refuser à la clinique une grande part dans l'œuvre de la science ?

On accuse parfois la médecine de ne pas être assez scientifique et de se contenter trop aisément de principes mal établis. Mais d'abord les conditions qui règlent les phénomènes de la vie sont tellement complexes qu'il est difficile de les déterminer toutes. Puis, quand une vie humaine est en jeu, le médecin oserait-il attendre dans l'inaction l'heure de la vérité ? Dans les sciences biologiques la vérité, comme la justice, est parfois boiteuse et n'accourt pas au commandement.

Certes, on ne conteste pas que pour savoir il ne suffit pas d'observer et de constater : il faut expliquer la maladie comme il faut expliquer la santé, et toutes ces explications relèvent de la science. Mais on doit aussi convenir que le clinicien d'aujourd'hui, de plus en plus imprégné de l'esprit scientifique, apporte au physiologiste des observations plus précises.

En outre, de même que le physiologiste est surtout expérimentateur, le clinicien apprend à faire aussi sur les malades, non seulement des observations, mais de véritables expériences. Il y a une clinique expérimentale.

Bien entendu, toute expérience sur l'homme n'est pas licite. Je ne parle pas d'expériences coupables. Je n'envisage que celles qui non seulement ne peuvent nuire au malade, mais lui sont utiles en permettant de préciser le diagnostic et le traitement de son mal. Une autre condition de l'expérience clinique est qu'elle puisse se faire assez simplement pour être exécutée au lit du malade. Enfin il est très désirable que le résultat en soit assez clair pour ne pas donner une réponse ambiguë.

Aux conditions qu'on exige d'une bonne expérience clinique on pourrait croire que bien peu soient dignes de passer dans la pratique. Or il en va tout autrement : il n'est guère d'organe ou de fonction qui ne puisse être l'objet d'une exploration clinique par des procédés expérimentaux, et même les expériences qui surprennent le plus par leur simplicité ne sont pas toujours les moins fécondes en résultats pratiques. Quoi de plus simple que la recherche de certains réflexes : celui ou tendon rotulien par la percussion du genou avec le revers de la main, celui de la pupille par une vive lumière projetée brusquement sur l'œil ? Or, ces deux réflexes si faciles à rechercher ont une importance considérable pour le diagnostic de certaines affections du système nerveux et singulièrement de celle qu'on appelle tabès.

En perfectionnant ses méthodes, le clinicien apporte au physiologiste non seulement des observations plus précises, mais parfois des expériences toutes faites. De plus en plus la médecine puise ses ressources dans les diverses disciplines scientifiques. Dans chacune elle bat le rappel, demandant des armes pour combattre les ennemis de la santé. Le moment venu, elle saura sonner aussi la charge.

L'homme de science cherche à connaître la vérité ; le médecin praticien cherche à faire le bien. Leurs tâches se complètent. C'est leur devoir de joindre leurs efforts sous la commune devise : toujours plus de vrai, toujours plus de bien.

La situation médicale à Shanghaï. — *Le* British Médical Journal *du 2 octobre* 1937 *contient une lettre du Docteur R. C. Robertson, adressée de Shanghai le* 30 *aout* 1937 *à la* British Médical Association *et donnant une idée de la situation médicale dans la ville bombardée. En voici quelques extraits :*

« ... La situation médicale à Shanghai a été extrêmement compliquée dans ces circonstances tragiques d'une part par l'installation des forces japonaises dans la concession internationale, d'autre part par le danger (devenu par la suite trop réel) d'hostilités dans cette zone. Plusieurs hôpitaux, ordinaires ou d'isolement, durent être évacués. Il en résulta un sérieux encombrement des autres hôpitaux des concessions internationale et française, qui se chargèrent des civils chinois malades et blessés. On y ajoutera le grand nombre de blessés dans les malheureuses affaires des 14 et 23 août et on notera que de tels hôpitaux fonctionnaient à la fois comme postes de secours, centres de triage et d'évacuation, établissements de traitement et, hier encore, comme maisons de convalescence, puisqu'il n'y avait aucun endroit où l'on pût évacuer les patients.

« L'hôpital Lester... occupe une situation centrale et il fut un des principaux centres de traitement des blessés. Cinq salles d'opération fonctionnaient à toute allure, les salles étaient encombrées de brancards et de nombreux blessés étaient pansés par terre. C'était un aspect très réaliste des résultats de la guerre moderne (déclarée ou non) dans une ville très peuplée...

« Il a été abondamment prouvé qu'il n'y avait ni troupes ni mouvements de troupes et que le contrôle de la ville était uniquement dans les mains d'une police peu nombreuse. La gare et ses abords étaient envahis d'une foule de Chinois réfugiés, qui attendaient les trains qui les emmèneraient loin de cette zone congestionnée. Le bombardement, après une observation attentive, de cette foule sans défense contre les avions, le bombardement, prémédité et répété fit affluer sur les hôpitaux les victimes mutilées.

« Je suis resté dans la cour d'entrée d'un des hôpitaux, j'ai vu des véhicules de toute sorte (ambulances, autos privées, pousses) déverser leur chargements de loques humaines, d'estropiés, souvent de morts, j'ai travaillé dehors et aux points de chute, dans des salles d'opération ; la vue de cette boucherie de femmes et d'enfants, due à un bombardement volontaire, oblige, force à s'élever contre un tel excès de sauvagerie. 200 tués, 400 blessés, la plupart des femmes ou des enfants, tel fut le record de ce samedi. Je vois toujours ces corps déchiquetés, ces débris de femmes et d'enfants, cette cour d'hôpital et ces rues rouges de sang, ces rangées de mutilés entre la vie et la mort, ces enfants sans parents et ces mères sans enfants. S'il manque quelque chose à ce tableau, on peut y ajouter la foule des parents, errant d'hôpital en hôpital pour y chercher les leurs et ne les trouver trop souvent que morts.

« ... Chargés de l'inspection médicale de cent camps contenant 70.000 réfugiés, j'ai une expérience personnelle de ce massacre de non-combattants... Je joins à cette lettre un certain nombre de photographies qui sont éloquentes... »

J. L.

La lutte antituberculeuse en U. R. S. S. — *M. Pierre Bourgeois résume ainsi les impressions qu'il a rapportées de sa mission en U.R.S.S.* (REVUE DE LA TUBERCULOSE, oct. 1937) :

L'organisation antituberculeuse de l'U. R. S. S. nous apparaît comme une grande œuvre qui reste sur bien des points inachevée.

Tout en rendant hommage à l'effort entrepris dans un pays où tout était à faire, il faut reconnaître que l'ensemble actuel des institutions soviétiques antituberculeuses reste encore à un niveau inférieur à celui des autres pays européens.

Dans les années à venir cet armement antitubercIueux peut être complété.

Il faut, pour cela, que l'Union Soviétique puisse se maintenir dans un état de paix intérieure et extérieure et qu'elle arrive à créer l'industrie légère qui équipera ses sanatoriums comme elle a, en partie au moins, créé une industrie lourde.

Il faut aussi que les organisateurs de la lutte antituberculeuse veuillent bien concevoir que leur œuvre n'est pas parfaite, gardent le désir de l'améliorer et, au lieu de vivre en « vase clos », accordent un plus grand crédit à l'Europe occidentale et acceptent de bénéficier de ses expériences et de son enseignement.

Même transformée matériellement, cette organisation restera surprenante par bien des côtés.

Les conditions d'envoi des malades en sanatorium, le maintien à l'usine de tuberculeux cracheurs de bacilles, le monopole de l'assistance sanatoriale accordé aux travailleurs de l'industrie au détriment des autres, nous étonnent et parfois, disons le mot, nous révoltent.

C'est que nous avons de la personnalité humaine, consciemment ou instinctivement, une notion héritée de notre civilisation occidentale et de notre spiritualisme chrétien qui fait que dans nos œuvres sociales les plus systématisées se mêle toujours un sentiment de charité individuelle. Les tendances marxistes soviétiques sont au contraire orientées exclusivemen tvers une amélioration des conditions économiques qui permettent d'atteindre un niveau de civilisation matérielle voisin de ce qu'on observe aux Etats-Unis. Pour elle les individus et leurs misères particulières ne comptent guère en face du « rendement du travail » et du « plan de la production ».

Cette opposition de principe explique notre étonnement, notre non-compréhension et parfois notre révolte.

La Crise de l'Humanisme. — *Sous ce titre, M. Jean Fiolle publie* (MERCURE DE FRANCE) *un livre qui vient à son heure. En voici les dernières pages où le chirurgien Marseille montre la nécessité et le rôle d'un humanisme régénéré* :

Les causes pour lesquelles l'humanisme est aujourd'hui menacé sont précisément celles qui légitiment, à notre avis, un renouveau de sympathie à son égard.

La principale réside en cet esprit de désintéressement, qui irrite si vivement les protagonistes de drames politiques, les auteurs de systèmes, au regard desquels tout se juge en fonction de l'utilité pour leur parti. Il serait vain d'établir ici des distinctions ; toutes les factions se montrent également avides et exclusives, et n'admettent plus aucune forme d'intellectualité dont elles ne tirent nul profit ; toute activité sans « rendement » a pour elles une signification injurieuse, et traduit d'ailleurs une tendance périmée, l'âme d'un autre âge.

Il n'y a aucune illusion à se faire ; quel que soit le clan qui triomphe, l'humanisme va connaître des jours pénibles et probablement tragiques. Mais c'est dans l'épreuve qu'il sera peut-être capable de grandir et de rallier à lui certaines volontés précieuses, en ce moment hésitantes. Quand il ne représentera plus un luxe ou une simple élégance, quand il sera au contraire honni et méprisé, quand il devra lutter contre l'indifférence ou la persécution, il aura bien des chances d'acquérir cette robustesse qui lui a trop souvent manqué jusqu'ici.

Il est à croire qu'il devra, pour résister, se rétracter en quelque sorte sur lui-même. Il se fera secret, ne sera plus parure voyante, mais bien plutôt fardeau dissimulé, précieux et lourd. S'il perd dans cette aventure quelque peu de la joie allègre qui l'a si longtemps animé, il y gagnera aussi de dépouillé certain air de frivolité ; son accent deviendra plus grave ; sa portée gagnera en profondeur, et augmentera encore de ce fait que, s'opposant aux doctrines victorieuses, il aura un rôle social à remplir.

Rôle (désintéressé, cela va sans dire) de préservation à l'égard de certaines valeurs menacées par la tourmente, rôle pareil à celui que les clercs médiévaux ont assumé pour les lettres et la pensée antiques. En outre, rôle d'opposition active à ce qu'il faut bien appeler les manifestations de l'esprit barbare, c'est-à-dire : entraînements collectifs, prédominance des passions et des instincts de haine, limitations arbitraires, oubli de l'universel pour le particulier, espoirs bornés et grossiers, fanatisme...

Les mouvements divers qui agitent actuellement le monde paraissent ne laisser à la culture, telle que la concevaient les générations précédentes que de pauvres perspectives. Mais le triomphe de l'esprit dit « collectif » si étendu et si écrasant qu'il paraisse, ne peut pas être éternel : les plus réfléchis parmi ses zélateurs savent bien que tout ce qui naît est, de ce fait, condamné à périr, et que seuls traversent impunément les siècles ces attributs primordiaux, ces éléments de base qui caractérisent les êtres, impersonnellement. Or, le besoin de savoir, et de savoir pour savoir, en quoi se résume grossièrement la véritable culture, est lié à l'existence de l'homme, et ne peut disparaître tout à fait qu'avec lui ; tandis que les systèmes politiques et sociaux, élaborés par des cerveaux que dominent les tendances, les goûts, ou seulement parfois les modes de leur époque, sont voués par avance à la destruction.

Peu importe donc que l'humanisme soit opprimé dans les sociétés qui se forment ; ce n'est point de là que viendra pour lui le danger essentiel. S'il est capable d'opérer en lui-même le redressement nécessaire, s'il se libère des formes étroites où il étouffe, s'il aspire et atteint au général, si, en définitive, il se réalise d'une façon pleinement « humaine », il pourra défier l'adversité et attendre l'heure de la délivrance qui sonnera plus tard, on ne sait quand, mais qui sonnera...

En attendant, il aura la garde d'un précieux dépôt ; il veillera sur ce bien insaisissable, qui a de tout temps désespéré la tyrannie (quelle soit personnelle ou collective) et qui n'est autre que la faculté dévolue à l'homme, malgré toutes les contraintes, de voir, de sentir, et de juger dans le secret de son âme ou de son cœur.

Que l'humanisme laisse par conséquent à l'ivresse de leur éblouissante réussite les prophètes qui prétendent asservir rigoureusement l'individu aux exigences des partis et des races. Son jour viendra, son jour reviendra, à condition qu'il se garde des compromis, qu'il ne succombe point à la séduction des avantages que lui vaudrait sa soumission à des directives utilitaires.

La vertu première de l'humanisme, c'est son inaptitude à « servir ».

Le langage des simples. — *De Mme Geneviève Dardel dans le* JOURNAL DES DÉBATS (21 octobre 1937) :

Ah ! comme il aurait pu être poétique, le « Congrès des Simples ». Des religieuses aux cornettes blanches, palpitantes comme l'aile des colombes ; des religieux aux pas glissants ; des infirmières aux doigts légers ; des « sorciers » aux regards magnétiques auraient dû le présider. Mais dans le monde où nous vivons, les chiffres barbares, les chiffres inexorables sont seuls éloquents et je sacrifierai d'abord à la statistique... Nos exportations de plantes médicales s'élèvent à 20 millions de francs ; nos importations atteignent 42 millions ! Nous achetons, à l'Allemagne, des quantités de tilleul que nous payons — au détail — 60 francs le kilo. Et ceux de l'Ile-de-France, direz-vous ? Des lois sociales en interdisent pratiquement la cueillette et il s'en perd pour plus de 50.000 francs.

Ce Congrès nous donna bien d'autres précisions, plus navrantes les unes que les autres : fermons les yeux sur ce triste chapitre et prêtons l'oreille au langage des simples. Soyez frelons, Messieurs, et nous, Mesdames, soyons abeilles pour butiner à notre aise les tilleuls de chez nous ! Leur parfum sucré se répand dans l'air chaud et, s'il nous grise un peu, il apaise les nerfs malades.

... Du champ de blé, à ce petit jardin où juillet les fait éclore la rose, le bluet et le plantain se disputent le soin de calmer les brûlures de beaux yeux trop fragiles.

— Moi, je suis bien délaissée se plaint la mélisse ! Ou êtes-vous Carmélites d'antan ?... Il est vrai qu'aujourd'hui, les femmes n'ont guère le loisir de tomber en pamoison.

— Ne gémis pas, repartit l'ipéca : on m'oublie depuis Molière, ou peu s'en faut. La rhubarbe et le séné — ces proches parents qu'impunément on échange — opinent du bonnet. Pauvres purgatifs vilipendés par nos médecins modernes !

Là-bas, au fond de la prairie, les pissenlits hochent la tête ; ils agissent sur le foie, en attendant d'être mangés par la racine.

— La bile, c'est aussi mon rayon, et je suis moins amère, proclame la verveine. Les anciens n'étaient pas sots en attribuant des pouvoirs merveilleux à l'herbe sacrée que je suis.

— Que tu étais, riposte l'ortie aux propriétés vésicantes.

S'étant rencontrées par hasard, au chevet d'un grippé, les « quatre-fleurs » s'avisent qu'elles sont « sept » pour adoucir la gorge de l'humanité souffrante. Trois d'entre elles sont passées sous silence : il s'agit de savoir lesquelles et pourquoi ? Pied-de-chat, bouillon-blanc, mauve, guimauve, coquelicot, tussilage, violette se regardent sans aménité.

— Sans moi, vous n'existeriez pas, tranche le coquelicot.

— Lorsqu'on a, dans sa famille, un fabricant d'opium il est sage de rester dans l'ombre, susurre le pied-de-chat... Au souvenir du pavot, l'interpellé rougit de honte: érythème pudique... La discussion s'envenime, mais, secondée par les graines de minettes — cataplasme émollient — fleur d'oranger, la sédative, rétablit la paix.

Puis, la menthe antispasmodique court vers la sensitive qui s'évanouit, toutes feuilles repliées : elle n'a jamais pu supporter les « scènes ». Se rappelant qu'elle fut tonique, sous le nom d'*herba médicinalis*, la luzerne vient à son aide, accompagnée du romarin.

Une senteur pénétrante passe dans une bouffée de vent: on l'attendait; on lui fait fête : c'est le thym. Il guérit tout : le catarrhe chronique de bonne maman ; le lumbago de grand-père, les rhumatismes de tante Gertrude ; le lymphatisme de l'adolescent ; la goutte du vieil oncle qui rend un touchant hommage aux bons vins de France... Il est souverain contre la coqueluche de bébé ; la toux convulsive du nouveau-né. Il embaume les sauces de Julie, enfin, dois-je vous l'avouer — il aromatise le bain de la jolie Mme Z... au corps de nymphe.

Mi-figue, miraisin, la douce-amère demande : « Comment peut-on soulager tous ces maux sans être charlatan ? »

— Esculape ordonne, mais la nature choisit, répond serpolet : et toutes les plantes acquiescèrent !

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Urticaire et Histamine, par Noël FIESSINGER et Alfred GAJDOS. Un volume (25 × 16,5), 116 pages, 7 figures, 1937, 22 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Dans ce travail très documenté, les auteurs étudient le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Après une étude très approfondie de l'action cutanée de cette substance, Noël Fiessinger et Alfred Gajdos rapportent une série d'observations où l'urticaire récidivante, souvent rebelle à tout autre traitement, a été guérie par l'administration répétée de très petites doses d'histamine.

A ces observations cliniques s'attachent les chapitres consacrés à l'action pharmacodynamique de l'histamine et à son rôle dans les phénomènes anaphylactiques.

A la suite de ces études cliniques et biologiques, les auteurs détachent l'urticaire du syndrome anaphylactique et la considèrent, avec les autres maladies hyperergiques (asthme, migraine, etc.), comme la manifestation clinique d'une hyperergie histaminique acquise.

Ainsi, ce livre aborde un des problèmes les plus captivants de la médecine contemporaine, celui des substances intermédiaires. De mêmequ'en physiologie, il existe des transmetteurs chimiques, adrénaline et choline, dans les fonctions nerveuses du sympathique et du parasympathique, de même il existerait en pathologie des transmetteurs chimiques. Pour l'urticaire, dans la grande majorité des cas, l'histamine joue le rôle d'intermédiaire entre l'agent étiologique et l'organisme.

L'étude de MM. Noël Fiessinger et Alfred Gajdos apporte des idées nouvelles dans le domaine si passionnant des maladies allergiques. Partant d'un sujet restreint, ils s'attachent aux données les plus modernes de la physiologie, en font pour ainsi dire la synthèse clinique et aboutissent à des résultats thérapeutiques des plus intéressants.

D'Arsonval, soixante-cinq ans à travers la science, par L. CHAUVOIS. 1 vol. 437 p., 150 fig. Prix : 80 francs. Editions J. Oliven, Paris.

Livre remarquable, bourré de documents inédits que seul pouvait écrire sur M. d'Arsonval celui qui fut son collaborateur, son intime de toujours et qui est lui-même un des esprits les plus remarquables de notre temps.

L'Ecole de Dupuytren. Jean Cruveilhier, par le Docteur Léon DELHOUME. 1 vol. in-8°, 309 p. fig. Prix : 60 francs. Baillière, édit., 19, rue Hautefeuille, Paris.

Après Dupuytren, le Docteur Delhoume étudie Cruveilhier. Ayant eu communication de nombreux inédits, il a pu consacrer à l'élève un livre aussi vivant, aussi documenté que celui qu'il avait écrit sur le maître.

Divers

Devoirs de l'Infirmier des hôpitaux psychiatriques, par le Docteur Frantz ADAM, chez Huffel (Colmar, 1937).

La nouvelle réglementation du travail dans les asiles d'aliénés (que l'on doit désigner désormais sous le nom d'hôpitaux psychiatriques), a amené de jeunes recrues en qualité d'infirmiers. Or, le Docteur Adam pour prendre contact avec ces nouveaux venus a tenu à leur faire une conférence sur leurs devoirs, leur rôle, leurs relations avec le médecin. Si cette conférence était banale je n'en parlerais pas, mais je m'en voudrais de ne pas souligner la hauteur des vues de notre collègue, sa compréhension généreuse du rôle du médecin et de ses collaborateurs, la façon habile et franche dont il donne des conseils aux infirmiers.

Et puis cette conférence fournit une leçon aux médecins d'asile. Trop souvent ces derniers ne s'occupent pas de leurs aides et ne cherchent pas à entrer en contact avec eux. Adam a compris qu'avec la tendance actuelle des salariés, syndicalistes, etc., il importait d'adopter une attitude plus amicale, plus confiante et finalement plus utile à ceux qui souffrent.

G. P-B.

Personne devant.... ?.... Contact. Carnet d'aviation légère, par P. BÉHAGUE. 1 vol. in-12, 181 p., 26 bandeaux et culs-de-lampe de Marcel Jeanjean. Prix : 15 francs. Editions Berger-Levrault, 5, rue Auguste-Comte, Paris.

Ecrit par un médecin, ce livre sera lu par les pilotes qui ont vécu... et par ceux qui vivront les fortes sensations du tourisme aérien.

La Tragique Existense de Victor Hugo, par Léon DAUDET. 1 vol. 17 fr. 50. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

On voit dans ce livre, raconté sous une forme proche du roman, d'après les souvenirs personnels de l'auteur et des documents authentiques, le drame qui pèsera sur cette longue existence : la trahison de Mme Hugo et de Sainte-Beuve. Ce drame sera la cause première d'autres drames qui atteindront le grand poète au plus vif de sa chair, dans son cœur de père et de grand-père. L'étonnante figure de Juliette Drouet, l'amante, la vraie compagne de Victor Hugo, y revit avec toutes les nuances et tout le relief que sait donner aux choses et aux gens M. Léon Daudet.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BAUDET (Dr A.). — **Le 12e nerf dorsal**. 20 p. Br. : 50 fr. *Baillière*.

CARNOT, FROMENT, BOLTANSKI, etc. — **Maladies de l'intestin** 2e fasc. 416 p. Br. : 140 fr. *Baillière*.

CUYER et Dr FAU. — **Anatomie artistique du corps humain**. 208 p. B. : 32 fr. *Baillière*.

DELHOUME (Dr Léon). — **Jean Cruveilhier**, 315 p. Br. : 60 fr. *Baillière*.

HEGER-GILBERT (Dr). — **Déontologie médicale**. 325 p. Br. : 64 fr. *Baillière*.

Infirmière (l') hospitalière. T. I **Médecine**. 286 p. Br. : 32 fr. *Baillière*.

IZANCK et DREYFUSS. — **Hématologie du praticien**, 186 p. Br. : 56 fr. *Baillière*.

KHOURI (A.-J.). — **Les bactéries chomogènes**. *Baillière*.

NOGIER (Dr). — **Physiothérapie. Electrothérapie**. 2e vol. 283 p. Br. : 60 fr. *Baillière*.

RATHERY (Dr). — **La pratique de la cure insulinique et les diabétiques**. 32 p. Br. 10 fr. *Baillière*.

Régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, 853 p. Br. : 100 fr. *Baillière*.

RIVERO Y CASTRO (Dr). — **La silicose est-elle une maladie autonome ?** 120 p. Br. : 30 fr. *Baillière*.

SKEVOS-ZERVOS (Dr). — **Les anémones de la mer dans la pathologie de l'homme**, 78 p. Br. : 36 fr. *Baillière*.

TECHOUEYRE (E.). — **La femme**. 120 p. Br. : 34 fr. *Baillière*.

TRÉMOLIÈRES (Dr F.). — **Traitement de la colopathie muco-membraneuse**. 32 p. Br. : 10 fr. *Baillière*.

LANGERON (L.), DESPLATS (R.). — **Les artérites des membres**. 304 p. Br. : 60 fr. (*Doin*).

PATEL (M.). — **Précis de chirurgie journalière**. 2e édit. Coll. Testut. 820 p. Rel. : 140 fr. (*Doin*).


Thérapeutique nouvelle
des états hypertensifs
COMPRIMÉS DE DÉRIVÉS DE LA CHOLINE
ACTIFS PAR VOIE DIGESTIVE
HYPOTAN
LE RÉGULATEUR DU DÉBIT ARTÉRIEL
HYPERTENSION
SPASMES VASCULAIRES
CURE COMPLÉMENTAIRE
DE L'ACÉCOLINE
Hypotan
HYPOTAN
COMPRIMÉS
4 à 6 PAR JOUR
LABORATOIRES CHEVRETIN-LEMATTE
L. LEMATTE & G. BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 45 — 6 NOVEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— Le conseil de la Faculté, par 43 voix, a proposé M. Tiffeneau comme doyen à l'agrément du ministre de l'Education nationale.

La personnalité du Professeur Tiffeneau est un sûr garant qu'il saura, quelles que soient les difficultés de l'heure présente, poursuivre l'œuvre de son prédécesseur pour le plus grand bien de la Faculté de Paris.

— Thèses de médecine. — 3 novembre.— M. Dissez : Le traitement des tumeurs bénigues de la peau par l'électrolyse. — M. Macron : A propos d'un estomac intra-thoracique consécutif à une rupture ancienne du diaphragme.

4 novembre. — M. Guérin : Traitement de la gangrène sénile par les injections de sérum chloruré hyperthonique. — M. Deshaies : L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophrénique. — M. Charollais : Contribution à l'étude des kystes aériens du poumon chez l'adulte.

— Cours de clinique thérapeutique médicale. (Hôpital de la Pitié). — M. le Professeur F. Rathery commencera son cours de clinique thérapeutique le 18 novembre 1937, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et continuera ses leçons les jeudis suivants à la même heure.

— Clinique des maladies nerveuses. — M. le Professeur Georges Guillain commencera son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (Policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot.

— Cours de clinique chirurgicale. (Hospice de la Salpêtrière). —M. le Professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 11 novembre 1937, à 11 h. 1/4 et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le lundi 22 novembre 1937, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure.

Programme du cours : *Histoire de la neuro-psychiatrie.* — 1° Lundi 22 novembre 1937 : Introduction et division. — 2° Lundi 29 novembre : Neuro-psychiatrie préhistorique et Assyro-babylonienne. — 3° Lundi 6 décembre : Neuro-psychiatrie égyptienne et hébraïque. — 4° Lundi 13 décembre : Neurologie grecque. — 5° Lundi 20 décembre : Psychiatrie grecque. — 6° Lundi 10 janvier 1938. : Neuro-psychiatrie indoue et extrême orientale. — 7° Lundi 17 janvier : La neuro-psychiatrie à Rome, de la République à Théodose. — 8° Lundi 24 janvier : La neuro-psychiatrie à Byzance jusqu'à Mahomet II. — 9° Lundi 31 janvier : La neuro-psychiatrie dans la médecine arabe et le Moyen Age. — 10° Lundi 7 février : Les épidémies de démonopathies. — 11° Lundi 14 février : La neuro-psychiatrie à la Renaissance. — 12° Lundi 21 février : La neuro-psychiatrie au XVII[e] siècle.

Faculté de Montpellier. — M. Boulet, agrégé pérenaisé, est nommé professeur de pathologie médicale et de clinique propédeutique, en remplacement de M. Giraud appelé à une autre chaire.

M. Pagès, agrégé, est nommé professeur de pathologie et de thérapeutiques générales en remplacement de M. Bosc, admis à la retraite.

M. Vidal, agrégé, est nommé professeur de médecine légale et sociale en remplacement de M. Gaussel, décédé.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en sept leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 6 décembre 1937, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5[e]). Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Programme du cours : I. *Chirurgie des prolapsus génitaux* : Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie, suture des releveurs : Ponction du cul-de-sac de Douglas ; Colpotomie. — Les assistants répéteront : la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie postérieure, la suture des releveurs.

II. *La laparotomie en gynécologie* : Les incisions médiane et transversale. La fermeture de la paroi. Indications et technique du drainage. Chirurgie des déviations utérines : l'hystéropexie isthmique, la ligamentopexie ; L'oblitération du cul-de-sac de Douglas. — Les assistants répéteront : l'incision transversale dite de Pfannenstiel, l'hystéropexie isthmique, la ligamentopexie, l'oblitération de Douglas.

III. *Chirurgie des affections aseptiques des annexes* : Castration unilatérale ; Résection des nerfs présacrés. — Les assistants répéteront : la castration unilatérale, la résection des nerfs présacrés.

IV. *L'hystérectomie fundique* : L'hystérectomie subtotale : choix du procédé opératoire et indications du drainage. — Les assistants répéteront : l'hystérectomie fundique.

V. *L'hystérectomie totale* : Technique et indication des procédés opératoires ; Indications et pratique du drainage : vaginal, abdominal, à la Mickulicz. Le cloisonnemedt du pelvis. — Les assistants répéteront : l'hystérectomie totale, le cloisonnement du bassin, le drainage à la Mickulicz.

VI. *L'hystérectomie vaginale* : Indications et technique ; Névrotomie du nerf honteux interne. — Les assistants répéteront : ces deux opérations.

VII. *Ablation du sein pour cancer* : Les assistants répéteront : l'amputation du sein avec curage ganglionnaire du creux axillaire.

Académie des Sciences. — Prix attribués en 1937 : Prix Lallemand (1.800 francs), à M. Jean Delay, chef de clinique à la Faculté de Paris. — Prix Thorlet (1.600 francs) à M. Paul Dorveaux, bibliothécaire en chef honoraire à la Faculté de pharmacie.

Un don à l'Académie de médecine. — Un médecin grec, qui est un grand ami de la France, le Docteur Skevos Zervos, vient de faire don à l'Académie de médecine d'une statue monumentale d'Hippocrate en marbre du Pentelique. L'inauguration de cette statue aura lieu dans une séance solennelle dont la date sera fixée ultérieurement.

Le prix Nobel de médecine. — Le prix Nobel de médecine a été décerné au Professeur hongrois Szent Gyoergyi, pour ses découvertes sur les phénomènes biologiques de combustion par rapport aux vitamines.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle aura lieu le 26 avril 1938, devant la Faculté de Nancy. Clôture du registre d'inscription un mois avant le concours.

Service de santé. — *Mutations semi-mensuelles.* — Les médecins capitaines : Deumiers, de la base aérienne du camp d'Avord, aux troupes du Maroc ; Gallouin, de l'hôpital Desgenettes, Lyon, à l'hôp. Goujot, Strasbourg ; Veyssi, du Val-de-Grâce, aux troupes du Maroc ; Muffang, du 1er hussards, au 16e chasseurs à pieds ; Guillamet, de l'hôp. Desgenettes, Lyon, à l'hôp. Michel-Lévy, Marseille ; Clavel, du Val-de-Grâce, à l'hôpital Sédillot, Nancy ; Marty, du Val-de-Grâce, à la 9e légion de la Garde républi. ; Kliszowski, du Val-de-Grâce, à l'hôpital Legouest, Metz ; Bourdon, de l'hôpital Desgenettes, Lyon, à la base aérienne du camp d'Avord ; Montagné, du 80e d'inf., au 46e d'art. ; Favre, du Val-de-Grâce, au 26e d'inf. ; Ravié, du Val-de-Grâce, au 152e d'inf. ; Poisson, du 152e d'inf., au 1er hussards.

Les médecins lieutenants : Olivier, du 6e chasseurs alpins, au 121e d'inf. ; Carreau, du 121e, au 69e d'inf. ; Chakroun, du 19e C. A., au 1er d'inf. ; Lepeyre, de la 9e légion de la garde républ., au 80e d'inf., ; Lafuma, du 4e génie, au 6e chasseurs alpins ; Viaud, du 1er d'inf., au 19e C. A. ; Chanoux, du 28e d'art., aux troupes du Levant ; Péchoux, de l'hosp. mixte de Chaumont, au 28e d'artillerie.

Le lieutenant-colonel Babinot, du Fort de Vanves, au ministère de la guerre.

Les capitaines : Breton, des troupes du Maroc, à l'hôp. Gama, Toul ; Frossard, de l'hôp. de Bizerte, à l'hôp. Bashias. Thionville ; Bochorel, de l'hôp. Gama, Toul, aux troupes de Tunisie.

Le lieutenant Gaixet, de l'hôp. Percy, à Clamart aux troupes du Maroc.

Les capitaines : Gémon, de l'hôp. Legoues, Metz à la 8e section d'infirmiers ; Gesnot, du ministère de la Guerre, au dépôt de matériel de la 3e région.

Société française d'histoire de la médecine. — L'assemblée mensuelle de la Société aura lieu le samedi 6 novembre 1937, à 17 heures, à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

COMMUNICATIONS. — Docteur Marcel BERGERON : Note historique sur les physiologistes du mouvement ; introduction à leur étude. — Docteur BOIRAN DU CHEF DU BOS : Marot de la Garaye. — Docteur GALLOIS : Descartes et la médecine.

Société française de gynécologie. — La Société française de gynécologie organise une séance à la Faculté de médecine de Lille, le dimanche 5 décembre à 14 h. 30.

Cette séance sera précédée dans la matinée d'une visite de la ville sous la conduite des gynécologues lillois et d'un déjeuner.

Tous les médecins même non membres de la Société, qui désirent participer à cette réunion et obtenir la réduction de 40 % sur le transport sont priés de s'adresser d'urgence au Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Asile de Quimper. — Un poste de médecin directeur est vacant par suite du décès du Docteur Humbert.

Un film pharmaceutique. — L'Union intersyndicale des fabricants, de produits pharmaceutiques a présenté le 20 octobre, dans l'amphithéâtre de la Faculté de pharmacie, un film sur l'industrie de la spécialité pharmaceutique française.

Ce film documentaire, réalisé par M. Jean Benoit-Lévy illustre de façon saisissante toutes les réalisations industrielles de plus de 200 laboratoires pharmaceutiques français appartenant aux diverses chambres syndicales professionnelles.

Laboratoires de recherches, procédés modernes de fabrication, nombreux contrôles tant privés qu'officiels, font comprendre les préférences qu'a eu de tout temps le Corps Médical de tous les pays pour la spécialité pharmaceutique française.

Pour obtenir le prêt de ce film, s'adresser 44, rue du Colisée, Paris.

Conférences de la Société des Amis d'Auguste Comte et de son œuvre (22, rue Servandoni, Paris, VIe). — Le 2 Bichat 149, samedi le 4 décembre 1937, à 17 h. 30. Quelques idées médicales d'Auguste Comte par M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Les médecins de Toulouse à Paris. — Le mercredi 27 octobre dernier a eu lieu le dîner de rentrée de la S. A. M. T. P. Etaient présents : les Docteurs Esclavissat, Privat, Levy-Lehbar, Doazan, Vitry, Groc, Dupau, Perrin, Molinery, Junquet Montagne, Digeon, Redon, Queriaud, Soubiran, Foures, Cambies, Boyer, Massip, Bourguet, Mirabail, Delater, Armengaud, Mont-Refet, Constantin, Duraud, Auge. S'étaient excusés les Docteurs Dartigues, Caujole, Cany, Laffon, Foucaud, Delherm, Loze, Millas, de Parrel, Aujaleu, Roule, Mazet, Estrabaut, Babou, Louet.

A l'heure des toasts, après que le Docteur Gorc, secrétaire général de l'Association, eut pris la parole, à la place des discours traditionnels, s'institua spontanément une sorte de débat sur le fait de Lourdes ainsi qu'à défini le premier le Docteur Molinery les guérisons inexplicables scientifiquement qui ont lieu chaque année à Lourdes, que connaissent particulièrement bien les médecins du Sud Ouest. Tour à tour, les Docteurs Privat, Doazan et Molinery ont présenté une série d'arguments, d'observations, de constatations capables d'éclairer, de classer, de situer à leur vraie valeur les phénomènes d'ordre biologique et médical dont la science à l'heure actuelle, est incapable de donner une explication. Il ne s'agissait certes pas de prendre parti, de nier ou d'affirmer, de croire ou de douter, mais de constater en médecin positiviste et de bonne foi, ce que l'on ne peut pas ne pas constater. Ce fut une heure de discussion animée et courtoise, se déroulant dans une atmosphère de parfaite amitié et de chaude intellectualité. Et pour une fois où l'éloquence pure céda le pas à la science, la soirée n'en fut pas moins pleinement réussie comme à l'accoutumée. La prochaine réunion aura lieu en janvier 1938.

Fondation médicale du Mont-Valérien.— *Prix de journée fixés par le Comité de direction pour malades de classes moyennes* : en médecine, 85 francs par jour ; en chirurgie, 85 francs ; au pavillon de l'isolement, 95 francs.

Ces prix comprennent : les honoraires médicaux (interventions de petite et de grande chirurgie exceptées), l'hospitalisation dans une chambre particulière, la nourriture, les soins des infirmières et des internes, les menus pansements, les médications courantes, les analyses sommaires faites à l'étage.

Interventions chirurgicales : Des forfaits ont été établis pour les interventions chirurgicales lorsque la durée du séjour est prévisible. Ils comprennent les honoraires du chirurgien, de ses aides et de l'anesthésiste, les frais de salle d'opération, les pansements, les soins des internes et des infirmières, la nourriture, ainsi qu'un nombre donné de journées d'hospitalisation.

Exemple : Le forfait pour une opération d'appendicite à froid est de 2.200 francs y compris dix jours d'hospitalisation.

Si le malade est contraint de prolonger son séjour au-delà de ces dix jours, ces journées en plus sont comptées au prix de 85 francs, surveillance chirurgicale comprise.

Pour tous renseignements, concernant les différents forfaits, s'adresser au service social de la Fondation Longchamp 18-00.

Service d'accouchement : Un prix forfaitaire de 2.500 francs est fixé pour un accouchement. Ce forfait comprend les honoraires de l'accoucheur et des sages-femmes, les consultations pré-natales, l'accouchement, la surveillance des suites de couches à la Fondation, la vaccination du nouveau-né, quatorze jours d'hospitalisation dans une chambre particulière (jour de l'accouchement compris), la nourriture, et les soins des infirmières.

Aucun supplément ne sera demandé en cas d'intervention au cours de l'accouchement, sauf pour une laparotomie.

Les journées en plus sont comptées au prix de 95 francs, surveillance médicale comprise.

La Fondation demande à *chaque malade*, uniquement le prix qu'entraîne *son* séjour dans l'établissement, en conséquence *ne sont pas compris* dans les prix de journée ou dans les forfaits :

— Les examens radioscopiques et radiographiques.
— Les analyses compliquées de laboratoire.
— Les spécialités pharmaceutiques.
— Les transfusions de sang.
— Les eaux minérales, les jus de fruit, le vin etc...

Il est prévu un nombre limité de chambres dans lesquelles seront admis les malades de conditions plus aisées auxquels il sera demandé un prix de journée supérieur à ceux cités plus haut.

Pour tous renseignements, s'adresser au service social de la Fondation Longchamp 18-00.

IL Y A CENT ANS

Sur le commerce des sangsues.— *M. Stanislas Martin, pharmacien à Paris, signale un abus sur lequel il est urgent d'attirer l'attention des médecins, comme aussi de l'autorité.*

Beaucoup de marchands fripiers qui habitent sous les piliers de halles, pour trouver un plus grand bénéfice dans leur commerce, se procurent de petites sangsues qu'on appelle filets, *et mettent dans l'eau du réservoir où ils les placent du sang de veau ou de mouton. Ces sangsues, ainsi gorgées, prennent vite un plus gros volume. Ils les font reposer quelques jours dans d'autres vases contenant de l'eau pure, et puis ils les livrent au public. On conçoit que des sangsues ainsi altérées ne puissent convenablement remplir le but que se proposent les médecins* (Gaz. des Hôpitaux, 21 *nov.* 1837).

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

L'Année psychologique, publiée par Henri PIÉRON, (36e année, 1935), Félix Alcan, éditeur.

Comme toujours cette excellente revue comprend des mémoires originaux, des notes critiques et une analyse bibliographique complète des travaux parus dans tous les pays. Je ne saurais trop répéter que cet ouvrage, qui comprend deux volumes, est indispensable à tous ceux qui désirent connaître l'état actuel de cette science, en ajoutant que l'on y trouve également des documents sur l'anatomie et la physiologie nerveuse, la neurologie, la psychologie pathologique : dans un journal médical il est bon de signaler ces rubriques.

Un mémoire intitulé « L'électroencéphalogramme de l'homme » concerne des observations psycho-physiologiques relatives à l'action des stimuli visuels et auditifs. En effet les progrès de la technique électrophysiologique ont rendu possible l'étude directe chez l'homme de certaines manifestations électriques de l'activité cérébrale. Ce sont MM. Draup et Fessard, qui sont les auteurs de ces recherches et de ce mémoire remarquable.

Le mémoire II par Gérard (de Montpellier) traite de la similitude des tâches dans l'inhibition rétroactive chez les animaux.

M. H. Pieron expose ses recherches sur l'appréciation des épaisseurs chez les écoliers (mémoires III). C'est là un travail dont on doit vanter la technique, les qualités d'observation et la méthode. Les conclusions qui se dégagent fournissent des indications précieuses sur la finesse d'exploration facile au point de vue de l'orientation professionnelle. En sus elles ont permis l'étalonnage d'un appareil de mesure . le pachoexpérimètre de Pieron.

M. Fallu présente des observations critiques en vue d'une transformation du test mécanique de Stenquist. Dans ce travail fait au laboratoire de psychologie appliquée de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes M. F. s'est efforcé d'établir un test de développement conçu selon le principe de l'âge mental de Binet-Simon, c'est-à-dire de mesurer l'habileté et l'intelligence mécanique correspondant à un âge déterminé.

M. Henri Pieron communique ses recherches sur la sensation vibratoire cutanée, question assez controversée. Bien entendu la technique est soigneusement décrite, et avec prudence. H. P. donne les conclusions qui en résultent.

Le mémoire VI « sur la question du pronostic psychotechnique d'après les courbes d'apprentissage » émane de Mlle Lydie Chweitzer. On voit par ce titre l'intérêt pratique de ces recherches pour l'avenir professionnel d'un apprenti.

Les psychiâtres liront avec intérêt le mémoire VII « l'élément affectif à la base du réflexe psychogalvanique » M. Copelmon conclut que la diminution de la résonnance psycho-galvanique doit être attribuée à l'état affectif du sujet et non pas à un effort intellectuel ou à un autre phénomène. C'est là une conclusion à laquelle était arrivé H. Fiesne antérieurement.

Je cite pour terminer un mémoire de Bujos et Chweitzer sur le goût électrique provoqué par les courants à établissement progressif et trois notes : la place et l'orientation de la physiologie des sens (Piéron), la classification des mouvements manuels d'après l'habileté (Baumgarten) l'illusion d'observation (Baumgarten).

Cette rapide énumération avec les quelques indications qui l'ont accompagnée suffit à prouver la richesse des documents contenus dans l'*Année psychiatrique*.

G. PAUL-BONCOUR.

Divers

Giotto, par Jean ALAZARD. Un volume 128 pages, 24 planches hors-texte. Broché 15 fr., H. Laurens, édit., 6, rue de Tournon, Paris.

C'est un des rares livres français consacrés à un des plus grands peintres italiens, à celui que Vasari a appelé le « créateur de la peinture moderne ». L'auteur étudie d'abord la formation de son génie et le milieu artistique florentin et romain dans lequel il passa sa jeunesse. Cimabue et Cavallini furent ses premiers maîtres. Il subit aussi l'influence de la sculpture, alors renaissante à Toscane.

A Assise, il peignit sa première grande revue cyclique, consacrée à l'histoire de saint François. Certains émettent des doutes sur son authenticité ; celle-ci est absolument certaine et les fresques de la Chapelle supérieure d'Assise doivent même être considérées comme les parmi lesplus admirables de Giotto.

Mais c'est la décoration de l'Arena de Padoue qui forme l'ensemble le plus extraordinaire qui soit dû au peintre florentin. Les fresques où il raconte la Vie de la Vierge et celle du Christ montrent à quel point il a eu le sens du tragique humain. A Florence, dans l'église Santa Croce, certaines des peintures qui évoquent des épisodes importants des vies de saint Jean-Baptiste, de saint Jean-l'Evangéliste et de saint François, laissent bien que très restaurées, une impression presque aussi forte que celle de l'Arena.

Il faut ajouter à ces cycles merveilleux quelques tableaux de chevalet dont le plus beau est la Madone Ognissanti des Offices. Il ne faut pas oublier non plus le rôle que Giotto a joué, comme architecte et peut-être comme sculpteur, dans la construction du Campanile de Florence.

M. Alazard étudie ensuite l'influence que Giotto, mort en 1887, a exercée en Italie et hors d'Italie. On lui doit l'avènement du « style nuovo » qui va jouer en Italie un rôle analogue à celui de la sculpture gothique en France et qui nous frappe par cette éternelle jeunesse qui séduit tant de peintres contemporains.

Sur les pas de Montaigne, par le Docteur SABOURAUD. 1 vol. in-8°, 319 p. Prix : 21 francs. Les Editions Denoel, 19, rue Amélie, Paris.

« Nourri d'antiquité, latiniste comme d'aucuns pouvaient l'être au temps des bonnes études, autant virgilien que lucrétien, le Docteur Sabouraud réalise le type d'un de ces humanistes d'autrefois, inquiet de la recherche des causes, attiré par toutes les manifestations du génie, goûtant les œuvres de l'art sous toutes ses formes et amoureux du bien dire. Il est à coup sûr l'un des eprits les mieux ornés, les plus sensibles et les plus complets que j'aie rencontrés. J'ajouterai l'un des plus originaux et des plus libres. »

Ainsi s'exprime M. Pol Neveux sur l'auteur de ce livre, « un beau livre plein de suc et de substantifique moelle ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Evolution et tendances actuelles du traitement chirurgical de la Tuberculose pulmonaire

Notion de détente et thoracoplastie

Par R. DÉMAREZ (Lille)
(Service de chirurgie de l'Hôpital Albert-Calmette. Prof. DELANNOY)

La chirurgie de la tuberculose pulmonaire a réalisé ces toutes dernières années des progrès considérables. Plus rien, à première vue, ne demeure commun aux anciennes opérations à la Sauerbruch, toutes de brio opératoire, terriblement choquantes et mutilantes, et aux techniques modernes faites de douceur, d'économie du poumon sain et d'affaissement le plus parfait de la zone malade.

Les gestes opératoires se sont précisés et voisinent la perfection. Le critérium en est la facilité avec laquelle on résèque maintenant de façon courante une première ou une seconde côte en totalité. La thoracoplastie est devenue une opération très peu choquante que l'on mène à l'anesthésie locale. Et ceci souligne le degré de perfection des techniques chirurgicales ; c'est en effet le propre d'opérations parfaitement réglées que de pouvoir être effectuées sous anesthésie loco-régionale malgré leur importance, exemple la gastrectomie pour ulcère, hier encore grave intervention effectuée sous narcose, aujourd'hui opération bien au point couramment réalisée à l'anesthésie locale.

Et pourtant, si le côté purement chirurgical de la thoracoplastie est parfaitemnt résolu, le côté indications et même tactique opératoires ne semble pas encore suffisamment clarifié. Des doctrines nouvelles apparaissent qui orientent dans d'autres voies les opérateurs guidés par les médecins phtisiologues, leurs collaborateurs de tous les instants

La thoracoplastie est à un tournant de son histoire, et nous voudrions ici, avant d'en préciser les directives actuelles, en montrer les étapes successives qui ne manquent pas d'être particulièrement instructives.

L'idée directrice est restée pendant très longtemps qu'il fallait obtenir un affaissement complet des lésions. Toute une longue phase de l'histoire de la thoracoplastie, qui va depuis les premiers essais de Cerenville en 1883 et de Quincke en 1889, jusqu'aux opérations modelantes effectuées à la demande des lésions que l'on pratique encore actuellement, est dominée par la recherche d'une compression aussi efficace que possibe du parenchyme malade, par la recherche d'un accolement des cavernes considéré comme le seul mode de guérison.

Brauer et Friedrich avaient proposé une résection antérieure et latérale des côtes réalisant un véritable désossement hémithoracique. L'importance du choc opératoire, la création d'une inertie de la paroi devenue le siège de mouvements paradoxaux grevaient cette opération d'une mortalité effroyable ; mais surtout, malgré l'étendue en hauteur des résections, malgré le sacrifice de tout un poumon sans tenir compte du parenchyme encore sain, persistaient deux angles morts où pouvaient s'échapper les cavernes non collabées, l'angle costal dont l'arc est représenté par le segment postérieur non réséqué de la côte, et l'angle costo-transversaire protégé par les apophyses transverses.

Un gros progrès fut acquis par la thoracoplastie paravertébrale de Sauerbruch. Des résections limitées à quelques centimètres dans le sens transversal mais étendues en hauteur dans la zone para-vertébrale entraînent, tout en conservant une paroi rigide, un affaissement pulmonaire de beaucoup supérieur, ainsi que l'ont confirmé les expériences de Gourdet. Il ne persiste plus ici que le triangle mort costo-transversaire. Cependant les côtes ont subi un double mouvement d'affaissement dans le sens vertical, décalage du gril costal, et dans le sens horizontal, rapprochement de la colonne vertébrale, l'un étant solidaire de l'autre. Mais si des réossifications viennent bloquer le mouvement de décalage, l'affaissement horizontal demeurera incomplet et l'angle mort para-vertébral sera augmenté d'autant.

D'autre part, on a compris très vite la nécessité de fragmenter l'opération en plusieurs temps successifs pour diminuer d'autant les dangers d'un choc trop considérable pour les fragiles sujets que sont les tuberculeux et aussi pour éviter un affaissement trop brutal des lésions. Mais ici on s'est heurté au problème des réossifications qui obligent à ne pas espacer de plus de 15 jours ou 3 semaines les temps opératoires. Ainsi restait-on obligé de faire le maximum le plus rapidement possible.

A la recherche d'un affaissement meilleur encore des parties malades sans pour cela sacrifier tout le parenchyme sain, les chirurgiens ont été conduits à pratiquer des résections plus importantes en largeur et plus économiques dans le sens de la hauteur. A la thoracoplastie totale, effectuée toujours suivant le même schéma, s'est substituée, sous l'influence de l'école de Leysin et en France de Bernou et Fruchaud, la thoracoplastie partielle. A Maurer et J. Rolland, en une série de travaux qui s'échelonnent de 1928 à 1935, ont décrit un véritable modelage de la paroi thoracique effectué à la demande des lésions. Les résections costales sont élargies en avant jusqu'au cartilage : en arrière on pratique l'ablation du col et de la tête, on résèque les apophyses transverses. Mais surtout on pratique des résections topographiques, en regard des lésions, compte tenu de leur migration post-opératoire, ceci ne s'adressant évidemment qu'aux pertes de substance apicale.

Mais toujours on se heurte à l'écueil des réossifications précoces, plus rapides que ne sont les processus de rétraction et de guérison des lésions pulmonaires. C'est au détriment du malade, une course de vitesse entre les régénérations qui se forment et le collapsus que l'on veut créer. C'est aussi la nécessité d'empiéter un peu sur le parenchyme sain, car il faut prévoir la migration des lésions et des retouches tardives sont pratiquement impossibles.

Ainsi « l'ossification de la paroi reste l'écueil grave de la thoracoplastie » puisque l'on se trouve en définitive en présence de deux directives apparemment inconciliables : morceler et espacer les interventions afin de gagner en sécurité, rapprocher au maximum les temps opératoires et réaliser d'emblée le plus large affaissement par crainte des réossifications. Et cette barrière, en face de laquelle se trouvait arrêtée la thoracoplastie, ne pouvait être franchie que s'il devenait possible de supprimer ou de retarder suffisamment les réossifications costales.

Deux méthodes se sont alors offertes au chirurgien.

L'idée primitive a été d'extirper en même temps que la côte le périoste, responsable des régénérations osseuses. Malgré les difficultés opératoires que cela entraîne, il a été possible, grâce surtout aux techniques de A. Maurer qui permettent la résection extra-périostée de la côte avec conservation de l'espace intercostal, de réaliser ceci chez le tuberculeux pulmonaire, malade fragile par excellence.

Partant d'un principe différent, d'autres chirurgiens ont voulu, tout en conservant l'étui périostique, en détruire le pouvoir ostéogène par des traitements divers, soit physiques (cautérisation ignée ou diathermique), soit chimiques (badigeonnages par des caustiques ou des fixateurs variés (nitrate d'argent, liquide de Zenker, formol à 10 %) (1). De ces essais subsiste, sous le nom de méthode de Schoemaker, la formolisation

(1) Cf. R. DEMAREZ. — Les régénérations costales après thoracoplastie Leur prévention par des traitements chimiques du périoste. Etude expérimentale. Thèse Lille, 1937.

du périoste dont nous faisons à l'heure actuelle un emploi systématique.

La thoracoplastie est effectivement entrée dans une deuxième phase de son histoire grâce à l'application de ces procédés. La crainte des réossifications anarchiques et rapides étant écartée, il est désormais possible d'espacer à volonté les temps opératoires, de les faire moins importants, moins choquants et de tenir compte de la résistance du sujet. Mais surtout il est loisible de laisser aux lésions le temps de se collaber, d'épuiser leur potentiel de rétraction, après un premier temps opératoire économique.

Le « modelage » de la paroi thoracique est ainsi devenu bénin et véritablement électif.

Mais c'est déjà dans une troisième phase de la collapsothérapie chirurgicale que nous sommes entrés avec la mise en application de nouveaux principes directeurs qui nous conduisent à rechercher non plus une compression mais une détente des lésions. Certes l'idée n'est pas nouvelle. Dès 1912 Ascoli avait remarqué qu'il n'était pas besoin d'un collapsus total pour obtenir un bon résultat de certains pneumothorax. Puis, en 1923, la notion de rétraction élective des zones malades était apparue avec Barlow et Kramer, puis Hennel et Stivelmann.

Le pneumothorax en hypotension s'imposait de plus en plus, opposant à l'immobilisation totale du poumon et à l'affaissement des cavernes que recherchait le pneumothorax compressif une immobilisation élective de la région malade permettant un fonctionnement normal des parties saines et un retour à l'équilibre des tensions élastiques. Ainsi le poumon opposé ne subissait-il plus de suractivité fonctionnelle exagérée

On connaît mieux aussi le mode de guérison anatomique des cavernes. On sait qu'il est inutile de chercher à en supprimer immédiatement et de façon complète la cavité, ce qui du reste est souvent irréalisable, mais que, sous l'influence de leur rétractilité propre et d'un processus d'atélectasie du tissu sain périlésionnel, elles se fermeront par comblement concentrique (Jacquerod, Cardis et Chardounne)

Mettant en parallèle les méthodes chirurgicales, on peut s'étonner du retard considérable qu'elles semblent avoir subi puisque, jusqu'à ces dernières années, elles cherchaient encore à réaliser une compression, un affaissement mécanique aussi complet que possible des lésions.

C'est que l'existence de réossifications costales rapides, transformant la paroi en un plastron rigide et immobile, s'opposait à la mise en application de ces notions

Mais dès qu'il fut possible, en dévitalisant le périoste, d'acquérir une souplesse pariétale durable, on a cherché à agir sur le poumon sous-jacent par simple détente. La collapsothérapie chirurgicale, de compressive qu'elle était, est ainsi devenue hypotensive, obéissant en cela aux lois générales de toutes les méthodes d'affaissement pulmonaire.

L'ère de la thoracoplastie élastique ou de détente s'est ouverte, riche d'espérances et déjà de succès.

C'est à l'école italienne que l'on en doit la première réalisation dès 1932 avec la thoracoplastie antéro-latérale de Monaldi. Afin de limiter le traumatisme respiratoire et pour aboutir en somme à une action de détente sur tout le poumon, Monaldi s'adresse simplement aux zones de plus grande expansion qu'il a schématisées selon quatre axes ou « lignes dominantes ». Deux sont verticales, en rapport avec le diaphragme et la première côte, les deux autres, transversale et postéro-antérieure, sont sous la dépendance du mouvement des côtes. L'intervention comprend une résection large de la première côte par voie sous-claviculaire, une résection régressive des côtes sous-jacentes jusqu'à la 7e sur la ligne axillaire, avec formolisation systématique de étuis périostés, et un arrachement du phrénique. Il se produit des mouvements paradoxaux de la paroi thoracique antérieure, jouant, selon l'expression de Morelli, le rôle de « voile de compensation » pour limiter le traumatisme inspiratoire.

En France, cette intervention a été considérée avec curiosité. Elle a suscité des techniques nouvelles dont la caractéristique essentielle et qui s'affirme de plus en plus est de rechercher une action de détente locale par suppression des résistances pariétales vis-à-vis des lésions. Maurer a réalisé la thoracectomie élastique par résection extra-périostée des arcs antérieurs des 3 ou 4 premières côtes. Les effets heureux d'une action de détente localisée ici à la région inter-cléidohilaire se trouvent malheureusement contrecarrés par une action nuisible d'expansion brutale à la toux en regard d'une paroi devenue trop souple.

Ecot et Fruchaud ont réalisé par voie axillaire et sous-pectoromammaire une thoracoplastie antéro-latérale limitée aux segments antérieurs des 3 ou 4 premières côtes. Ils insistent sur l'intérêt des résections sous-périostées suivies d'un formolage discret pour éviter l'écueil du flottement de la paroi.

Mais dans l'un et l'autre cas la détente obtenue est insuffisante à amener la guérison. Elle n'est qu'un temps préparatoire aux opérations para-vertébrales d'affaissement. Elle permet d'élargir les indications de la thoracoplastie à certains cas subévolutifs. Aussi Maurer propose-t-il pour ces interventions le terme de thoracectomies de détente et d'attente.

Actuellement se manifeste de plus en plus en France la tendance de rechercher une action de détente la plus exactement localisée qu'il est possible au parenchyme malade. Hypotension, détente, électivité et économie du parenchyme sain, telle semble être la formule idéale de la thoracoplastie moderne.

La conservation durable d'une paroi souple, l'espacement à volonté des temps opératoires permettent, tout en réalisant des exérèses costales à minima, tout juste suffisantes pour détendre les lésions, d'attendre autant qu'il est nécessaire pour observer les réactions lésionnelles et péri-lésionnelles, pour apprécier leur potentiel de rétraction et n'effectuer au total que la mutilation nécessaire et suffisante pour obtenir la guérison.

C'est ainsi qu'à la classique thoracoplastie partielle supérieure, réalisant en un ou deux temps des résections étendues aux 5 ou 6 premières côtes, on tend à substituer, chaque fois qu'il est possible, des interventions plus limitées. La résection de la première côte en totalité et des arcs postérieurs des 2e et 3e côtes libère entièrement le dôme pleural. Elle réalise une véritable apicolyse chirurgicale dont l'importante action de détente peut suffire à la guérison de certaines lésions de l'apex. Si après une phase d'attente, on constate que la régression lésionnelle est insuffisante, on la fera suivre d'un second temps de thoracoplastie partielle supérieure. Ainsi aura été évitée une détente trop brutale. De plus les résections costales seront limitées au minimum indispensable.

La résection isolée de la première côte en totalité est la plus limitée des opérations de ce genre. Elle a été réalisée avec de beaux succès par A. Maurer par voie sus et sous-claviculaire. Intervention bénigne, très peu choquante, réalisable à l'anesthésie locale, elle a néanmoins une action de détente considérable, à la fois sur le dôme pleural qu'elle libère de la plus grande partie de ses attaches, et indirectement sur tout l'hémithorax en raison de la scalénotomie qu'elle réalise et de l'affaissement même de l'apex. Arme nouvelle au service de la collapsothérapie chirurgicale hypotensive, elle semble destinée à un bel avenir.

Le gros intérêt de ces méthodes chirurgicales, dont la réalisation a été rendue possible grâce à l'utilisation des moyens de traitement du périoste costal, n'est pas tant d'avoir diminué dans des proportions considérables le risque opératoire puisqu'elles ont permis de limiter l'importance des exérèses costales et de tenir compte de la résistance du malade, que d'avoir étendu dans une large mesure les indications de la thoracoplastie. Le temps n'est plus où on réservait, à cette intervention que suivait une réputation effroyable, de vastes cavités sécrétantes, stabilisées depuis longtemps, et contre lesquelles on ne pouvait plus rien. Des formes qu'écartaient jusqu'alors leur potentiel évolutif et leur bilatéralisation en sont devenues justiciables. Grâce à ces interventions limitées de détente il est désormais possible de s'attaquer à des lésions non stabilisées.

Il n'est plus à redouter en principe d'action contro-latérale, ce qui rend possible sans grand risque la thoracoplastie partielle en présence de lésions opposées détendues par un pneumothorax.

Ce rapide coup d'œil montre de quels progrès peut s'enor-

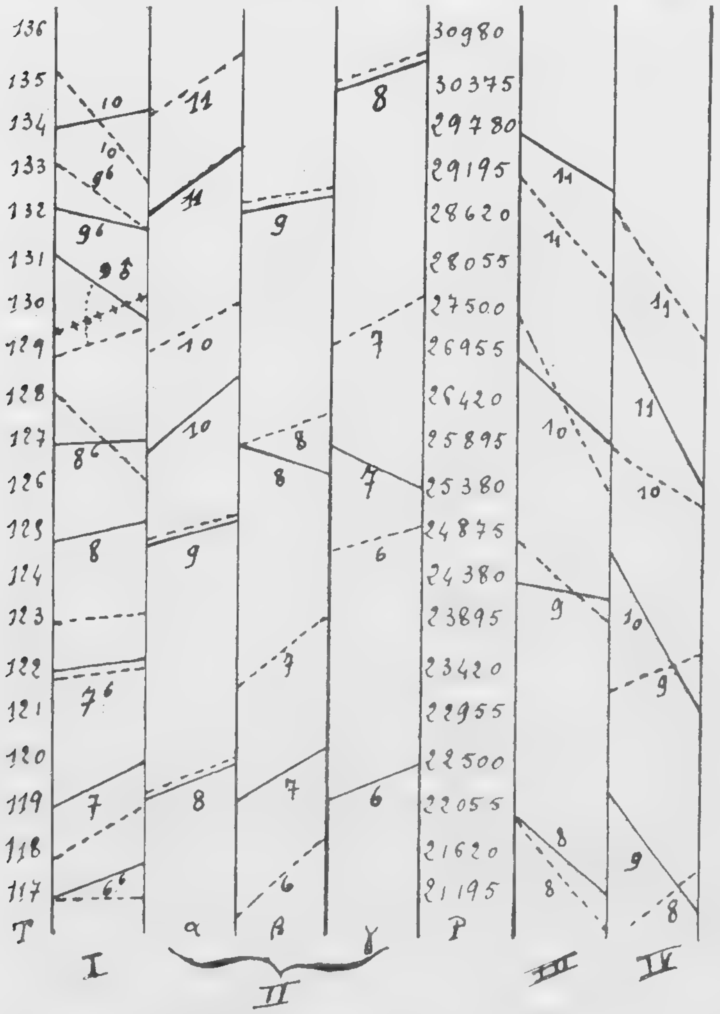

AGOCHOLINE
ZIZINE
AGOCHOLINE
ZIZINE

gueillir la chirurgie de la tuberculose pulmonaire dans le domaine de la thoracoplastie. Elle n'est plus une méthode thérapeutique d'exception, ne vivant que des contre-indications ou de l'impuissance des autres méthodes. Elle tend à devenir un moyen banal de collapsothérapie inoffensif et souple, dont on peut diriger au mieux l'action. Cette évolution a pu se faire grâce à des perfectionnements techniques au premier rang desquels il faut placer la suppression ou la dévitalisation du périoste dans la lutte contre les régénérations osseuses, grâce aussi à des conceptions nouvelles parmi lesquelles nous citerons la recherche d'un collapsus aussi électif que possible du parenchyme malade, doctrine essentiellemnt française ; la recherche aussi non plus d'un affaissement brutal et complet des cavités sécrétantes, mais d'une « détente » destinée à les libérer des forces de traction respiratoires et à les mettre dans les conditions les meilleures pour leur guérison spontanée.

Sur l'établissement d'un « adolescogramme »

Par **J.-L.-M. JANSEN**
(de Bussum, Pays-Bas)

Buffon, déjà, avait observé les maxima et les minima de la croissance et la progression discordante de la taille. P. Godin, qui, si minutieusement, recueillit des mesures multiples à la puberté, montra également la progression



T = Taille. P = Poids.
I. Croissance à Amsterdam en 1935.
II. Croissance en U. S. A. (Baldwin) { α type court. β » moyen. γ » long.
III. Croissance à Paris (Marfan)
IV. Croissance pubertaire (Quételet).

discordante du rapport entre les trois facteurs : taille, âge et poids, compte étant tenu du sexe. Quetelet fonda l'anthropométrie de l'enfant ; le premier, il calcula la valeur moyenne de ce rapport taille, âge, poids (T. A. P.) pour des groupes définis d'enfants. Après Naudin et Mendel, la notion des facteurs héréditaires fut étudiée mais sans profit immédiat du fait du mélange des types humains. Godin put, néanmoins, édicter trois lois sur le rythme d'alternance, de repos et d'activité présidant au développement des structures morphologiques. Tous ces efforts tendaient à l'établissement de moyennes arithmétiques constamment faussées par la diversité des types. Robertson s'efforça même — entrevoyant une analogie entre la croissance et une réaction chimique — d'exprimer la croissance par une formule mathématique. Duclaux, auteur de *la Chimie de la*

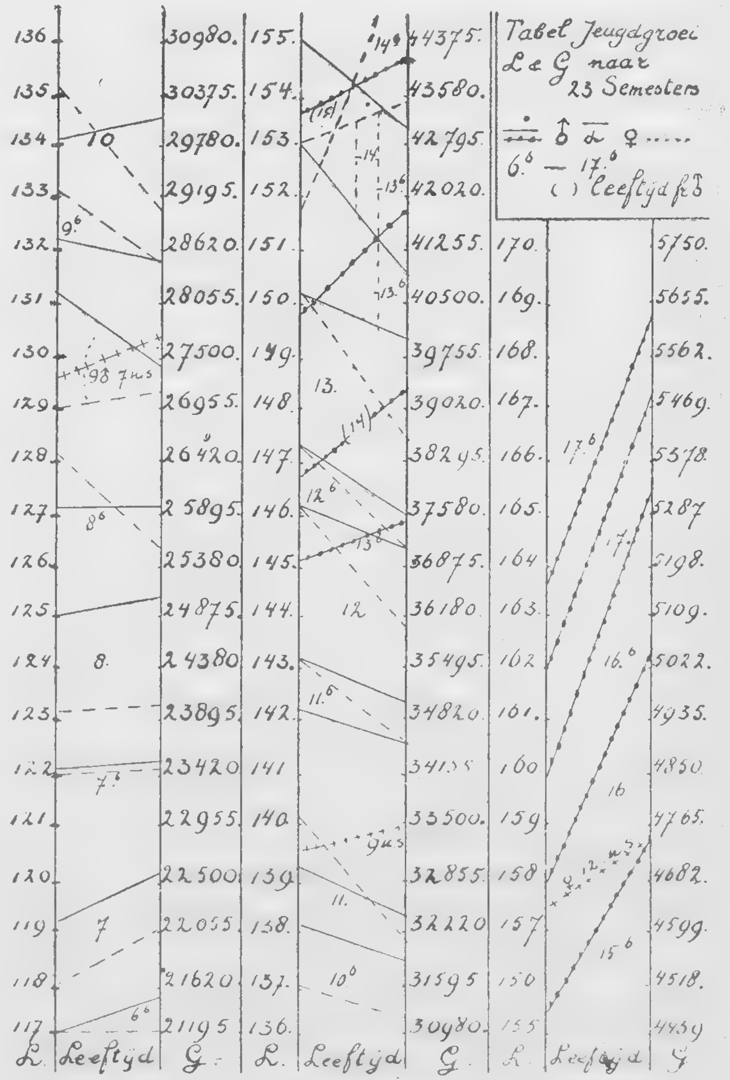


Tableau complet
Croissance pubertaire, à Amsterdam, en 1935

matière vivante **n'admet pas cette thèse : il ne peut pas, pour lui, y avoir d'identité entre une réaction vitale et une réaction anorganique. Selon Abiens Kappers (*Brain-body weight relation in young man onto-génésis*), il y a pour-**

tant, à partir de la vie fœtale, un rapport mathématique entre les organes et tout le corps en croissance. La biologie établit les rapports entre la croissance et la nutrition ; l'étude du rapport T. A. P. décèle les troubles de la nutrition et de la croissance.

L'adolescogramme a pour but de comparer par le graphique des valeurs T. A. P. d'un enfant au chiffre moyen de la collectivité auquel il appartient. Ces chiffres ne sont plus une simple moyenne arithmétique, toujours arbitraire et qui n'a que des relations imprécises avec des types de croissance. Mieux vaut choisir une progression par centimètres pour la taille en tenant compte des variations du poids pour chaque centimètre de taille (atteignant jusqu'à 6 kilos pour un centimètre) Grâce à la formule de Van der Heyden (de Maestricht), on connaît le rapport : taille, poids. Cette formule s'énonce $Y = 155 + 2,5 X + 0,05 X^2$ (y étant le poids exprimé en hectogrammes, x le nombre de centimètres au-dessus de 100 centimètres de taille). Elle facilite la construction de l'adolescogramme par échelons parallèles. Le parallélisme des échelons est influencé par les facteurs multiples de la croissance, chacun des échelons correspondant à un semestre d'âge pour un sexe donné.

L'adolescogramme-type manque. On ne trouve que les moyennes arithmétiques des divers auteurs, moyennes plus ou moins précises. Les données les plus importantes sont fournies par les travaux de Van der Heyden, par les diagrammes pubertaires de P. Godin, par les chiffres de Quetelet, par ceux de Baldwin, par les recherches de Marfan. Baldwin a insisté sur la division en trois types : court, moyen, long. Ses mesures ont été faites aux Etats-Unis sur 75.000 garçons et 55.000 jeunes filles, de 5 à 18 ans.

Nous avons recueilli également les chiffres des mensurations faites à Amsterdam sur 7.000 enfants.

Sans revenir sur les inconvénients des moyennes arithmétiques, on conçoit que le graphique à l'avantage d'illustrer, de la manière la plus commode, la marche de la croissance et qu'il montre d'un coup d'œil au clinicien, d'après le défaut de parallélisme des échelons, les anomalies de taille ou de poids pour chaque âge. L'adolescogramme décèle l'anomalie, le cas pathologique restant à définir par le clinicien.

Un moyen simple et très efficace de calcithérapie par voie buccale

Par H. FILLION et P. MILLISCHER

Les nombreuses recherches faites ces derniers temps n'ont pas permis de se faire une opinion définitive sur le métabolisme du calcium.

L'étude physico-chimique du calcium sanguin aurait pu, semble-t-il, apporter des lumières précises sur la question.

Mais, d'une part, le dosage de la calcémie est un procédé si délicat que seuls des expérimentateurs spécialisés tels que Guillaumin, Hirth, Mathieu et quelques autres ont pu triompher de ses difficultés. Même correctement exécutée, elle a montré qu'il existe un mécanisme régulateur grâce auquel son taux se maintient à peu près constant : lorsque le calcium tend à baisser dans le sang, celui de l'organisme vient le renforcer et de telles mobilisations calciques font qu'on trouve des taux de calcémie élevés dans des affections osseuses décalcifiantes. Mathieu Pierre-Weill et Guillaumin ont pu donner de leurs travaux cette conclusion (1) : « La mesure de la calcémie ne permet pas de juger de l'état de la calcification ou de la décalcification organique ».

D'autre part, le calcium sanguin existe sous plusieurs formes dont la plus intéressante, la forme ionisée active, est encore difficilement dosable.

En définitive, l'existence de deux formes paraît acquise l'une non diffusible, liée aux protéines, l'autre diffusible et séparable de la précédente. C'est l'homogénéité de cette partie diffusible qui, d'après Mathieu (2), fait encore l'objet de controverses. Klinke, Brull, admettent l'existence d'un complexe analogue aux citrates, Benjamin et Hess celle d'un complexe phospho-calcique, tandis que Greenberg trouve que l'une et l'autre théorie sont insuffisamment démontrées.

Cette sorte d'incertitude fait qu'en matière de calcithérapie les faits cliniques ou expérimentaux tels que ceux que nous avons observés ont une réelle valeur utile à la compréhension même des phénomènes chimiques.

Le procédé que nous allons étudier a le mérite d'être très simple, d'être efficace et de pouvoir être utilisé sans aucun danger. Il n'est d'ailleurs que l'application raisonnée et scientifiquement étudiée d'un procédé de médecine empirique qui a fait ses preuves depuis plusieurs générations dans les régions les plus diverses : Nord de la France, Bretagne, Franche-Comté, Espagne, Liban, etc.

Il s'agit de citrates de calcium dont l'instabilité en fait des générateurs d'ions Ca^{++} en présence d'autres complexes calciques et de vitamines.

A première vue le fait que des citrates de calcium soient assimilables peut paraître surprenant. Mais il ne s'agit pas ici des citrates tricalciques non ionisables, qu'on connaît parce-qu'ils existent seuls à l'état moléculaire. Ceux qui nous intéressent, au contraire, n'existent qu'à l'état *ionisé*, ce qui explique qu'on ne puisse les utiliser que par un procédé extemporané et pendant le temps très court qui précède leur précipitation.

Voici la technique que nous utilisons :

Dans un flacon de 250 c. c. environ, à fermeture « canette » de préférence, introduire une coquille d'œuf broyée assez finement.

Ajouter le jus de deux citrons frais et boucher hermétiquement.

Assujettir solidement le bouchon.

Laisser en contact pendant deux heures environ à une température moyenne de 18°.

Après ce temps déboucher le flacon qui doit encore renfermer du gaz carbonique.

Filtrer son contenu sur gaze et le recueillir dans un verre dans le fond duquel on a mis au préalable du sucre à volonté. Mélanger et boire immédiatement.

L'acidité du jus de citron est ainsi très diminuée, mais suivant le goût ou la tolérance du malade on peut encore étendre d'une certaine quantité d'eau.

Le procédé peut être utilisé par périodes de quinze à vingt jours séparées par de petits intervalles de repos.

L'analyse sommaire des éléments naturels qui entrent en jeu dans cette thérapeutique fournit les précisions suivantes :

La coquille d'œuf employée est principalement constituée par de la calcite plus ou moins phosphatée.

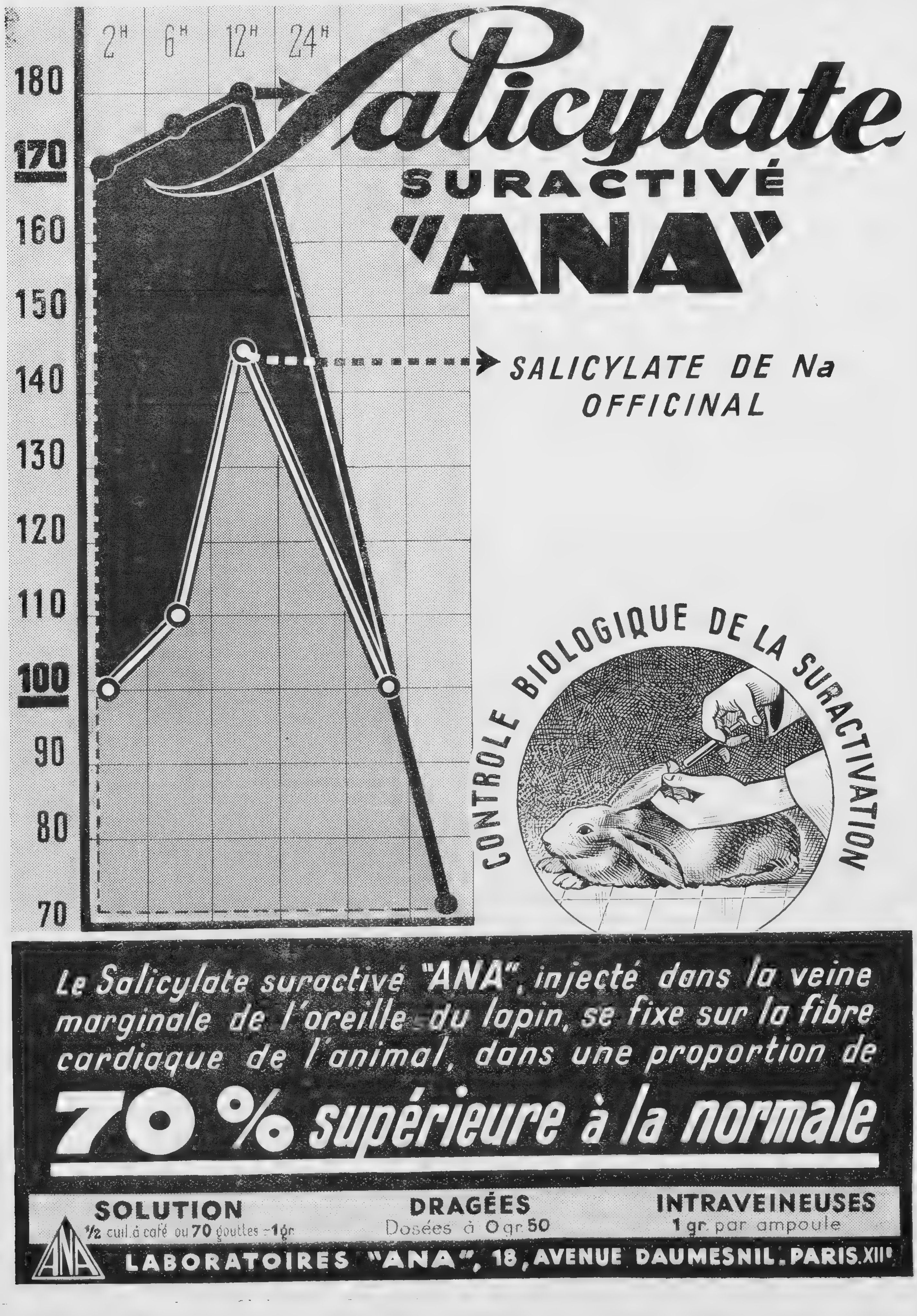
Le jus de citron renferme de 4 à 7 % d'acide citrique libre suivant la maturité du fruit. En plus de l'acidité citrique libre qui représente les 88 à 98 % de l'acidité totale, il contient de petites quantités de citrates alcalins, d'autres acides organiques et leurs sels ; il s'y trouve même un dérivé salicylé. On y rencontre des sels minéraux en faibles proportions, des substances sucrées, davantage de matières albuminoïdes et mucilagineuses et enfin un mélange de vitamines, en particulier la vitamine C bien connue. La vitamine B^2 s'y trouve aussi à raison de 0,003 milligr. % exprimée en flavine. Enfin Szent-Gyorgyi et Tillmans (3) ont signalé l'existence d'un facteur réducteur voisin de la vitamine C, détruit par la chaleur et la lumière.

Gyorgyi et ses collaborateurs (4) l'ont récemment extrait dans la proportion de 2 gr. 85 par 100 litres de jus ; de cet extrait flavonique ils ont isolé une forme cristallisée constituant la *citrine* ou *provitamine P*.

Retenons de ce qui précède le carbonate de calcium apporté par la coquille d'œuf et l'acide citrique en présence de substances colloïdales et de vitamines apportés par le jus de citron. Leur contact donne lieu à la formation de citrates calciques, de sels doubles avec métal monovalent et de composés plus complexes. Ceci s'accompagne de mise en liberté de gaz carbonique dont la pression au-dessus du liquide peut atteindre 1 kgr. 5 si l'opération est faite dans un flacon de 250 c. c. hermétiquement bouché.

Le pH varie entre 4,2 et 4,8.

Peut-on attribuer l'efficacité de ce procédé à l'action conjuguée des produits vitaminés, peut-être même de la *provitamine P* en présence de citrates calciques et complexes ionisables ?


2H 6H 12H 24H
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE Na
OFFICINAL
CONTROLE BIOLOGIQUE DE LA SURACTIVATION
Le Salicylate suractivé "ANA", injecté dans la veine marginale de l'oreille du lapin, se fixe sur la fibre cardiaque de l'animal, dans une proportion de
70 % supérieure à la normale
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr.
DRAGÉES
Dosées à 0 gr. 50
INTRAVEINEUSES
1 gr. par ampoule
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

Le citrate tricalcique ne pouvant émettre des ions Ca++ est une combinaison inerte ; Lumière a démontré dans son étude sur les sels de calcium injectables (5) que c'est un sel biologiquement inutilisable, même s'il est introduit dans le torrent circulatoire.

Dans cette réaction il ne s'agit pas de citrates tricalciques mais d'un mélange de citrates provenant de l'ionisation successive des trois acidités citriques dont la première constante d'ionisation semble être égale à $0{,}62 \times 10^{-3}$.

Ces citrates ne pouvant exister qu'à l'état d'ions en solution diluée sont naturellement instables et diviennent par leur transformation des générateurs d'ions H + et Ca ++.

La vitesse de transformation en citrate tricalcique est très rapide : trente minutes seulement dans le système obtenu par l'action d'une solution à 7 % d'acide citrique sur deux grammes de carbonate de calcium sous une pression carbonique de 1 kgr.5. Cette transformation n'apparaît qu'au bout d'une heure si l'opération est faite en présence d'une petite quantité de sérum.

Dans le système constitué par 100 c. c. de jus de citron et 3 grammes de coquilles d'œuf pulvérisée, maintenu sous une pression carbonique de 1 kgr. 5 le retard est tel que la précipitation des sels insolubles ne commence qu'après environ trois heures pour n'être totale que plus de quarante-huit heures après. Incontestablement les matières albuminoïdes retardent la vitesse de transformation et par conséquent stabilisent momentanément ces composés particulièrement instables.

Ces citrates instables ingérés conservent leur grande diffusibilité et ne peuvent pas provoquer de désionisation dans l'organisme puisque leur transformation ionique se fait avec mise en liberté d'ions H+ et d'ions Ca++. S'il en était autrement l'administration de tels sels devrait provoquer des crises de tétanie. Or nos observations montrent précisément le contraire puisque nous traitons avec succès des crises de tétanie par ce moyen.

Ces résultats semblent d'ailleurs confirmer les travaux de Hastings et de ses collaborateurs (6) sur la dissociation successive des citrates en Ca ++ et Ca. citr. — donnant ensuite Ca ++ et citr. — — — dont ils ont calculé les différentes constantes d'ionisation.

Il est possible que la provitamine P, en association avec la vitamine C dont l'activité se trouve précisément augmentée, ne soit pas étrangère à l'efficacité du procédé par une action sur la perméabilité des membranes.

Nos expériences en cours permettront peut-être de définir la part exacte qu'il convient d'attribuer à la provitamine P, aux citrates instables ou autres complexes calciques à l'état colloïdal particulier.

***

Les utilisations thérapeutiques de ce procédé paraissent pouvoir être aussi multiples que celles de la médication calcique elle-même. Toutefois notre expérience, datant de dix-huit mois, n'a eu trait jusqu'à présent qu'à l'action sédative du calcium sur le système nerveux.

L'ion calcium est, comme on le sait, un régulateur de l'excitabilité nerveuse : renforçant l'action du sympathique (Danielopolu) il s'oppose à celle du vague, nerf des spasmes. Il était logique d'essayer son action dans les affections où les phénomènes spasmodiques de tous ordres prédominent.

Dans la coqueluche des résultats très satisfaisants ont été obtenus. Dès la mise en œuvre précoce de la médication, on assiste à une amélioration très nette caractérisée par : la suppression presque totale des vomissements et une diminution brusque du nombre des quintes. Il convient d'insister sur le caractère abortif de cette médication, car instituée avec quelques jours de retard, alors que la coqueluche est en pleine évolution, son action est très diminuée. Bien que ce ne soit qu'une hypothèse, tout se passe comme si le calcium ou la Provitamine P, ou l'association des deux, diminuait la perméabilité de la membrane de la cellule nerveuse : on s'explique ainsi qu'une fois le virus fixé sur cette cellule l'action thérapeutique soit moindre.

Dans la spasmophilie, des résultats très nets ont été obtenus : nous suivons depuis dix-huit mois un enfant âgé de 2 ans 1/2 atteint de spasmophilie et d'alcalose. On sait que celle-ci provoque la diminution du calcium ionisé.

Cet enfant était atteint de troubles digestifs (constipation opiniâtre) et psychiques (colère, irritabilité, terreurs nocturnes). A l'occasion de petites contrariétés survenaient des attaques de tétanie qui ne duraient que quelques minutes mais laissaient l'enfant dans un état de fatigue extrême. Ces accès se répétaient souvent deux fois par semaine. Aussitôt que l'enfant fut soumis à la médication calcique au jus de citron, les accès disparurent complètement, l'état général se remonta très vite, le teint se recolora, la nutrition s'améliora et la gaîté revint. Mais si la médication est suspendue une semaine se passe, rarement deux, puis on assiste à un retour en arrière avec réapparition des accès. Ces alternatives ont été constatées régulièrement un très grand nombre de fois. La médication est dans ce cas vraiment salvatrice, l'apport régulier de calcium ionisé paraît être pour cet enfant une nécessité vitale.

Un autre enfant âgé de 3 ans, atteint de tétanie grave dont les attaques duraient plusieurs heures, a été très notablement amélioré par le même procédé.

Les colitiques et les entéro-rénaux sont des malades qui se décalcifient : à Beyrouth, ville de littoral humide ou la nécessité d'apports calciques à l'organisme se fait particulièrement sentir, leur nombre est très grand, conditionné en partie par les divers parasitismes intestinaux qui y sévissent nombreux. Cette clientèle où l'élément féminin prédomine, surtout dans la colonie européenne, fait souvent le désespoir des médecins en raison de la ténacité des troubles du système vago-sympathique dont se plaignent ces malades. Plexalgies, irritabilité, spasmes les plus divers aux conséquences lointaines multiples, c'est le tableau bien connu de la colibacillose et des sympathoses en général, la présence du colibacille n'étant pas indispensable à sa constitution.

Cette catégorie de malades a largement bénéficié de la médication calcique telle que nous la prescrivons : associée, bien entendu, à la lutte contre les parasites et au régime alimentaire. Habitués comme nous l'étions à la chronicité de ces affections, c'est avec étonnement que nous avons constaté des améliorations considérables et même des guérisons en quelques semaines. Les troubles nerveux retrocèdent et l'organisme se relève si rapidement que plusieurs malades qui souffraient depuis quelques mois sont revenus nous voir spécialement pour nous informer de leur guérison.

Citons entre autres l'observation d'un enfant d'une dizaine d'années particulièrement nerveux et irritable. Il était atteint d'une dysenterie amibienne chronique méconnue qui ne faisait qu'augmenter son déséquilibre. Dûment débarrassé de son amibiase il n'en ressentit d'abord qu'une légère amélioration. Son caractère emporté et difficile le faisait renvoyer de l'école ; à la maison il était insupportable brisant tout, à la moindre contrariété, lançant même par les fenêtres les objets qui lui tombaient sous la main. Le gardenal essayé demeura sans action. Dix injections de gluconate de calcium faites dans l'espoir d'agir plus rapidement furent sans effet. Mis au jus de citron calcique l'enfant se transforma en cinq ou six semaines : il reprit du poids, perdit son teint d'entéritique et son entourage vit enfin ses réactions nerveuses se normaliser. L'action sédative du calcium prescrit sous cette forme se montra supérieure à toute autre thérapeutique.

De bons résultats furent obtenus dans d'autres affections spasmodiques : nous devons à M. le Prof. Chaumet l'observation d'une crampe des écrivains vainement traitée par la physiothérapie et qui céda au jus de citron calcique.

Nous même avons eu à traiter récemment une jeune fille atteinte d'entérite chronique, de spasmes de l'urethère droit et d'ébauche d'hydronéphrose du même côté (1).

Le spasme était déclanché par la moindre contrariété, les mictions s'arrêtaient, l'abdomen grossissait donnant à la palpation l'impression d'une tumeur (tumeur à éclipse de Tuffier) ; des douleurs abdominales et rénales complétaient la scène. Les diurétiques, les désinfectants urinaires restaient sans effet. La malade avait remarqué elle-même qu'à l'occasion d'un événement heureux tous les désordres disparaissaient brusquement ses urines étant alors émises facilement et en abondance.

Cette hydronéphrose n'est sans doute pas uniquement le fait du spasme, mais l'existence de celui-ci cliniquement et radiologiquement démontrée joue au moins le rôle de facteur aggravant.

Les chirurgiens de l'école de Leriche n'y contrediront pas.

La malade est vue en consultation au moment d'une crise de rétention aiguë ; on lui prescrit le jus de citron calcique. Rapidement les douleurs diminuent, la malade marche plus facilement sans fatigue, le cinquième jour elle urine normalement, l'état général s'améliore et l'appétit revient.

Au cours de rechutes ultérieures la médication calcique reprise donna des résultats moins constants.

C'est une occasion de rappeler qu'elle ne réalise pas à elle seule toute la médication spasmodique. Comme le dit juste-

(1) Ce diagnostic a été contrôlé radiographiquement par M. le Prof. Chaumet.

ment Jacques Decourt : « la carence calcique, de même que la diathèse colloïdoclasique, représente l'un des facteurs possibles du déséquilibre neurovégétatif favorisant l'éclosion de réactions spasmodiques viscérales, mais ne saurait, bien entendu, l'expliquer dans tous les cas (7).

***

Après l'exposé des constatations cliniques voici les premiers résultats d'une intéressante expérimentation sur l'animal : le lapin supporte admirablement et sans choc l'injection intraveineuse quotidienne de 5 c. c. de jus de citron calcique dont le pH oscille entre 4,2 et 4,8. Il se produit cependant une sclérose locale des veines : pour cette raison les essais n'ont pas dépassé dix jours consécutifs ; ils sont cependant suffisants pour démontrer l'inocuité de la médication lorsqu'on la prescrit par voie buccale chez l'homme.

Plusieurs lots de lapins furent inoculés par voie intra-cérébrale avec du virus rabique fixe. Avec la souche utilisée les lapins témoins commencent à se paralyser le cinquième jour et meurent le huitième jour.

Après cette inoculation préliminaire, certains lapins reçurent des injections intraveineuses quotidiennes de gluconate de calcium, d'autres furent traités par des injections de vitamine BI, d'autres encore par des injections de vitamine C. Chez tous l'évolution de la rage à virus fixe demeura rigoureusement normale.

Par contre les lapins soumis à des injections intraveineuses quotidiennes de 5 c. c. de jus de citron calcique ont contracté une rage dont la durée d'évolution fut notablement augmentée. Suivant les conditions de température et de pression, selon la durée du contact et le degré de maturité des citrons on a pu obtenir des retards d'évolution de trois à quatre jours. Dans un cas même il s'est produit une survie définitive alors que cinq animaux témoins de la même série mouraient le huitième jour comme il était normal.

Ces essais préliminaires demandent à être poursuivis ; le complexe agissant et dont les variables sont multiples doit être dissocié jusqu'à ce qu'il ait livré le secret de son mécanisme. Ils prouvent en tous cas dès maintenant que la simplicité de cette thérapeutique n'exclut pas sa puissance.

(*Faculté Française de Médecine de Beyrouth*).

BIBLIOGRAPHIE

(1) Mathieu Pierre-Weill et Guillaumin. — La calcémie. Rapport au Congrès français de médecine, Liége, 1930.

(2) F. Mathieu. — Recherches sur l'insuffisance parathyroïdienne expérimentale. *Archives internationales de Physiologie*, 1937, vol. XLIV, fasc. 4.

(3) R. Cultrera. — Ind. Ital. Conserve Aliment. Tome 9, page 9 à 13, année 1934.

(4) Armento (L.), Bentsath (A.), Beres (T.), Rusnyak (St.) et Szent Gyorgyi (A.). *Deut. med. Woch.* 62 p. 1925, 1936.

(5) L. Lumière. — C R. Soc Biologie vol. 1 p. 1453, 1935.

(6) Hasting (A.-B.), Mac Lean (F.-C.), Eichelberger (L.), Hall (G.-L.) et Da Costa (E.). — *J. biolog. chem.* 1934, 107 p. 351-370 ; *ibid.* 107, p. 269.

(7) Jacques Decourt. — Traitement médical des spasmes viscéraux. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, n° 8, 9 octobre 1935.

« Pour bien observer en médecine, comme dans les autres sciences de faits, il faut posséder deux des principales et des plus importantes qualités de l'esprit humain ; savoir, un jugement sain et une logique sévère : un jugement sain pour n'avoir que des idées exactes sur l'objet des sens ations, et une logique sévère pour n'en déduire que des conséquences rigoureuses, non moins que pour réprimer des élans indiscrets d'une imagination trop active, et mettre l'esprit en garde contre toute espèce de prévention. »

(Bricheteau, Clinique médicale de l'Hôpital Necker, 1835.)

« Le doute philosophique et le scepticisme réunis sont d'une grande utilité ; surtout en médecine pratique, science d'observation d'un intérêt général, souvent cultivée par des esprits superficiels, et pourtant remplie de grandes difficultés et susceptible de graver illusion ».

(Bricheteau, Clinique médicale de l'Hôpital Necker, 1835).

CLINIQUE MÉDICALE

Les troubles du développement d'origine hypophysaire (L'hormone somatotrope) (1)

Par M. BARIÉTY

Le rôle de la sécrétion hypophysaire dans la croissance et dans le développement morphologique, qui n'était que soupçonné il y a cinquante ans, est aujourd'hui solidement établi par les données concordantes des méthodes anatomo-clinique et expérimentale.

Chacun des deux lobes de la glande pituitaire assure des fonctions à la fois importantes et variées. Et c'est ainsi qu'on connaît au lobe antérieur, qui seul nous occupera, quatre hormones distinctes par leurs effets physiologiques : l'hormone gonadotrope stimule le développement et l'activité des glandes génitales ; l'hormone thyréotrope contribue à régler la sécrétion thyroïdienne ; le groupe encore imparfaitement analysé des hormones métaboliques préside aux échanges et aux transformations des glucides et des lipides, avec ou sans le concours des surrénales et du pancréas. L'hormone somatotrope, enfin, est celle dont nous allons étudier l'action sur la stature et la morphologie.

***

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que c'est à l'observation clinique qu'on doit la description du premier syndrome d'origine hypophysaire. C'est en 1886 en effet que Pierre Marie décrivit l'acromégalie. Dès 1890, dans la thèse de son élève Souza-Leite, il en soulignait les rapports avec l'adénome de la pituitaire, ouvrant ainsi la voie à toute la physiologie de l'hypophyse. Il y a là un très bel exemple de ce que la physiologie doit, parfois, à la clinique.

Depuis cette époque, d'autres syndromes ont été isolés en clinique et rapportés à des lésions hypophysaires, mais c'est tout récemment que les travaux physiologiques nous ont fait connaître le mécanisme des troubles et la possibilité de les reproduire chez l'animal. La chronologie autant que le souci didactique nous incite à envisager d'abord ces syndromes cliniques et ensuite les notions physiologiques qui aident à les comprendre.

I. L'acromégalie.

Cette affection débute (fait important et sur lequel nous reviendrons) entre 25 et 35 ans de façon fort variable : parfois, c'est la céphalée, ou l'asthénie, souvent c'est l'impuissance, ou encore les modifications du facies, des mains et des pieds qui en marquent le début. Après un temps variable, l'aspect du malade est devenu caractéristique : il existe une hypertrophie du massif facial et de l'extrémité des membres. L'hypertrophie du massif facial (et non du crâne) se traduit par la saillie exagérée des arcades sourcilières, des pommettes, le volume excessif du nez et de la lèvre inférieure, le prognathisme, enfin la macroglossie. La physionomie est hébétée, brutale.

Les mains sont épaissies et élargies sans être notablement allongées : ce sont les mains en « battoir », en « bêche ».

---

(1) Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine, recueillie par M. Roger Lesobre, interne des hôpitaux.

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Concernant le traitement du diabète sucré

I. — Quelques généralités

Le traitement du diabète sucré, à de rares cas d'espèce près, n'a rien de particulièrement difficile à instituer correctement.

Le malade, d'autre part, acceptera d'autant mieux les disciplines nécessaires qu'elles sont immédiatement « payantes ». Le diabète sucré est peut-être, a-t-on pu dire par boutade, la seule maladie où la vertu soit récompensée. En tout cas, c'est une des rares affections contre laquelle nous possédions une arme efficace.

Quelle que soit la nature intime du diabète sucré, et nonobstant qu'il faille sans doute considérer plutôt des états diabétiques qu'une seule et autonome maladie, il est hors de doute que, dans la généralité des faits, tout se passe comme si le trouble plus ou moins profond de l'utilisation glucidique était dû à un déficit d'insuline ou à une inactivation de cette hormone.

Or, nous avons la possibilité de combler le déficit (ce qui correspond aux cas les plus fréquents de beaucoup). et nous commençons de savoir contrebattre les processus inactivants (que l'on peut en quelques circonstances incriminer).

***

L'administration d'insuline est donc la thérapeutique généralement nécessaire et suffisante.

Malheureusement elle souffre, moins peut-être dans l'esprit des malades que dans celui des médecins, d'un préjugé défavorable.

On lui reproche tout particulièrement de coûter cher, ce qui est plus apparent que réel, et je ne sache pas que les médecins aient jamais renoncé à prescrire, ni les malades à acheter, au besoin de leur propre chef, les si nombreuses spécialités inutiles et coûteuses dont nous sommes submergés.

Plus sérieux est le reproche qu'on lui fait de n'être utilisable que par voie parentérale. Cependant, il s'agit là d'une servitude au fond bien légère.

***

Soigner un diabétique, ce n'est pas réduire la glycosurie, ou, du moins, ce n'est pas seulement cela qui est bien peu. *C'est tâcher de le faire vivre (son traitement mis à part), aussi normalement que possible.*

Il faut donc qu'il n'ait pas de glycosurie, ni d'acidose urinaire, mais aussi une glycémie sensiblement normale, des humeurs à peu près « normales » aussi en urée, en cholestérol, en acide urique, en calcium. C'est pourquoi on peut avancer que la plupart des diabétiques dits « gras » ou « florides » pourraient être mieux soignés, car, sous prétexte qu'ils ne sont pas menacés de catastrophe imminente, on les laisse vivre *dangereusement*, et surcharger leurs humeurs en produits nocifs par suite de régimes déséquilibrés. Nombre de complications étiquetés « parentés morbides du diabète » sont, chez ces sujets des complications évitables, des manifestations « de culture ».

Il faut aussi que le sujet puisse avoir une activité intellectuelle et physique suffisante. Il faut qu'il pèse un poids correspondant à celui accepté comme standard pour son type morphologique.

Il est bien difficile, plus de neuf fois sur dix, de réaliser ces désirs très légitimes, sans le secours de l'insuline.

***

On peut avoir à mettre en train un traitement de diabétique en de très variables circonstances. J'envisage ici seulement le cas d'un diabétique, adulte jeune, sans complications majeures, qui est venu consulter, par exemple, pour asthénie et amaigrissement léger ou moyen. Il redoute, bien entendu, la tuberculose qu'on ne manquera pas de rechercher non seulement cliniquement mais radiologiquement puisqu'aussi bien, il n'y a pas incompatibilité entre les deux affections, au contraire. On ne trouve rien de ce point de vue. Par contre, l'examen des urines a révélé la glycosurie (accompagnée ou non des autres signes classiques de la tétrade bien connue, mais bien souvent dissociée). Il n'y a pas ou très peu d'acidose.

Dans ces conditions, on a du champ. Voici comment on pourra procéder. On va mettre le sujet au repos, à un régime équilibré, connu, *pondéral*, comportant environ 100 grammes de glucides, 100 grammes de lipides, 70 grammes de protides (plus des sels minéraux et des vitamines bien entendu).

Voici par exemple, un régime qui correspond à ces désirs, et qui apporte environ 1.600 calories (on sait que 25 calories par kilogramme de poids corporel conviennent parfaitement à un homme au repos) :

Petit déjeuner	Lait	150 gr. (Café Q. S.)
Repas de Midi	Viande rouge grillée	150 gr.
(et du soir)	Pommes de terre	200 gr.
	Beurre	40 gr.
	Fromage	40 gr.
	Fruit (pomme raisin, orange)	50 gr.
	Vin rouge non sucré	un verre

N.B. On peut remplacer la viande par du poisson maigre (200 grammes) et ajouter à ce régime des légumes verts (salade: 100 à 200 gr. par repas suivant appétit, ce qui apporte 48 grammes de glucides en plus).

Après quatre jours de ce régime, on dose, dans les urines de vingt-quatre heures, la quantité de sucre par litre et par jour, on recherche l'acidose (réactions de Gehrardt, de Imbert), avec dosage éventuel, mais généralement inutile. *On repère la glycémie matinale à jeun.* On pèse le sujet.

Différents cas peuvent se présenter :

1° Le sujet est glycosurique avec une glycémie normale ou inférieure à la normale : *diabète dit rénal*, pas d'insuline et même, pas de régime ;

2° Le sujet est glycosurique avec une glycémie au-desssus, de la normale : il s'agit bien d'un diabétique véritable ;

a) Si les réactions d'acidose sont négatives, si l'aspect général est bon (le poids en particulier), si aucune complication ne menace, si l'hyperglycémie est modérée (entre 1 gr. 10 et 1 gr. 50), on peut bien ne pas donner d'insuline, et, *à la rigueur*, essayer de diminuer la glycosurie en diminuant l'apport glucidique. Mais il faut bien se rendre compte que 80 *grammes de glucides constituent un minimum au-dessous duquel n'existe plus de sécurité véritable*, et que, si l'on réduit les glucides, il faudra, ou admettre l'amaigrissement, ou déséquilibrer le régime et risquer l'acidose et les surcharges azotée et lipidique. *Presque toujours, on aura fait un marché de dupe.*

b) *Si l'une quelconque des conditions ci-dessus énumérées n'est pas remplie, il faut administrer l'insuline.*

Le régime indiqué plus haut va servir de point de départ. On peut d'ailleurs renforcer d'emblée sa teneur en glucides, et même on le doit dans trois circonstances : acidose même légère, possibilité de complications infectieuses (furoncles), poids inférieur à la normale. *Il est bien entendu que tous les changements qualitatifs sont permis pourvu que les poids soient respectés* (tables d'équivalences de Labbé, Rathery, Chabanier).

On pourra commencer l'insuline à raison de vingt unités par jour : dix unités immédiatement avant chaque repas, de midi et du soir, si rien ne presse. Sinon, il vaut mieux, par sécurité, commencer par quarante unités (deux fois vingt).

On va suivre chaque jour le chiffre de la glycosurie. On recherchera l'acidose. On pèsera le sujet chaque jour également au début de cette instauration du traitement.

Et ainsi, *en tâtonnant*, mais avec la claire notion des buts à atteindre (qui sont, je le répète, l'aglycosurie, l'anacidose, l'ajustement pondéral, l'abaissement aux environs immédiats de un gramme, de la glycémie, on va, d'abord au jour le jour, puis de semaine en semaine, ajuster régime et insulinothérapie.

Des incidents et difficultés possibles, des cas particuliers, je parlerai dans une prochaine consultation.

Dr Marcel PERRAULT,
Chef de clinique médicale
à la Faculté de Paris.

L'hypertrophie porte sur tous les plans, os et parties molles, justifiant l'expression de main « capitonnée ».

Les pieds présentent des déformations analogues. De plus, la cyphose dorsale est très fréquente, accompagnée parfois d'une voussure du sternum, réalisant alors la double bosse de polichinelle.

Le volume des viscères (cœur, côlon) est parfois augmenté.

L'examen radiographique montre l'épaississement irrégulier des parois osseuses du crâne, l'augmentation du volume des sinus frontaux et maxillaires, l'exagération du ressaut lambdoïdien, habituellement enfin l'élargissement de la selle turcique, avec effacement des apophyses clinoïdes postérieures. Ce dernier signe est dû à l'existence d'un adénome hypophysaire. On comprend la nécessité de le rechercher systématiquement, qu'il existe ou non des signes cliniques de tumeur hypophysaire.

II. Le gigantisme.

Contrairement à l'acromégalie qui débute chez l'adulte jeune, alors que la croissance est terminée, le gigantisme se révèle de bonne heure, soit au moment de la puberté, soit même beaucoup plus tôt. La haute stature des géants est due à l'allongement excessif des membres inférieurs (avec souvent genu valgum), tandis que la tête et le tronc offrent des dimensions normales. Chez ces sujets, les cartilages de conjugaison persistent à l'âge adulte. Enfin, il est de règle d'observer chez eux des signes d'infantilisme : caractère infantile des organes génitaux, absence des caractères sexuels secondaires, parfois même morphologie féminine : seins développés, abdomen arrondi, bassin élargi. Cette association habituelle du gigantisme et de l'infantilisme traduit cliniquement l'antagonisme des hormones somatotrope et gonadatrope que montre aussi leur étude expérimentale.

III. L'infantilisme.

L'infantilisme hypophysaire, décrit par Souques et St. Chauvet en 1911, est à la fois somatique et génital. La taille reste exiguë, les membres sont grêles. Mais si toutes les parties du corps sont réduites, elles conservent cependant entre elles une certaine harmonie. Il s'agit, comme on l'a dit, d'hommes en miniature. L'ossification du squelette est retardée et ce retard porte sur l'apparition des points d'ossification et sur la soudure des cartilages. Les organes génitaux restent infantiles après la puberté, les caractères sexuels secondaires font défaut. Assez souvent s'ajoute à ce tableau un certain degré d'obésité prédominant à l'abdomen, aux fesses, aux hanches, et réalisant alors le type de la dystrophie adiposo-génitale. Ailleurs, au contraire, on remarque une dénutrition accentuée qui rapproche ce syndrome de la cachexie de Simmonds.

IV. Le nanisme ne se confond pas avec l'infantilisme. Sans doute la taille est inférieure à la normale dans l'infantilisme ; mais l'on peut observer un nanisme hypophysaire pur sans infantilisme : le malade de Léri, âgé de 56 ans, ne mesurait que 1 m. 38, mais il était bien proportionné et ses fonctions génitales étaient normales. Il existait par contre des signes cliniques et radiographiques de tumeur hypophysaire.

V. L'acromicrie.

Sous ce nom P. Carnot et R. Cachera ont décrit en 1936 un syndrome caractérisé par un nanisme sans infantilisme, par la petitesse des mains et des pieds contrastant avec le volume normal de la tête et du tronc, par de l'aménorrhée, par de l'obésité. L'observation originale de ces auteurs paraît souligner la dissociation qui peut exister entre la fonction de croissance et l'activité gonadotrope de l'hypophyse puisque pendant six ans les troubles du développement ne furent accompagnés d'aucune insuffisance génitale.

VI. Preuves de l'origine hypophysaire des troubles.

Il est formellement établi que l'acromégalie relève d'une lésion hypophysaire : l'adénome éosinophile. De même le gigantisme qui est dû à la même lésion, mais survenant à un âge différent. On peut admettre aujourd'hui sans restriction l'opinion de Brissaud et Meige selon laquelle le gigantisme est à l'adolescent ce que l'acromégalie est à l'adulte. On conçoit en effet que la sécrétion somatotrope n'agisse pas de même sur des épiphyses fertiles ou soudées.

Pour reconnaître la note hypophysaire, dans les autres syndromes, l'on est amené à rechercher les signes cliniques, radiologiques et biologiques des altérations de la pituitaire. Cliniquement, on attachera une grande importance à la coexistence d'un autre syndrome de la série hypophysaire : diabète insipide, syndrome adiposo-génital, déformations acromégaloïdes. Les signes cliniques des tumeurs de l'hypophyse seront soigneusement recherchés : céphalée naso-orbitaire et surtout signes oculaires (hémianopsie bitemporale, stase papillaire). La radiographie, indispensable, permettra d'étudier les modifications de la selle turcique. Son agrandissement, avec parfois disparition des clinoïdes postérieures, est en faveur d'une tumeur hypophysaire, et ce signe est fréquent dans l'acromégalie et le gigantisme. Assez souvent, au cas d'infantilisme avec syndrome adiposo-génital, on verra des calcifications suprasellaires, indices d'une tumeur de la poche de Rathke. D'autres fois, enfin, la petitesse ou la fermeture de la selle turcique feraient plutôt envisager une aplasie de la pituitaire.

Les épreuves biologiques proposées sont nombreuses mais souvent infidèles, il faut remarquer d'ailleurs qu'elles n'interrogent pas la fonction somatotrope de l'hypophyse.

Le métabolisme de base est parfois abaissé, dans les adénomes chromophobes notamment, l'hyperglycémie provoquée par ingestion de glucose montre souvent une courbe assez spéciale : hypoglycémie à jeun ; diminution de l'aire du triangle d'hyperglycémie dont la flèche est basse et dont la base est courte ; phase d'hypoglycémie plus marquée que normalement. Les variations du brome sanguin et urinaire étudiées par Zondek ne peuvent encore être utilisées en clinique. Le test préhypophysaire d'Aron, basé sur le développement du corps thyroïde et des gonades d'un jeune cobaye par injection d'urine, n'a pas encore été suffisamment éprouvé dans les syndromes d'altération du développement.

VII. L'expérimentation.

Le rôle prééminent que l'on reconnaît aujourd'hui à l'hypophyse lui a été assigné par de nombreux travaux physiologiques. Les méthodes employées sont communes à toutes les expériences sur les endocrines : exérèse, greffe, activité des extraits. Mais il a fallu surmonter des difficultés de technique et d'interprétation toutes spéciales en raison de l'abord chirurgical malaisé, de l'existence de deux lobes glandulaires aux fonctions multiples, de la proximité du cerveau dont les lésions s'expriment parfois comme celles de la pituitaire. Nous ne rappellerons que les grandes lignes de ces acquisitions doctrinales.

En 1909, Cushing puis Aschner pratiquent l'*ablation du lobe antérieur* chez de jeunes chiens et provoquent un arrêt remarquable de sa croissance, un infantilisme, total et permanent. En 1927, P.-E. Smith, opérant sur des rats corrige l'arrêt de la croissance par la *greffe* intramusculaire d'un fragment de lobe antérieur, dont il prouve ainsi le rôle hormonal. Des résultats analogues sont obtenus chez les oiseaux, chez les batraciens.

Restaient à reproduire les syndromes d'hyperpituitarisme, gigantisme et acromégalie, depuis longtemps isolés par la clinique.

En 1916, Robertson obtient une croissance améliorée chez la souris blanche par *injection d'un extrait* lipoïdique de lobe antérieur dénommé par lui téthéline.

Mais surtout de 1922 à 1925, H.-M. Evans et J.-A. Long réalisent un véritable gigantisme du rat par injections répétées, dans le péritoine, d'hypophyse de bœuf finement broyée. L'expérience a été menée à bien chez la salamandre, le têtard, le chien.

L'acromégalie, enfin, fut provoquée expérimentalement par Putnam, Bénédict et Teel, en 1929. Ces auteurs injectèrent

chaque jour dans le péritoine d'un jeune chien, de la septième semaine au onzième mois, un extrait alcalin aqueux de lobe antérieur stérilisé par filtration. Les doses furent progressives de 10 à 75 c. c. On vit alors se développer chez l'animal des malformations prédominant aux extrémités, une hypertrophie de la langue, une saillie de la colonne vertébrale analogue à la cyphose des acromégales. La maturité sexuelle, n'apparut pas. L'autopsie montra, outre une déformation des pièces osseuses chargées d'ostéophytes, une splanchnomégalie qui n'épargnait que la rate et l'hypophyse.

* * *

La reproduction expérimentale des syndromes hypophysaires n'épuise pas le problème pathogénique. Il reste notamment à préciser :

— Le substratum histologique de la sécrétion somatotrope.

— Les rapports de l'hormone de croissance avec les autres hormones du lobe antérieur et celles des autres glandes endocrines.

— La nature chimique exacte de l'hormone.

A la première question, il semble bien que la seule étude anatomo-clinique ait fourni une réponse satisfaisante. On sait qu'il existe dans le lobe antérieur de l'hypophyse trois sortes de cellules : les cellules principales ou chromophobes, les cellules basophiles, les cellules acidophiles ou éosinophiles. Chacune d'elles peut donner naissance à un adénome d'un type particulier, auquel correspond un syndrome clinique propre. L'adénome chromophobe provoque une insuffisance polyglandulaire, de l'obésité, avec atrophie partielle des organes génitaux. L'adénome basophile entraîne l'hyperfonction thyroïdienne, parathyroïdienne et cortico-surrénale, comme aussi l'atrophie testiculaire ou ovarienne (maladie de Cushing). Seul l'adénome éosinophile détermine, suivant l'âge du sujet gigantisme ou acromégalie.

Il paraît donc bien certain que l'hormone somatotrope est sécrétée par les cellules éosinophiles. Et même, tout se passe comme si les grains acidophiles représentaient dans ces cellules le substratum de l'hormone. D'après Policard, ces grains migrent du centre vers la périphérie de la cellule et sont ensuite rejetés à l'extérieur.

Les rapports de l'hormone somatotrope avec les autres sécrétions endocrines constituent un problème très vaste et très incomplètement résolu. On connaît depuis longtemps les troubles de la croissance liés à l'atteinte de la thyroïde, du thymus , des glandes génitales. Il semble que l'hypophyse agisse en « synergie » avec le corps thyroïde et le thymus. Par contre il existe un certain antagonisme entre l'hypophyse et les glandes génitales. La castration ne trouble en rien l'effet des injections d'hormone somatotrope. A l'inverse l'hyperpituitarisme spontané ou expérimental entraîne en règle la diminution des fonctions génitales. Aujourd'hui même, il est permis d'aller plus loin et après les recherches d'Evans, de Zondeck, de Brouha, on peut avancer que cet antagonisme se retrouve entre les deux hormones somatotrope et gonadotrope de l'hypophyse, tandis que les hormones somatotrope, thyréotrope et métaboliques semblent synergiques.

Mais la discussion reste ouverte. Certains auteurs comme Riddle, estiment qu'il n'existe qu'une seule hormone à activité plurivalente. D'autres tendent à multiplier les fonctions de l'hypophyse sans apporter les preuves suffisantes de leur nature hormonale. Pour trancher le débat, il faut attendre l'isolement d'une hormone somatotrope à l'état pur et mieux encore, connaître sa nature chimique.

Collip, Selye et Thomson ont obtenu un produit qui ne contient aucune trace de thyréostimuline, ni de gonadostimuline. Mais il a été impossible d'arriver à l'hormone cristallisée. On sait seulement que son activité disparaît au-dessus de 70º, qu'elle est supprimée par les acides et les bases fortes. Elle contient 15 % d'azote protéique, ce qui laisse penser que l'hormone est de nature protéique ou liée à une protéine.

* * *

Les recherches expérimentales n'ont pas qu'un intérêt doctrinal. Elles ouvrent la voie aux applications thérapeutiques. Celles-ci sont encore limitées du fait de l'isolement insuffisant de l'hormone de croissance.

Les indications doivent tout d'abord être définies ; c'est essentiellement l'infantilisme pituitaire dûment reconnu. Avant de corriger l'insuffisance hypophysaire, il importe d'ailleurs de pratiquer l'ablation ou la destruction radiothérapique de la tumeur s'il en existe une.

L'opothérapie utilise soit des extraits bruts, les seuls qui existent encore en France, soit des préparations américaines renfermant 10 unités-rats par centimètre cube et dont on injecte 2 à 5 c. c. tous les deux jours. La destruction de l'hormone au cours de la digestion impose la voie hypodermique. Les extraits ne doivent pas contenir trop d'hormone gonadotrope, car celle-ci déterminerait l'apparition de la puberté, faciliterait la fermeture des cartilages de conjugaison, limitant ainsi les effets de croissance escomptés.

Il faut savoir aussi que l'activité de l'extrait glandulaire s'épuise assez rapidement, au bout de quelques mois. Il est alors indiqué de compléter ce traitement par les extraits thyroïdiens (5 à 10 cgr. *per os*) et thymiques, en injections sous-cutanées.

Quant aux syndromes d'hyperpituitarisme, gigantisme et acromégalie, c'est suivant les cas à la radiothérapie ou à l'intervention chirurgicale qu'il faudra recourir pour supprimer l'adénome éosinophile du lobe antérieur.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Intolérance pour le lait

On sait combien certains enfant et certains adultes ont un dégoût profond pour le lait, — alors que d'autres en consomment avec avidité. Or il est à la mode dans les pays anglo-saxons de distribuer du lait largement aux enfants des écoles. Un confrère, le Docteur D.-A. Williams (1) a eu l'idée de rechercher les antécédents de cent cinquante élèves d'une école élémentaire qui refusaient le lait donné à l'école. Cent vingt-quatre d'entre eux apparurent allergiques au lait ; ils en présentaient tous les symptômes, après consommation et ils témoignaient d'une profonde répulsion D.-A. Williams a relevé des faits personnels ou familiaux d'allergie chez tous, sauf cinq. Douze avaient de la répugnance pour le lait de l'école qui était pasteurisé en raison de son goût ; cependant cinq d'entre eux étaient allergique ou descendaient d'allergiques. Quinze enfants refusaient le lait pour des raisons sans connexion avec leur santé ; le lait ne leur plaisait pas ; seulement deux d'entre eux avaient des histoires allergiques. Sur quarante enfants normaux consommant le lait sans effets fâcheux et examinés aux fins de contrôle, quatre seulement avaient un passé allergique personnel ou familial. Encore que le mouvement populaire en faveur d'un accroissement de la consommation du lait soit louable, D. A. Williams insiste sur ce que tout le monde ne peut impunément en user. Le refus ou, même, le dégoût de nombreux enfants, pour le lait de l'école, doit être pris en sérieuse considération. Cette répugnance est probablement une défense naturelle contre des réactions allergiques pénibles peut-être en rapport, d'ailleurs, avec le développement graduel d'une immunité au lait. Il n'est pas rare, en effet, que la désensibilisation survienne après une suppression prolongée de cet aliment et le degré de tolérance varie, souvent, avec l'intervalle. Ainsi, donc, on ne doit pas obliger les enfants à absorber du lait et il convient, éventuellement, de leur en supprimer l'usage.

* * *

L'étude de ces intolérances au lait pourrait se compléter heureusement par une enquête étiologique. Quelles hérésies culinaires et, surtout, quels incidents de l'allaitement — au sein ou au biberon — doivent être considérés comme responsables de ces dégoûts instinctifs.

(1) Milk Allergy in School Children. *British Medical Journal*, Londres, 28 novembre 1936, p. 1067.

Dans cet ordre d'idées, j'ai lu avec un intérêt extrême une observation de Clarence BERNSTEIN et Julius GINSBERG où une sensibilisation au lait apparût après une lacto-protéinothérapie (1).

Une jeune allemande entre dans le service pour asthme. Jamais elle n'avait eu de crise d'asthme dans sa patrie ni à Chicago au cours des deux ans qui précédèrent son admission à la clinique, mais elle avait eu des rhumes des foins. La respiration était difficile. Des tests dermiques la montraient sensible aux pollens de plusieurs végétaux. Elle présentait des signes pulmonaires, mais sans bacilles dans les crachats. Wassermann négatifs. En raison d'une idiosynchrasie à l'iode et de l'inefficacité d'autres médications, elle fut soumise à l'emploi du lait dégraissé : la cure fut commencée par des injections intradermiques de 0,02 c. c. progressivement élevées à 0,7 et 0,8 c. c., puis ramenées, en raison de réactions locales, à 0,6 c. c. Au cours de la dix-neuvième semaine, sa vingt-septième injection de 0,4 c. c. détermina une crise d'asthme sévère et un état de schock très accusé, contre lequel on dût recourir à l'éphédrine.

La reprise, un mois après cette alerte, d'une injection de 0,2 c. c. détermina un disque inflammatoire de 2 centimètres de diamètre.

La patiente fut soumise, alors, à l'action de polyvaccins et ne s'améliora légèrement que par l'emploi d'un sérum de mammifère non spécifique. Repartie pour l'Allemagne, elle a été perdue de vue.

On fit des recherches expérimentales sur les laits injectés. Il y avait deux préparations, A et B. La première est constituée par un lait dégraissé et digéré. Des injections veineuses de 0,8 c. c. furent pratiquées sur des cobayes deux fois par jour, durant une décade. Au bout de trois semaines, le test cutané était nettement positif. Alors, une injection de 0,8 c. c. détermina rapidement une anaphylaxie mortelle. Cette même expérience, exécutée sur cobayes avec un échantillon d'un autre lait A, moins riche en protéine donna un résultat négatif. Le manque de sensibilisation est dû soit à l'abaissement du taux en protéine, soit à une possibilité de sensibilité différente chez l'animal.

Le produit B, « lait dégraissé stérilisé », dont la teneur de protéine était très élevé, produisit sans exception sensibilisation et anaphylaxie mortelle.

Les données, fournies par la clinique ainsi que par l'expérimentation, sont donc, de nature à faire redouter de dangereuses sensibilisations à la suite de l'emploi de protéine comme moyen de thérapie parentérale non spécifique. Si la protéine a d'étroits rapport avec celles du régime alimentaire, il est préférable de lui substituer un produit différent pour éviter le risque de contre-sensibilisation (vaccin thyphoïde, par exemple).

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre 1937

Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. — ***M. Moure*** rapporte deux observations de ***M. Errard*** (Vendôme) concernant des abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. Une intervention avec un large drainage permit la guérison.

Cette complication est particulière aux femmes, le diagnostic se pose avec la salpingite suppurée. La cystoscopie et peut être la radioscopie celle-ci montrant la position du cæcum, permettent le diagnostic. La thérapeutique sage est le drainage de l'abcès appendiculaire, sans qu'on doive essayer de suturer la vessie.

Ulcère perforé de l'intestin grêle. — ***M. Davidovic*** (Belgrade), intervenant pour un syndrome brutal douloureux de l'abdomen, constata l'existence d'un ulcère perforé de l'intestin grêle. Malgré le développement d'abcès sous-phréniques ultérieurs, la guérison fut obtenue. Un autre cas semblable d'ulcère perforé de l'intestin grêle fut observé par le même auteur.

Ces ulcères siègent en général sur la première anse jéjunale. Assez souvent un effort violent est à l'origine de la perforation. Les antécédents existent aussi, de type gastrique ou intestinal, mais toujours vagues. La perforation est en règle le premier signe de l'affection. Le résultat de cette perforation est en général très grave (Caby 134 cas, presque tous morts). Rapport de M. GRÉGOIRE.

Drainage chirurgical du rein. — ***M. Heitz-Boyer.*** — Il faut dans la plupart des interventions sur le rein obtenir l'évacuation de la sécrétion urinaire et des caillots et débris tissulaires, pouvoir laver les cavités rénales, et enfin faciliter les soins post opératoires. ***M. Heitz-Boyer*** a mis au point une technique de drainage trans-rénal longitudinal inférieur, qui a l'avantage d'assurer le drainage au point déclive, et d'éviter les fuites d'urine après l'intervention tout en permettant son maintien parfait.

La technique implique l'ouverture première du bassinet. Un clamp courbe est introduit jusqu'au pôle inférieur du calice inférieur sur la saillie du clamp on incise par couches successives le tissu du pôle rénal inférieur, et on fait pénétrer le drain.

Le drain sera préparé suivant le calibre du calice repéré par la pyélographie. La place même du drain sera variable, tantôt l'extrémité sera dans le bassinet, tantôt dans le calice supérieur. Il faut fixer le drain au rein, et aux plans cutanéo-musculaires. L'auteur emploie ce mode de drainage étanche dans nombre des interventions conservatrices sur le rein alors qu'autrefois on était obligé de laisser tout ouvert ou de drainer par le calice moyen.

Les indications sont : la néphrostomie d'urgence en cas de pyonéphrose les néphrostomies de dérivation et surtout dans les cas de lithiase rénale infectée et d'hydronéphrose infectée ou non. La chirurgie conservatrice est facilitée énormément par le drainage trans-rénal.

Les soins post-opératoires sont beaucoup plus faciles. Dès après l'opération, fonctionnement immédiat de la sécrétion rénale ; possibilité de lavages du rein, et enfin et surtout, étanchéité du drainage.

Dans les grosses hydronéphroses, M. Heitz-Boyer repose le rein à sa place normale, réseque le bassinet, et enfin bascule le rein afin qu'il se vide par la seule action de la pesanteur.

Enfin très souvent l'auteur met une sonde urétérale qui réalise un drainage pré-opératoire, et qui permet après l'opération de doubler le drainage trans-rénal et de faire des lavages à grand circuit.

Tumeur du poumon. — ***M. Lafitte*** (Niort), a eu l'occasion de trouver chez une malade une tumeur intrapulmonaire opaque à la radiographie. La malade avait eu deux hémoptysies à quelques ans de distance. L'intervention montra une masse dure, intraparenchymateuse, sans pédicule, facile à enlever. Comme seule complication post-opératoire, il y eut un épanchement pleural à pneumocoques. Histologiquement il s'agissait d'un embryome tératoïde.

M. Okinczyc a observé une tumeur intrapulmonaire qui à la radioscopie semble un kyste hydatique. L'intervention permit l'évacuation de la poche, mais non son ablation. Il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Maladie de Besnier-Boëch. — Cette affection présente une triade symptomatique faite de lésions cutanées, de lésions ganglionnaires et de lésions osseuses. Ces dernières lésions sont intéressantes à connaître pour le chirurgien qui peut avoir à en faire le diagnostic. Macroscopiquement il s'agit de lésions polydactylite : kystes osseux multiples, fractures spontanées. Les lésions des parties molles des doigts ressemblent au spina ventosa. L'évolution se fait en règle vers l'amélioration spontanée.

Histologiquement on constate une infiltration lymphoïde avec réaction épithéliale sans spécificité.

Au point de vue pathogénique ce ne sont ni des lésions tuberculeuses, ni des lésions syphilitiques. On hésite encore sur la pathogénie vraie de cette affection. (***MM. Moulonguet, Caraven, Lafitte***).

M. Sénèque estime que la maladie de Besnier-Boëck n'est souvent qu'un rhumatisme tuberculeux type Poncet. Un malade vu par lui et présentant les caractéristiques de l'affection a vu ses lésions aggravées en même temps que le malade faisait une tuberculose pulmonaire évolutive.

J. CALVET.

(1) Clarence BERNSTEIN et Julius-E. GINSBERG. - Sensitization to milk as a result of its use in nonspecific foreign protein therapy. *Journal of the American Medical Association*, vol. 108, 16 janvier 1937, p. 193.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1937

Méningite cérébro-spinale grave avec méningococcémie. Guérison par l'endoprotéinothérapie. — *MM. Roger Cattan* et *P. Fort* présentent l'observation d'une femme de 39 ans atteinte de méningite cérébro-spinale. Les ponctions lombaires et les hémocultures permirent d'identifier le méningocoque B. Cette malade reçut 1.285 c. c. de sérum par les voies sous-cutanée et intra-rachidienne. Elle fut également traitée par un abcès de fixation, des injections de vaccin antiméningococcique et des injections intra-veineuses de jaune d'acridine.

Devant l'échec complet de ces médications, le quarante-cinquième jour de la maladie, on injecte un demi c. c. par voie intra-musculaire et un quart de c. c. par voie intra-rachidienne d'endoprotéine méningococcique. La guérison survint après un choc d'intensité moyenne. Les auteurs insistent sur la gravité extrême de la maladie qui fut ainsi guérie en moins de quarante-huit heures.

M. Apert a observé une septicémie à méningocoques avec purpura traitée par le sérum. Quelques jours après la guérison survint une fièvre typhoïde au cours de la convalence à méningocoques. Celle-ci fut jugulée en quarante-huit heures par l'endoprotéinothérapie.

M. Lemierre se rappelle cinq cas de méningococcie traités avec des résultats remarquables par l'endoprotéinothérapie. Il ne croit pas à l'efficacité actuelle du sérum antiméningococcique, mais il faut cependant ne jamais injecter d'endoprotéine aux malades n'ayant pas reçu de sérum préalablement. Le traitement par l'endoprotéine ne doit pas, sous peine d'échec, être entrepris avant le quinzième jour de la maladie.

M. Cathala, tout en reconnaissant l'utilité incontestable de l'endoprotéine, s'élève contre cette opinion que la sérothérapie pourrait n'avoir aucune efficacité.

M. Lemierre ne nie pas que bon nombre de malades traités par le sérum guérissent, mais il n'est pas sûr que ce soit la sérothérapie qui amène la guérison.

M. Marquézy fait remarquer que les deux seuls sérums antidiphtérique et antitétanique sont actifs indubitablement ; l'efficacité de tous les autres sérums peut être discutée. Si au cours du traitement d'une méningite cérébro-spinale par le sérum, il n'y a pas amélioration très rapide, après deux ou trois injections, il faut mettre en œuvre une autre thérapeutique. L'endoprotéine ne doit être employée que chez un malade déjà sensibilisé ainsi qu'en témoigne l'intradermo-réaction positive. La chimiothérapie compte à son actif de beaux résultats. L'abcès de fixation agit surtout dans les méningococcémies. Il est très important de multiplier les ponctions pour évacuer le pus.

M. Lesné insiste également sur la nécessité de répéter les ponctions. Chez l'enfant, l'endoprotéinothérapie ne lui paraît pas être beaucoup plus efficace que la sérothérapie. Chez le nourrisson, la mortalité est toujours considérable.

M. Hallé note la variabilité des épidémies suivant les années, rendant difficile l'appréciation de l'efficacité des diverses méthodes de traitement employées.

M. Rist se demande si les échecs de la sérothérapie ne seraient pas explicables par l'inadaptation du sérum au type de méningocoque en cause. Il a constaté aussi des échecs de la sérothérapie ces dernières années, mais il garde le souvenir des magnifiques résultats obtenus peneant la guerre par le seul sérum, rendant indubitable son efficacité.

M. Apert a constaté un cas de guérison spontanée chez un nourrisson de 4 mois.

M. Pagniez a observé pendant la guerre des méningites cérébro-spinales traitées tardivement et indiscutablement guéries par le sérum entre douze et vingt-quatre heures.

M. Lemierre regrette que les résultats obtenus actuellement ne soient plus aussi constants.

M. Fiessinger est du même avis.

M. Jansion pense que certains échecs peuvent l'expliquer par une associations de germes.

Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques B chez le nourrisson : guérison après traitement par la para amino-phényl-sulfamide. — *MM. Weill-Hallé, J. J. Meyer* et *R. Tiffeneau* rapportent la première observation recueillie en France de méningite cérébro-spinale à méningocoques traitée par la sulfamide ou ses dérivés et font l'historique de la question.

Chez un enfant de 13 mois, atteint de méningite cérébro-spinale à méningococciques B, ils ont utilisé la para-amino-phényl-sulfamide (1162 F). Après un début septicémique avec purpura, des signes méningés ont paru au troisième jour de la maladie. Après injection de 20 c.c. de sérum polyvalent, on donne le quatrième jour 1 gr. 50 de para-amino-phényl-sulfamide en trois prises espacées de huit heures ; moins de vingt-quatre après la première prise, la température tombe définitivement à 37°. En moins de quarante-huit heures, le liquide céphalo-rachidien purulent devient liquide et stérile.

Les auteurs insistent sur cette rapidité d'action, sur l'emploi exclusivement buccal de la sulfamide, car l'expérience montre que la sulfamide, même par voie digestive, passe suffisamment dans le canal rachidien.

Après avoir précisé doses et indications chez l'adulte et chez l'enfant, les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement précoce et sur la réduction progressive du médicament, même après guérison apparente.

Ils discutent enfin l'association de la sérothérapie et de la chimiothérapie antiméningococcique qui donnerait expérimentalement des résultats supérieurs à l'emploi exclusif de l'une des deux médications.

M. Lemierre note la possibilité d'accidents toxiques après cette médication.

M. Milian fait remarquer les excellents résultats obtenus par ce médicament dans le traitement de la blennorragie aiguë et chronique.

M. Jausion fait quelques réserves sur la rapidité de la guérison obtenue, il met en garde contre la possibilité d'accidents toxiques.

M. Benda ajoute que l'on n'obtient des résultats durables dans la gonococcie que si l'on fait en même temps des lavages.

M. Huber a obtenu, à l'aide de ce même médicament, la guérison rapide d'une septicémie à streptocoques extrêmement grave. Il souligne les inconvénients qui peuvent survenir au cours du traitement.

Chimiothérapie de la méningite cérébro spinale à méningocoque. — *MM. Armand-Delille, Lestocquoy, R. Tiffeneau, Wolinetz* et *J.-J. Meyer* rapportent un cas de guérison d'un enfant de 4 ans atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques B, traitée par le para-amino-phényl-sulfamide. Le traitement fut pratiqué uniquement par la voie buccale à dose élevées mais pendant un temps très court (trois jours seulement). La guérison fut remarquablement rapide. Trente-six jours apres le début, le liquide céphalo-rachidien qui primitivement était purulent et contenait des méningocoques, était devenu stérile et seulement louche, et moins de quatre jours après le début du traitement, le liquide était devenu totalement clair, ne contenant que quelques rares polynucléaires.

Anémie grave dysphagique (syndrome de Plummer-Vinson). — *MM. J. Lebon, Manceaux, Fahrain* et *Fabrefort.*

Maladie de Hodgkin avec ramollissement des ganglions axillaires. — *MM. Pr. Merklen, H. Gonnelle* et *J. Warter.*

Syndrome protubérantiel inférieur et condylo déchiré postérieur au cours d'une tuberculose pulmonaire. — *MM. A. Germain* et *A. Morvan.*

Un cas nouveau de lipomatose symétrique associée à un double mal perforant plantaire. — *MM. E. Gouvion, H. Audoyer* et *L. Chevalier.*

Cholestérorachie et méningite tuberculeuse. — *MM. A. Germain* et *R. Babin* ont dosé le cholestérol dans le liquide céphalo-rachidien de méningites tuberculeuses par la technique de Grigaut adaptée ; ils ont trouvé des taux allant de 0 gr. 01 à 0 gr. 20 p. 1.000, alors que le liquide céphalo-rachidien normal n'en contient que des traces (0 gr. 001 p. 1.000), inappréciable calorimétriquement. Ce cholestérol leur apparaît un témoin de la lyse des galacto-lipides cérébraux, et ils soulignent l'intérêt diagnostique et pronostique de l'hypercholestérorachie dans la méningite tuberculeuse.

Erythème marginé rhumatismal. — *MM. A. Pallé* et *H. Massot* (Rennes) ont observé un cas typique d'érythème marginé rhumatismal évoluant pendant plusieurs mois chez un homme de 33 ans, atteint de myocardite. Ils insistent sur la rareté de l'éruption par rapport à la grande fréquence de

la maladie de Bouillaud, surtout chez l'adulte et sur la constance de l'atteinte cardiaque associée.

Ils n'ont pu mettre en évidence un état septicémique et, frappés par la ressemblance de l'éruption avec certains érythèmes de la maladie du sérum, se posent la question de sa nature allergique.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du samedi 23 octobre 1937

Maladie de Morton. — *M. Wallet* présente une opérée chez laquelle pour guérir une maladie de Morton par affaissement de la voûte plantaire antérieure, les 2e, 3e et 4e têtes métatarsiennes ont été réséquées afin de rétablir l'appui moral sur la première et la cinquième tête. Le résultat datant de six mois paraît actuellement excellent.

M. Dupuy de Frenelle félicite l'auteur du beau résultat obtenu.

Contribution à l'étude de la digestion gastrique. — *M. Lematte* dans cette deuxième note a étudié les facteurs et éléments chlorés du suc gastrique. Il expose la méthode qui permet d'avoir des chiffres exacts pour l'acide HCL libre et l'HCl combiné aux aliments tels que l'estomac les fournit au moment du tubage.

L'analyse n'est pas complète si on ne connaît pas la grandeur de la protéolyse. On la mesure avec la formol-titration.

L'auteur a composé un suc gastrique qu'il fait agir sur du pain insalivé. Les chiffres obtenus pour les éléments chlorés et acides sont tout à fait différents de ceux de la méthode de Winter. Ils correspondent au statisme du liquide. Pour avoir une analyse quantitative, il faut évaluer la quantité totale du suc qui existe dans l'estomac au moment du tubage. Lematte discute une formule qui permet de résoudre ce problème.

M. Gauthier insiste sur les hypersécrétions et les hyperchlorhydries retardées.

Diagnostic des métrorragies par l'hystéro-salpingographie. — *M. Jean Dalsace* rapporte les résultats de 131 hystéro-salpingographies pratiquées pour métrorragies. Avant la ménopause 85 observations comprenant 52 cas de lésions chirurgicales (61 %) dont 7 cancers du corps et 33 métrorragies de cause médicale ou fonctionnelle. Après la ménopause 46 observations comprenant 21 cancers du corps soit : 46 %. Ces observations montrent que si le cancer du corps n'est pas rare avant la ménopause, il ne constitue pas après celle-ci la cause unique des métrorragies.

L'hystéro-salpingographie donne seule, près de 80 % de diagnostics exacts, elle évite un grand nombre de curettages inutiles ou dangereux. Quand le curettage s'impose, d'aveugle, il se transforme en une intervention bénigue dirigée sur suspect de la muqueuse utérine,

M. Marcel vante également les bons effets de la méthode. un point qui ne présente pratiquement aucun danger.

M. Petit de la Villéon fait au contraire quelques réserves.

M. Bloch Wormser n'a jamais eu d'incidents pour sa part.

Les dangers et les complications de l'onanisme chez l'homme. — *M. Georges Luys* attire l'attention sur les conséquences lointaines engendrées par l'onanisme chez l'homme et dont on ne connaît pas assez les dangereuses répercussions

Il analyse successivement les lésions anatomiques constantes que l'on rencontre dans l'urètre postérieure et qui souvent provoquent l'hypertrophie de la prostate.

Tous ces malades atteints de spermatocystite chronique très difficile à guérir et qui par le fait même de leur développement aboutit fatalement au prostatisme. C'est du reste là un élément de démonstration qui vient confirmer la conception de l'auteur au sujet de la pathogénie de l'hypertrophie de la prostate. La spermatocystite chronique précède en effet toujours et aboutit au prostatisme.

Le traitement doit être prophylactique, en mettant tout d'abord l'enfant pubère en garde contre l'onanisme. Le traitement des lésions confirmées se résume dans le traitement habituel des spermatocystites.

M. Papillon se demande si l'onanisme est véritablement bien cause d'infection et d'hypertrophie de la prostate.

M. Marcel estime que l'onanisme amène à l'impuissance, mais ne pense pas qu'il soit cause de l'hypertrophie prostatique même chez les jeunes.

M. Pecker demande à *M. Luys* ce qu'il faut entendre exactement par onanisme et fait remarquer que c'est souvent la lecture de livres médicaux ou soi disant tels qui conduisent les jeunes gens à l'impuissance et à la neurasthénie sexuelle.

Les petites hémogénies. — *M. Grain* montre que la recherche systématique du temps de coagulation met en lumière le nombre considérable des petites hémogénies, 50 % des cas examinés par l'auteur. Indépendantes de la situation sociale l'organisme considéré, elles reconnaissent pour origine l'intoxication de la cellule hépatique par les gaz d'échappement des moteurs à explosion et à combustion.

Fistule vésicule après cystostomie pour cystite aiguë à colibacilles. Injections d'ozone dans les côlons. Assèchement et cicatrisation rapides du trajet fistuleux. — *M. Aubourg* montre qu'un traitement d'ozone intestinal et surtout cæcal est le plus souvent suffisant pour diminuer ou faire disparaître les accidents et complications de la colibacillose. Au cours d'un traitement, un élément favorable de pronostic est donné par la diminution progressive, puis la disparition des polynucléaires urinaires qui accompagnent les colibacilles.

M. Schneider appuie les conclusions de l'auteur car il a connu le malade au sujet duquel est faite la communication.

M. Grain se propose d'essayer ce traitement dans les rhinites à colibacilles.

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Ictères et cholestérolémie

De l'étude d'une série de cas : dix, d'ictère infectieux fébrile, seize, d'ictère infectieux bénin, dans lesquels le dosage du cholestérol a été pratiqué, M. Melnotte tire les conclusions provisoires suivantes (*Paris Médical*, 30 octobre 1937) :

« **L'hypocholestérolémie** se rencontre à la phase initiale de *tous* les ictères ; leur échelle de gravité en règle seulement l'intensité et la durée, qui peuvent dès lors apporter des éléments importants pour en faire le pronostic.

L'hypocholestérolémie se rencontre dans une deuxième phase tardive de tous les ictères ; par l'ambiance clinique qui l'accompagne, elle peut-être envisagée comme une réaction de défense plus ou moins intense ou plus ou moins prolongée ; elle mesurerait non pas un déficit hépatique, peut être une « hyperhépatie », ou tout au moins une reprise d'activité de l'organisme.

Ainsi serait rétablie entre les divers groupes d'ictères cette concordance humorale que justifient leur unité physiologique et leur unité anatomo-pathologique ».

Le traitement des kystes hydatiques suppurés du poumon par les injections intraveineuses d'alcool

MM. Tsamboulas et Sotiriou (*Paris Médical*, 30 octobre 1937) ont eu l'occasion de traiter par des injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100 deux malades porteurs d'un kyste hydatique suppuré du poumon droit avec image radiologique typique. Les résultats thérapeutiques ont été très démonstratifs puisque la guérison a été obtenue en quinze jours seulement.

Le traitement de la pelade

D'après M. Albeaux-Fernet et Mme Monbrun-Pilliet (*La science médicale pratique*, octobre 1937), le meilleur consisterait dans l'emploi d'injections intradermiques locales de substances vaso-dilatatrices à l'exclusion de tous autres soins d'ordre local et général.

Ces auteurs emploient la méthylacétylcholine. Ils injectent au centre de la plaque à l'aide d'une seringue de Barthelemy et d'une aiguille très fine à biseau long, en injection strictement intradermique, 1/20e de centimètre cube d'une solution stable de méthylacétylcholine dosée à 4 milligrammes par centimètre cube.

Lorsque la plaque est très étendue, ils font plusieurs injections. Le but est de déterminer la congestion active de toute la surface alopécique ; nous faisons ainsi trois à quatre injections pour une plaque de huit à dix centimètres de diamètre.

Les injections sont faites deux fois par semaine.

La zone injectée devient rouge, tuméfiée avec phénomène d'horripilation et sensation de picotement ,parfois de brûlure, n'excédant pas quelques minutes et toujours parfaitement supportable ; le centre de la zone injectée est blanc sur une étendue de deux centimètres environ pendant dix minutes.

On n'a jamais observé d'accident local ou général.

Vers la deuxième ou troisième injection apparaissent quelques poils follets et blancs.

Mais, par la suite, les poils deviennent plus foncés ; leur diamètre et leur résistance à la traction augmentent et, vers la cinquième ou sixième injection, on peut arrêter les injections : le processus de repousse se fait progressivement. Les cheveux ont une teinte normale quinze jours plus tard.

Cette repousse se fait sur toute la surface de la plaque peladique si l'on a pris soin d'obtenir, par des injections suffisamment nombreuses, une vaso-dilatation dans toute l'étendue de la zone alopécique.

Si l'on a injecté que le pourtour, ou une région latérale seule, les cheveux n'apparaissent qu'en ces régions ; il faut alors pratiquer encore quelques piqûres intradermiques.

Radioscopie systématique et tuberculose pulmonaire

La radioscopie systématique appliquée à tous les individus des deux sexes dès l'âge scolaire jusqu'aux premières années de l'âge adulte apparaît à MM. Jullien, Sieur et Dutrey (*Revue d'hygiène et de médecine préventive*, octobre-novembre 1937) comme le « coup de râteau » indispensable et périodiquement renouvelable : elle doit ramener aux médecin du dispensaire ou à leur médecin particulier pour examens complémentaires les porteurs d'une lésion avérée et suspecte qui, sans ce coup de râteau, ne seraient jamais allés les trouver.

Dans toutes les collectivités d'enfants, depuis les crèches jusqu'à l'adolescence, le dépistage systématique des tuberculeux, ayant pour geste initial l'examen radiologique, doit s'étendre à tout le personnel de tout âge, technique ou d'exploration, qui gravite autour d'eux pour les soigner ou les instruire.

Données nouvelles sur la sérologie de la fièvre typhoïde

M. Paul Hauduroy les expose (*Presse médicale*, 30 octobre 1937) et en montre l'intérêt au point de vue pratique.

« Elles conduisent, en effet, à une modification profonde de la technique du diagnostic sérologique de la fièvre typhoïde. Le fait remarquable, révélé par Widal, de l'agglutinabilité des bacilles d'Eberth par le sérum des typhiques, l'application qu'il a su en faire à la clinique humaine, ont rendu, depuis quarante ans, des services incalculables à la médecine et restent toujours vrais. Mais sous l'influence de l'évolution de nos connaissances on croit s'apercevoir maintenant que la technique telle qu'elle était utilisée donnerait au moins 20 pour 100 de résultats faux (Robertson et Yu) et Kauffmann, dont l'autorité en la matière ne peut être contestée, a pu écrire que : « l'emploi de souches typhiques vivantes, fraîchement isolées, et l'agglutination à 37°, sont entièrement erronés ». Cette affirmation est particulièrement grave puisque la technique incriminée est celle qui est suivie par la plupart des laboratoires en France. »

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur un antispasmodique d'action physiologique originale

Par le Docteur Édouard BERNAUD

La contraction spasmodique de la musculature lisse est à la base de beaucoup d'états douloureux, notamment de ceux ayant pour siège les tractus digestifs ou urinaires. Il résulte, en effet, de nombreuses remarques faites ces dernières années que le principal élément dolorifique de la lithiase hépatique ou rénale est beaucoup plus dans la contraction du cholédoque, de la vésicule ou de l'uretère que dans la présence du calcul lui-même. Une vésicule bourrée de calculs peut être absolument indolore, mais une vésicule, même sans calculs, qui se contracture au cours d'une crise infectieuse, détermine de vives douleurs. Ce qui fait l'atroce douleur de la colique hépatique, c'est surtout la contraction spasmodique du cholédoque ; si celle-ci est supprimée, la migration du calcul — de ce fait facilitée et plus rapide — ne se manifeste plus que par une douleur sourde et tolérable. Il en est de même de la colique néphrétique. De même encore dans l'ulcus gastrique ou duodénal, où les douleurs sont conditionnées par le spasme du pylore ou du duodénum que détermine le contact des aliments. Dans un autre ordre anatomo-pathologique, c'est presque toujours dans la contraction d'un utérus en flexion ou d'une trompe sténosée que se trouve l'origine de la douleur dysménorrhéique, amplifiée par l'hyperesthésie para-sympathique.

Il y a donc le plus grand intérêt, aussi bien du point de vue symptomatique et analgésique que du point de vue traitement fondamental, à faire cesser le spasme qui complique un certain nombre d'affections et qui, pour quelques-unes d'entre elles, est une cause certaine de paroxysmes douloureux et d'aggravation.

On peut agir de deux façons sur la musculature lisse : par paralysie de son innervation — ainsi agit l'atropine — ; par action calmante directe sur l'excitabilité même de la fibre — ainsi agissent les opiacés et notamment la papavérine. C'est par conséquent à une double médication par l'atropine et les opiacés qu'il semble opportun de s'adresser, mais, en fait, si cette médication est efficace, elle n'est pas sans avoir les inconvénients des effets secondaires des deux médicaments et elle trouve là ses limites.

Un médicament qui posséderait ces deux actions conjuguées, cette double prise sur le système nerveux et sur l'excitabilité propre de la fibre, et n'ayant ni la toxicité de l'atropine — se manifestant parfois avec des doses très minimes et qui est cause des troubles secondaires qui accompagnent toujours son emploi — ni les inconvénients des opiacés, semble donc appelé à rendre d'éminents services.

Ces propriétés se trouvent réunies dans un corps réalisé de toute pièce par voie de synthèse, l'éther diéthylamino-éthylique de l'acide diphénylacétique, dont le chlorhydrate, dénommé aussi adiphénine, trasentine, sel soluble dans l'eau, se prête parfaitement à l'administration médicamenteuse par voie buccale ou parentérale.

Cette substance, dont l'étude pharmacologique a précisé le mode d'action, sur les divers organes de la vie végétative, agit électivement sur tous les appareils à musculature lisse : tube digestif, voies biliaires, urinaires, salpingiennes, respiratoires, etc. Son action se rapproche tout à la fois de celle de l'atropine et de celle de la papavérine, mais de l'atropine il n'a pas les effets secondaires sur le cœur, sur la pupille, sur l'accommodation et les sécrétions. Son administration n'est pas accompagnée, comme avec cette dernière, de palpitations, de troubles de la vue, de sécheresse des muqueuses.

Sa posologie peut être fixée, par voie buccale de 15 à 45 centigr. par jour, pouvant être administrés sous forme de comprimés de 7 centigr. 50 en deux ou trois fois. Par la voie rectale on peut donner 10 à 20 centigr. par jour, en un ou deux suppositoires de 10 centigr. On peut également recourir à la voie sous-cutanée et injecter une ou deux ampoules de 7 centigr. 50.

Il semble que l'action pharmacodynamique de ce corps est d'une remarquable constance, qu'elle ne donne pas lieu à accoutumance, de telle sorte que les traitements prolongés gardent toute leur valeur, ce qui est très important au point de vue curatif d'affections longues exigeant des soins continus. L'action antispasmodique et calmante se manifeste dès une demi-heure après l'administration par voie buccale ou rectale ; plus rapidement, au bout de 10 ou 15 minutes, après injection. C'est surtout par l'analgésie que se traduit pour le malade l'activité de ce médicament et l'on constate ordinairement chez les patients éprouvant les plus vives douleurs des affections précitées un retour rapide au calme et au repos.

Mais l'étude clinique de ce corps est encore assez récente et l'on est en droit d'espérer qu'elle se révèlera féconde en résultats chez tous les malades présentant un tableau nosographique où la spasticité joue un rôle prépondérant.

La musique a été relevé dans onze observations de CRITCHLEY comme cause provocatrice d'attaques épileptiques et, le plus habituellement, comme seule cause. (*Brain*, 1937, t. 60, p. 13.)


Par ces temps de froid,
veuillez penser au
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
VIVOLÉ
HUILE DE FOIE DE M
SPÉCIAL
Vivoléol
JEP. CARRÉ PARIS

Echos et Glanures

Organisation de la médecine. — *L'organisation de la médecine est une nécessité, dit M. Henri Grenet. Et voici comment il envisage le problème* (*De la profession médicale*, CAHIERS LAENNEC, juillet-septembre 1937) :

La médecine, tout en gardant le caractère personnel que je lui reconnais comme nécessaire, doit être organisée : il importe, en effet, que certaines règles, d'ordre moral surtout, qui ne peuvent relever de la loi civile, soient édictées, et que l'application en soit imposée. Seule la constitution d'une Corporation ou plutôt d'un Ordre (1) permettra d'atteindre ce but. Il convient de rappeler le nom de LA TOUR DU PIN en tête de toute étude sur les corporations.

SYNDICATS MÉDICAUX ET ORDRE DES MÉDECINS. — Certains pensent que l'Ordre des médecins pourrait être très rapidement constitué, qu'il existe en quelque sorte à l'état virtuel : il suffirait de rendre obligatoire l'affiliation aux syndicats médicaux, dont les règlements deviendraient les règlements de l'Ordre lui-même. C'est l'opinion que soutient P. Cibrie, qui est d'ailleurs un vigoureux défenseur de l'Ordre. « Les syndicats médicaux tout particulièrement, dit-il, se sont attachés de plus en plus à réaliser dans leur sein comme une maquette de l'Ordre à venir. Leurs Conseils de famille, constitués avec un soin scrupuleux d'hommes expérimentés et droits, ont bien souvent rempli le rôle même d'un Ordre... Mais ne conviendra-t-on pas que, si appliqués que soient les syndicats, trop de choses encore leur échappent, et surtout encore trop de médecins. Le syndicat n'est pas obligatoire ; s'il l'eût été, la solution était simple... S'il nous est permis de regretter qu'une telle solution ne puisse intervenir, nous aurions tort d'insister. » Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, aux termes de la loi, les syndicats sont des organes de défense professionnelle ; ils se constituent « pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes ». Ce n'est que d'une manière accessoire qu'ils peuvent formuler des règles d'ordre moral : ce n'est pas là leur rôle essentiel, ce n'est pas pour cela qu'ils ont été créés.

On confond trop souvent Ordre et juridiction : l'Ordre doit être l'organisme corporatif tout entier, la juridiction étant dévolue au seul Conseil de l'Ordre. Certaines critiques adressées au principe même de l'Ordre ne tiennent pas compte de cette distinction et n'envisagent que les pouvoirs disciplinaires. Ainsi, dit P. Boudin, l'Ordre risquerait de supprimer les syndicats ; mais, remarque P. Cibrie, même dépouillés de quelques-unes de leurs prérogatives, les syndicats auraient encore un rôle à remplir, et d'ailleurs la seule chose importante est de savoir si la profession dans l'ensemble gagnerait à l'institution d'une juridiction obligatoire pour tous.

Ce n'est là qu'un côté de la question; il est d'ailleurs important, et vaut d'être examiné.

P. Boudin objecte en effet que professeurs comme praticiens devraient obtenir leur inscription à l'Ordre de leur département, et que, pour eux, en ce qui concerne la profession de médecin, ce serait le Conseil de l'Ordre qui serait appelé à en connaître. « Nous pouvons en dire autant, ajoute-t-il, pour le corps médico-chirurgical des hôpitaux, qui, bien que nommé au concours dans les grandes villes, est actuellement comptable de ses actes devant se pairs des hôpitaux, puis devant la commission administrative de l'hôpital qui l'a nommé et chargé d'une fonction hospitalière. » Pareille objection me paraît dénuée de toute valeur; je ne vois pas pourquoi, dans des questions de moralité, des maîtres pourraient échapper aux règles qui lient les autres médecins et à la juridiction dont ceux-ci dépendent. P. Cibrie écrit à ce propos : « Pourquoi exclure de la réprimande ou du blâme certaines manifestations tapageuses et commerciales parties d'une vénérable tribune et que l'Académie de médecine semble avoir négligé de censurer ». J'ajouterai que l'on a vu récemment une véritable publicité se faire, en faveur de maîtres, ailleurs même qu'à une vénérable tribune, et qu'il est regrettable que de tels actes ne tombent sous le coup d'aucune juridiction professionnelle.

Je ne crois pas qu'il existe d'objections très valables contre le principe même de l'Ordre des médecins.

NÉCESSITÉ D'UN ORDRE INDÉPENDANT. — Que doit être un Ordre corporatif ?

Les corporations ont existé au Moyen-Age. Il ne faut pas songer à les reconstituer sur le même modèle.

« La corporation médicale au Moyen-Age ne relevait absolument de personne que d'elle-même. Il ny avait pas au-dessus d'elle d'Etat, d'autorité civile pour réglementer son activité ; c'était le corps des médecins ou des professeurs parlant au nom de l'ensemble des médecins ou des professeurs qui réglementait l'exercice de la médecine dans ses moindres détails » (E. Gilson). Aujourd'hui, ajoute le même auteur, ce n'est pas le corps des médecins, même pas les représentants des médecins, qui sont qualifiés pour dire ce que seront les études médicales, pour choisir ses membres ; il y a toujours des règlements d'Etat, un ministère qui est d'Etat et qui, finalement, prend des décisions. Il serait d'ailleurs impossible de réorganiser les corporations telles qu'elles étaient au Moyen-Age, ne serait-ce qu'à cause du trop grand nombre de ceux qui en feraient partie, et aussi à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de faire trop complètement abstraction de l'Etat.

Faudra-t-il donc établir les Corporations selon le modèle italien ? Mais les Corporations italiennes sont des organismes d'Etat. « Le fascisme, dit Mussolini, veut que, dans l'orbite de l'Etat, les exigences réelles qui donnèrent naissance au mouvement socialiste et syndicaliste soient reconnues, et il les fait valoir dans le système corporatif où ces intérêts se concilient dans l'unité de l'Etat. » Et ailleurs : « Nous sommes donc dans un Etat qui contrôle toutes les forces agissant au sein de la Nation. Nous contrôlons les forces morales, nous contrôlons les forces économiques, nous sommes par conséquent en plein Etat corporatif fascite... Le Ministère des Corporations est l'organe grâce auquel, tant au centre qu'à la périphérie, se réalise la corporation intégrale et s'établit l'équilibre entre les intérêts et les forces du monde économique. Cette réalisation est possible, sur le terrain de l'Etat, car seul l'Etat s'élève au-dessus des intérêts opposés des individus et des groupes pour les coordonner vers une fin supérieure... Nous avons constitué l'Etat corporatif et fascite, l'Etat de la société nationale, l'Etat qui concentre, contrôle, harmonise et modère en même temps les intérêts de toutes les classes sociales, qui se voient également protégées... Aujourd'hui, il n'y a pas un Italien qui travaille, qui ne cherche sa place dans les corporations, dans les fédérations, qui ne veuille être une molécule vivante de ce grand et immense organisme vivant qu'est l'Etat national corporatif fascite. » Tels sont les principes. Les articles de la loi montrent de même l'étroite subordination de la Corporation à l'Etat.

J'aurais pour ma part une conception très différente. Il est bon, à mon avis que la Corporation ou l'Ordre ait une liberté

(1) L'Ordre est la Corporation des professions libérales.

et une autonomie assez grandes : car on peut avoir, comme le dit E. Gilson, à se défendre contre l'Etat. Sur l'Ordre corporatif, l'Etat ne doit exercer qu'un simple contrôle, dont il est juste de reconnaître la nécessité, et dont il y aurait lieu de préciser les limites. Mais des lois peuvent être promulguées, que l'on ne saurait accepter. Ainsi l'on pensera ce que l'on veut de la légitimité et de l'utilité de la stérilisation chez les aliénés et chez les sujets atteints de maladies héréditaires ; je considère pour ma part qu'il s'agit là de mesures contraires à la morale, car elles font complètement abstraction de la dignité de la personne humaine, et ne voient dans l'homme que l'individu, traité comme le serait un animal dans un troupeau par un éleveur. Mais quoi qu'il en soit même sur ce point, quel médecin accepterait de n'être, comme on l'a dit, qu'un exécuteur des hautes œuvres, d'agir par ordre, sans avoir le simple droit de discuter l'opportunité de telles interventions. Sans doute on pourrait charger un médecin fonctionnaire d'un tel service : fonctionnaire peut-être, mais non pas médecin, tout au plus opérateur exerçant un métier assez bas, à peine comparable à celui d'un châtreur d'animaux, et n'ayant en tout cas plus rien de commun avec une profession libérale.

D'autres exemples pourraient être cités. Ainsi un projet de loi autorisant l'euthanasie a été mis à l'étude en Angleterre. Il ne saurait être question, bien entendu, d'obliger qui que ce soit à la pratiquer contre sa volonté, mais seulement à la permettre sous certaines conditions. Il nous semble que, sur de telles questions, l'Ordre des médecins devrait être appelé à donner son avis, qui s'imposerait à l'ensemble du corps médical quelles que fussent d'ailleurs les dispositions législatives (1).

Si des lois, après mûr examen, s'avèrent injustes ou immorales, ne sera-t-il pas bon que l'Ordre tout entier, sur l'initiative ou sous la direction de son Conseil, puisse dresser, même contre l'Etat ? Il me paraît donc essentiel que la Corporation médicale, lorsqu'elle s'organisera, demeure assez largement indépendante de l'Etat : non pas que j'estime bon qu'elle se mette en révolte contre lui (ce qui ne serait légitime que dans des cas tout à fait exceptionnels) ; mais il serait nécessaire que, conformément à l'opinion de tous ceux qui se sont occupés de ces questions, l'initiative des lois susceptibles de modifier les conditions d'exercice de la médecine appartînt à l'Ordre corporatif, et que de telles lois ne fussent jamais promulguées sans l'avis de l'Ordre, avis qui pourrait se formuler, le cas échéant, en un veto formel.

Le personnalisme communautaire. — Cette conception développée par J. Maritain mérite d'être discutée. La médecine a un caractère individualiste ou plutôt personnel. L'individu n'est qu'un fragment d'une espèce, dont il subit les lois ; mais la personne existe pour soi séparément, est indépendante dans son existence, ne relève que de soi dans l'ordre de l'action. La personne, d'ailleurs, est membre de la société comme d'un tout plus grand et meilleur qu'elle. Dans la vie en société, on doit considérer à la fois le bien de la personne et le bien commun supérieur au bien des individus, l'homme étant à la fois personne et individu. Aussi, dit J. Maritain, la société apparaît d'abord comme communautaire, mais aussi comme personnaliste, car il est essentiel au bien commun temporel de respecter et de servir les fins supra-temporelles de la personne humaine. Il faut donc parler d'un personnalisme communautaire.

Deux erreurs doivent être évitées. La première consiste à méconnaître le caractère communautaire ; on veut préserver le libre arbitre de l'homme en soi ; mais on méconnaît au profil de l'homme abstrait toutes les dures contraintes qui pèsent sur l'homme réel, quelques-uns ne jouissant de la liberté ainsi conçue que par l'oppression des autres : c'est *l'erreur individualiste ou libérale.*

L'autre erreur, selon J. Maritain, méconnaît non pas l'élément bien commun, mais l'élément personne individuelle. C'est dans la communauté et par la communauté qu'on pense alors que s'accomplit exclusivement la personnalité de l'être humain ; comme le dit expressément Mussolini, l'Etat fascite est la forme la plus élevée et la plus puissante de la personnalité. C'est là *l'erreur totalitaire.* Elle est commise aussi dans la conception communiste, qui aspire à dépasser l'Etat.

Ayant posé ces prémisses, J. Maritain estime que le caractère personnel de la relation entre le médecin et le malade a entraîné l'oubli et la méconnaissance de l'aspect communautaire

(1) Cet article, qui doit servir d'avant-propos à un ouvrage de clinique, n'a pas été écrit spécialement pour des médecins catholiques. Je crois devoir rappeler ici que la stérilisation et l'euthanasie sont formellement condamnées par la morale catholique qui, en cela, ne fait que préciser les exigences de la morale naturelle (note de l'auteur).

comme on le voit d'une part par l'état inorganique de la profession médicale, et, d'autre part, à ce que certains privilégiés seuls jouissent de cette situation normale d'avoir un médecin de leur choix, la moitié de la population au moins n'en ayant pas le moyen.

Il faut donc, dit l'auteur, organiser et rationaliser la médecine (ce qui n'est pas synonyme d'étatiser)

« Dans une société qu'il est permis de rêver pour l'avenir, et qui ne serait pas la société actuelle plus ou moins amendée, mais une société tout autre, fondée sur des principes différents et vraiment humains, est-ce que nous ne pourrions pas imaginer comme une corporation médicale ayant son autonomie de personne morale et jouissant de la personnalité civile, contrôlée sans doute par l'Etat, mais qui serait toute autre chose qu'un organe de l'Etat, — et que la communauté des citoyens, soit directement par une sorte d'impôt personnel, soit indirectement par l'intermédiaire des autres corporations, entretiendrait par des subsides réguliers ? Cette communauté pourrait organiser la profession, et c'est elle en même temps qui rétribuerait tous ceux qui y ont une part quelconque.

« D'une part, toutes sortes de services accessoires (d'examens chimiques, histologiques, radiographiques, etc.), pourraient être confiés à des spécialistes, du moment que le médecin traitant garde le contrôle et la direction, et que par lui le diagnostic et la thérapeutique demeurent *individualisés* comme ils doivent l'être.

« D'autre part, le médecin traitant lui-même pourrait recevoir son traitement de la corporation. On peut très bien concevoir que, dans l'hôpital même où il a son service, il dispose aussi d'une installation personnelle, où il recevrait des patients qui le choisissent librement, comme un confesseur reçoit à son confessionnal les clients qui veulent s'adresser à lui, sans pour cela verser d'honoraires personnels. »

Ne discutons pas la question de doctrine, et demeurons exclusivement sur le plan de la pratique. Nous serions conduits, en adoptant les idées dont je viens de résumer l'essentiel :

1° A établir des centres accessibles à tous, et où, *sous la direction du médecin traitant*, pourraient être appliqués par un spécialiste tous les procédés les plus coûteux ou les plus compliqués de diagnostic et de traitement. Il n'y a guère d'objection importante à faire à cette proposition ; et dès maintenant commencent à s'organiser, à l'hôpital ou dans des établissements privés, des centres de diagnostic et de traitement, pour lesquels sont prévus des honoraires variables selon la situation de chacun (n'excluant pas la gratuité pour les indigents). Il faut reconnaître, d'ailleurs, que bien des progrès sont encore à faire dans ce sens ;

2° A permettre le libre choix intégral ; nul ne serait retenu par l'importance d'une dépense éventuelle, la médecine étant gratuite pour tous ; à la vérité, le libre choix serait forcément quelque peu limité par le fait même que certains cabinets médicaux seraient envahis par une trop nombreuse clientèle. On peut d'ailleurs remarquer que, dès maintenant, il n'y a guère de médecin que ne puissent consulter même les nécessiteux et les sujets peu fortunés, — gratuitement ou pour une somme assez peu élevée, — à l'hôpital, dans une clinique, ou même à leur domicile ; car nous ne refusons jamais, les uns et les autres, de proportionner nos honoraires à la situation de nos clients. Tout n'est sans doute pas parfait à cet égard : il reste à savoir si le principe de la gratuité des soins pour tous améliorerait la situation ;

3° Selon J. Maritain, les soins médicaux devraient donc être gratuits pour tous, les médecins et leurs aides étant rétribués par la collectivité sous une forme qu'il resterait à étudier. Je ne suis pas sûr, pour ma part, que cette solution soit très bonne. Sans discuter la question de savoir si cette gratuité que l'on accorderait aux soins médicaux ne devrait pas être beaucoup plus étendue (car il est des nécessités plus impérieuses pour la conservation de la vie que les soins aux malades), on peut se demander si pareille réforme n'entraînerait pas un abaissement de la médecine. Le médecin, recevant un traitement d'une collectivité, et n'ayant plus à se préoccuper de son avenir, deviendrait en quelque sorte un fonctionnaire de la corporation ; et le plus grand nombre tendrait à perdre ce sens des responsabilités et de l'initiative qui me paraît indispensable pour exercer notre profession dans toute sa plénitude. De plus, quelque dure que soit cette constatation, il n'est peut-être pas inutile que, au point de vue moral, le malade ait, dans la mesure du

possible, à s'acquitter lui-même de ses honoraires, et qu'il soit touché dans ses intérêts matériels ; car il a été constaté maintes fois, à l'occasion de l'application de certaines lois sociales, que partout le nombre des malades augmente dans de très notables proportions dès que les frais médicaux sont intégralement remboursés : « La médecine collective et en particulier l'assurance-maladie, a dit Lieck (cité par Okinczyc), n'a pas diminué, mais continuellement elle augmente la fréquence et la durée des maladies ; elle a détruit chez l'individu le sentiment de la responsabilité. » Sans doute il y aura toujours, quelle que soit l'évolution de notre profession, des médecins dévoués et des malades consciencieux. Mais il n'est pas bon de risquer de faire perdre aux uns et aux autres la juste notion de leurs devoirs.

Pour toutes ces raisons, je ne crois pas qu'il y ait lieu de changer très profondément la conception traditionnelle de la médecine personnelle : ce qui n'empêche pas de reconnaître la nécessité d'organiser la profession en l'adaptant à l'évolution actuelle de la société.

RÔLE DE L'ORDRE DES MÉDECINS. — Ainsi l'Ordre des médecins interviendrait de très près dans l'élaboration des lois relatives à l'exercice de la médecine.

Mais il aurait aussi à se préoccuper, — et ce serait peut-être là son rôle le plus important, — du relèvement de la moralité professionnelle. C'est ainsi qu'il devrait établir certains principes relatifs au mode de perception des honoraires, condamner définitivement la dichotomie, c'est-à-dire le partage clandestin des honoraires, et aussi interdire la publicité sous ses différentes formes : à côté de la publicité scandaleuse, par annonces payées dans les grands journaux, on a lu trop souvent, données parfois par des hommes éminents, des interwiews dont le but intéressé ne semblait guère douteux ; on a entendu des conférences qui ne comportaient pas seulement l'exposé de grandes questions à l'étude, mais aussi une propagande personnelle ; il convient d'y comprendre certaines causeries par T. S. F., où des maîtres ne craignent pas de parler à côté d'hommes d'une valeur morale plus discutable. Il me paraît essentiel d'établir à ce sujet une réglementation précise. Seule une Corporation est en mesure de le faire, car il s'agit de questions d'ordre moral, qui ne sauraient être régies par le Code civil.

Il est évident que le Conseil de l'Ordre aurait à sa disposition des sanctions qui pourraient aller du simple avertissement à la suspension plus ou moins prolongée du droit d'exercer.

Une Corporation médicale aurait aussi à organiser un service de renseignements ; et je ne verrais pour ma part aucun inconvénient à ce que, documenté sur les besoins de la profession, le Conseil pût la réglementer, et limiter le nombre des médecins en cas de pléthore.

Il est bien certain qu'une telle organisation ne saurait être complètement centralisée, et qu'elle devrait être régionale, les régions étant reliées à un conseil central, à une sorte de conseil supérieur.

Ce sont là, certes, des questions qui méritent d'être étudiées de très près. Mais, s'il convient, à mon avis, de maintenir la médecine personnelle avec toute sa liberté dans l'action professionnelle, il n'y a rien qui empêche la promulgation de règles assez strictes, réunies dans un code de déontologie. Elles fixeraient les rapports des médecins entre eux, avec les malades et avec les collectivités, et surtout elles nous protégeraient contre les médecins indignes, et d'une manière générale contre tous ceux qui manquent à l'honneur.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BAUDRY DE SAUNIER. — **La conception dirigée**. 72 p. plus 4 h.-t. Br. : 6 fr. (*Flammarion*).

BONNET (Louis). — **Insuffisance tubaire kymographique par la méthode de Rubin**. 96 p. Br. : 28 francs. (*Doin*).

CHAUSSÉ (Dr). — **Documents radiographiques**. T. III, 130 p., 28 pl. Rel. : 500 francs. (*Le Soudier*).

DELABY (R.). — **Les hormones sexuelles**. (30 p. Br. : 7 francs. (*Doin*).

DRABOWITCH (W.). — **Les réflexes conditionnés et la psychologie moderne**. Coll. Actualités scientifiques et industrielles, n° 501, 68 p. Br. : 15 francs (*Hermann*).

MONTANÉ, BOURDELLE, BRESSON. — **Anatomie régionale des animaux domestiques**. T. I. **Equidés : cheval, âne, mulet**. 2e fasc., tête et encolure. In-8, 276 p. Br. : 60 francs. (*Baillière*).

VANNIER (Léon) et Jean POIRIER. — **Précis de matière médicale homéopathique**. 2e édit., 590 p. Br. : 105 francs ; Cart. : 125 francs (*Doin*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). IMP. THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 46 — 13 NOVEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies .... 40 fr.
Etudiants .... 20 fr.
Belgique .... 50 fr.
Etranger { 1re zone .... 80 fr. / 2e zone .... 100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES DE MÉDECINE. — 9 novembre. — M. ANDRIEUX : Contribution à l'étude des facteurs de la gemellité. — M. CABART : Contribution à l'étude du traitement conservateur des rétentions pyélo-rénales. — M. HALPERIN : La néphrite chronique d'emblée avec insuffisance de la croissance staturale.

12 novembre. — M. MARIANI : Contribution à l'étude de la délivrance artificielle. — M. HAMON : Valeur alimentaire et thérapeutique de la pomme, du jus de pommes et du cidre.

13 novembre. — Mme STERNBERG : La sarcomatose de Kaposi autochtone en France. — M. KOFFAS : Contribution à l'étude anatomo-clinique des complications nerveuses des endocardites malignes subaiguës et lentes, type Osler.

— CLINIQUE MÉDICALE (Hôpital de la Pitié). — M. Antonin CLERC, professeur, commencera son enseignement clinique le mercredi 17 novembre 1937, à 11 heures du matin (amphithéâtre des cours) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. le Professeur TIFFENEAU commencera son cours le lundi 15 novembre, à 16 heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet de cours : Médicaments du système nerveux central et périphérique.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le Professeur Georges GUILLAIN commencera son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de Consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Tous les matins, à 9 h. 15, à partir du jeudi 4 novembre, conférences de séméiologie par M. P. Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux, MM. Delay, Gabriel, Guilly, Jean-Hesse, chefs de clinique ; Michaux, Péron, F. Rouquès et De Sèze, médecins des hôpitaux ; Darquier, Desoille, P. Guillain, J. Lereboullet Mahtieu, Périsson, Ch. Ribadeau-Dumas, Rudaux, Schwob, Sigwald, anciens chefs de clinique. A 10 h. 30, examen et présentation de malades par le Professeur.

Examens de psychiatrie, par M. N. PÉRON, médecin des hôpitaux, les mercredis et samedis, à 10 heures. — Démonstrations biologiques, examens du liquide céphalo-rachidien, par M. J. LEREBOULLET, chef du laboratoire de biologie, le jeudi, à 10 heures. — Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Ivan BERTRAND, directeur de l'Ecole des Hautes Etudes, et chef du laboratoire d'anatomie pathologique, le lundi, à 10 heures. — Démonstrations de malariathérapie, par M. P. MOLLARET, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé du Centre de malariathérapie de la Salpêtrière, les mercredis et samedis, à 10 heures. — Examens d'endocrinologie par M. SIGWALD, le mercredi, à 10 heures. — Examens d'électro-diagnostic et démonstrations électro-physiologiques, par M. G. BOURGUIGNON chef du Service d'électro-radiothérapie de la Salpêtrière, les jeudis et samedis, à 10 heures. — Examens de neurologie oculaire, par M. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux, le lundi, à 10 heures, M. HUDELO, le jeudi, à 10 heures, M. P. HALBRON, le samedi, à 10 heures et M. JOSEPH, le lundi, à 10 heures. — Examens otologiques, par M. AUBRY, laryngologiste des hôpitaux, le mercredi, à 10 heures.

Un cours complémentaire et de perfectionnement de neurologie sera fait en mai 1938.

Un cours sur la pathologie infectieuse du système nerveux sera fait par M. P. MOLLARET, agrégé, médecin des hôpitaux en mars 1938.

Un cours complémentaire d'anatomie pathologique et de technique sera fait par M. Ivan BERTRAND, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes et chef du laboratoire d'anatomie pathologique, en juin 1938.

— CHAIRE DE MÉDECINE LÉGALE. — *Lois sociales : Accidents du travail et maladies professionnelles, pensions aux mutilés de guerre, assurances sociales, assistance médicale gratuite.* — Des conférences seront faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le Professeur BALTHAZARD, tous les jeudis, à 18 heures, au Grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les Assurances sociales et l'Assistance médicale gratuite.

18 et 25 novembre, M. BALTHAZARD : Loi du 9 avril 1898 et lois complémentaires. Principes de la réparation des dommages causés par les accidents du travail. Professions assujetties à la loi. Définition de l'accident du travail. Principe de l'évaluation des indemnités. Etat antérieur. Procédure, jurisprudence. Barème des incapacités permanentes.

2 décembre, M. LAIGNEL-LAVASTINE : Hémorragies méningées et cérébrales. Ramollissement traumatique. Commotion cérébrale, méningites traumatiques. Paralysie générale. Tumeurs, abcès.

9 décembre, M. LÉVY-VALENSI : Lésions médullaires et vertébrales traumatiques. Compressions : commotions médullaires. Affections de la moelle : tabès. Névrites.

16 décembre, M. Henri CLAUDE : Psychoses et névroses traumatiques.

6 janvier, M. GOUGEROT : Syphilis et affections cutanées dans leurs rapports avec les accidents du travail.

13 janvier, M. PIÉDELIÈVRE : Tuberculose pulmonaire et tuberculoses chirurgicales et accidents du travail.

20 janvier, M. RATHERY : Traumatisme et diabète.

27 janvier, M. COSTE : Arthrites et rhumatismes dans leurs rapports avec les traumatismes.

3 février, M. BELOT : Applications de la radiographie aux accidents du travail.

10 février, M. DUVOIR : Principes de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

17 février, M. DESOILLE : Assurances sociales (loi du 5 avril 1928), assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), pensions aux mutilés de guerre.

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen d'ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 heures, à l'Institut médico-légal place Mazas, sous la direction de M. le Professeur Balthazard, à partir du 5 janvier 1938.

— COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. le Professeur Noël Fiessinger commencera son cours le mardi 16 novembre 1937, à 18 heures au Petit amphithéâtre et le continuera les jeudi et samedi suivants. Objet du cours : Foie, pancréas, reins.

— COURS LIBRE SUR LE SERVICE SOCIAL ET L'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE. — M. le Docteur P.-F. ARMAND-DELILLE a commencé le mercredi 3 novembre 1937, à 6 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera le mercredi à la même heure, une série de conférences sur l'organisation du Service social et l'Assistance médico-sociale.

Programme du cours. — L'assistance sociale. Son origine, son but. — Importance de l'organisation systématique du service social dans les collectivités contemporaines. Nécessité d'une préparation spécialisée pour ceux qui veulent s'y consacrer. — Importance des enquêtes. Leur technique. — Les grands problèmes mmédicaux-sociaux : Assistance aux tuberculeux adultes et enfants. — Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — Assistance médico-sociale dans la lutte contre la syphilis, le cancer, l'alcoolisme. — Assistance prénatale et protection de la première enfance. — Assistance à l'enfance et à l'adolescence, aux arriérés, anormaux, délinquants. — Service social dans les hôpitaux. — Assistance aux familles nombreuses ; amélioration du logement et des conditions de vie. — Assistance dans les milieux industriels et dans les grandes agglomérations urbaines. — Habitations à bon marché et service social. — Les centres sociaux. — Service médico-social dans les communes rurales. — Rôle du Service social dans l'orientation professionnelle. — Spécialisation dans le Service social : Infirmières visiteuses pour la tuberculose, pour la lutte contre la syphilis, pour l'hygiène infantile. — Assistances sociales des hôpitaux, assistances sociales pour les Tribunaux d'enfants. — Surintendantes d'usines, directrices de Foyers sociaux, ingénieurs sociaux. — Développement du service social, son rôle dans la formation et l'éducation de la conscience collective. — Organisation de l'enseignement et préparation au Service social, aptitudes et qualités nécessaires aux travailleuses sociales. — Les écoles de service social. — La préparation au diplôme de Service social. — Résultats obtenus par le développement du Service social en France et à l'étranger.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologistes des hôpitaux.* — Jury (tirage au sort) : MM. Guilly, L'Hirondel, Gornouec, Lacronique, Mahé, Boidin, Guimbellot.

Lecteurs : MM. Lebourg, Hénault.

Censeurs : MM. Fleury, Marie.

Service de santé. — Le médecin commandant Sarroste, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'école d'application du Service de santé, est nommé professeur agrégé chargé d'enseignement à l'école du Service de santé militaire de Lyon.

Marine. — Des concours pour l'obtention du titre de médecin ou de spécialiste des hôpitaux maritimes auront lieu dans le courant du mois de mars 1938, à Brest (concours de médecine), et dans le courant du mois de mai 1938, à Toulon (concours de chirurgie).

Une seule nomination sera faite dans chacune des catégories ci-après :

a) *Concours de médecine* : Médecine générale. — Médecine légale et neuro-psychiatrie. — Dermato-vénéréologie. — Electro-radiologie et physiothérapie.

b) *Concours de chirurgie* : Chirurgie générale. — Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

XIe Congrès de la société internationale de chirurgie. — Il se tiendra à Vienne, du 19 au 22 septembre 1938, sous la présidence du Professeur R. MATAS, de New Orléans.

Les Congrès de la Société sont essentiellement réservés aux Membres de la Société. Pour en faire partie, prière de s'adresser, pour chaque pays, au délégué.

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Dimanche soir, 18 septembre). Prise de contact au « Kursalon Stadtpark » (toilette de voyage

Lundi 19 septembre, 8 h. 30 : Séance du Comité international. — 10 heures : Séance solennelle d'inauguration. — 11 h. 30 : Inauguration de l'Exposition d'instruments et de produits pharmaceutiques. — 14 à 18 heures : Première séance scientifique : Première question : Traitement chirurgical de l'hypertension : *a*) Introduction par le Professeur PENDE (Rome) ; *b*) Problème physiologique du point de vue chirurgical : Docteur WERTHEIMER (Lyon) ; *c*) Indications du traitement chirurgical et résultats cliniques : Professeur ALESSANDRI et Docteur VALDONI (Rome) ; *d*) Techniques et résultats : 1° dans l'hypertension paroxystique : Docteur MANDL (Vienne). 2° dans l'hypertension solitaire : Docteur PEET (Ann-Arbor). — 21 heures : Soirée au « Hofburg » (toilette de soirée).

Mardi 20 septembre : 8 à 12 heures : Opérations dans les hôpitaux . — 14 à 16 h. 30 : Deuxième séance scientifique . Deuxième question : Greffes osseuses. *a*) Introduction par le Professeur CUNÉO (Paris) ; *b*) Etudes biologiques : Professeur ALBERT (Liège) ; *c*) Greffes osseuses dans les traumatismes récents et les pseudarthroses : Docteur PLATT (Manchester) et Professeur DEMEL (Vienne) ; *d*) Greffes osseuses dans la tuberculose osseuse et articulaire : Docteur Svante ORELL (Stockholm *e*) Greffes osseuses dans les dystrophies osseuses et les tumeurs : Docteur PHEMISTER (Chicago) ; *f*) Greffes osseuses dans les arthrites chroniques : Professeur KAPPIS (Wurzburg). — 17 heures : Réception à l'Hôtel de Ville. — 20 heures représentation de gala à l'Opéra (toilette de soirée).

Mercredi 21 septembre : 8 à 12 h. 30 : Troisième séance scientifique : Fin de la deuxième question. — 14 à 15 h. 30 : Assemblée générale. — 15 h. 30 à 18 heures : Quatrième séance scientifique : Troisième question : Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon. *a*) Introduction par le Professeur SAUERBRUCH (Berlin) ; *b*) Conditions physiologiques de la chirurgie pulmonaire : Professeur COSTANTINI (Alger) ; *c*) Techniques générales : Professeur José ARCE (Buenos-Ayres) ; *d*) Méthodes et résultats des opérations pour tumeurs: Professeur FORNI (Venise) ; *e*) Méthodes et résultats des opérations pour kystes : Professeur BAGGIO (Pise).

14 à 18 heures : Cinquième séance scientifique. Fin des questions inachevées. — 21 heures : Soirée dans un « Heuriger » à Grinzing, offerte par les chirurgiens autrichiens (toilette de ville).

Pendant les séances scientifiques, des visites guidées seront organisées pour les dames dans les musées, les principaux monuments et les environs de la ville, avec visite du Château de Schönbrunn. Les dames seront, de plus, invitées à toutes les soirées.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général : Docteur L. MAYER, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Une exposition d'instruments, d'appareils radiologiques et de produits pharmaceutiques sera organisée au rez-de-chaussée du Konzerthaus. Pour tous renseignements à ce sujet, s'adresser au Professeur Fr. STARLINGER, 12, Löwelstrasse, Wien I.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris, organise pour le samedi 27 novembre 1937, à 17 heures précises à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris, une séance spéciale consacrée exclusivement aux « Maladies du sang » et ayant pour but de mettre au point cette importante question pour les praticiens.

Après un exposé général de M. Bécart, les auteurs les plus compétents de France et de l'étranger viendront apporter leur contribution personnelle à ce chapitre de la pathologie.

Tous les confrères s'intéressant aux questions du sang sont cordialement invités à cette réunion.

Association des Microbiologistes de langue française. — Sur l'initiative des Professeurs Bordet, Martin, Lisbonne, une Association des microbiologistes de langue française a été créée au cours d'une réunion tenue le 28 octobre à Paris.

Cette Association se popose d'établir un lien — devenu indispensable — entre les microbiologistes de tout pays dont la langue française est la langue scientifique et dont l'activité s'étend sur toutes les branches de la bactériologie (bactériologies médicale, vétérinaire, industrielle, agricole).

Le premier Congrès de cette Association aura lieu en octobre 1938, à l'occasion du cinquantenaire de l'Institut Pasteur.

Le Bureau, pour 1938, est constitué comme suit : président, Professeur Martin, directeur de l'Institut Pasteur ; secrétaires généraux, Docteur Lépine, de l'Institut Pasteur de Paris ; Docteur Paul Bordet, de l'Institut Pasteur de Bruxelles ; secrétaire adjoint et trésorier, M. Prévot, de l'Institut Pasteur de Paris.

Pour toute communication, s'adresser au Docteur Lépine, chef de service à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris (XV[e]).

Les prix de la société médicale des hôpitaux de Paris. — 1° Prix Gingeot (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Hommage au Professeur Arnold Netter. — Sous les auspices de la Renaissance Française, une plaque commémorative va être apposée sur la maison natale du Professeur Arnold Netter, de l'Académie de médecine, place de l'Homme-de-Fer, à Strasbourg. La date de la cérémonie a été fixée au 21 novembre, à 14 h. 30. Elle coïncidera avec les fêtes habituelles commémorant l'anniversaire de l'entrée des troupes françaises.

Des discours seront prononcés par M. Léonce Armbruster, président de la Renaissance française, des représentants de la Faculté de médecine de Strasbourg, et des élèves du Professeur Netter et M. Viguier, préfet du Bas-Rhin.

NÉCROLOGIE

Noiré. — Noiré est mort récemment avec un courage remarquable. Il était de ces premiers radiologistes qui, ne disposant pas de moyens protectifs suffisants meurent victimes de la science même à laquelle ils ont donné leur activité.

Depuis longtemps collaborateur de Sabouraud pour lequel il avait une respectueuse amitié, Noiré s'était, entre autres travaux, occupé du filtrage des rayons, des teignes.

Depuis deux ans, sans rien modifier de sa vie, ni de ses occupations, il attendait la mort, l'âme haute, masquant toute amertume. Il y a plusieurs années je l'avais amputé d'un doigt Il avait refusé un sacrifice plus étandu acceptant de mourir non d'être diminué. Il n'exprima jamais un regret de cette résolution. « Je saurai mourir », me disait-il.

Dans ses dernières heures, attendant une nouvelle hémorragie, il écrivit quelques lettres et s'efforça d'illusionner sa femme jusqu'au bout.

C'était un médecin distingué. Son caractère était entier, impétueux, son cœur généreux. Il convient qu'un mot de regiret marque la perte de cette forte personnalité.

A. B.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Physiologie du système lymphatique. *Formation de la lymphe, Circulation lymphatique normale et pathologique*, par H. Rouvière et G. Valette. Un volume de 160 pages avec 138 figures : 45 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage expose en même temps que les résultats expérimentaux obtenus au cours de ces dernières années par MM. Rouvière et Valette l'ensemble des travaux parus jusqu'à maintenant sur ces questions.

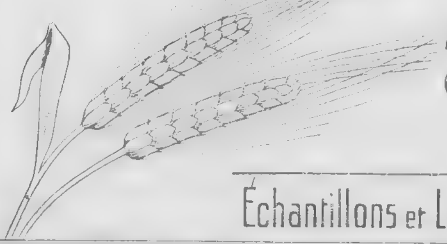
Depuis la fin du siècle dernier, l'étude de la formation et de la circulation de la lymphe n'avait pas suscité en France de nombreuses recherches expérimentales. Il s'imposait de reprendre à la lumière des données récentes de la physico-chimie et de la physiologie les notions classiques concernant la lymphogénèse et la circulation lymphatique.

La première partie a pour objet l'étude de la symphogénèse. On y trouvera développé le rôle de la pression capillaire, des constituants colloïdaux du plasma, de l'activité des cellules endothéliales, musculaires et glandulaires, des facteurs nerveux et humoraux. Un dernier chapitre a trait à l'étude des substances lymphagogues.

La deuxième partie comporte tout d'abord l'étude de la progression de la lymphe dans les différentes régions de l'organisme, celle du rôle des ganglions lymphatiques dans cette progression, enfin la détermination de la véritable pression lymphatique, c'est-à-dire celle de la lymphe en circulation. En exposant les résultats de leurs expériences, les auteurs montrent pourquoi sont erronées les notions jusqu'ici classiques concernant ces différentes questions.

MM. Rouvière et Valette abordent ensuite l'important problème de la régénération des ganglions et des vaisseaux lymphatiques auquel ils apportent une solution qu'on peut considérer comme définitive. Les auteurs exposent enfin leur opinion sur le rôle probable de la circulation lymphatique rétrograde dans la propagation de certaines maladies, en particulier la tuberculose, le cancer et les affections à virus neurotropes. Un dernier chapitre a trait aux œdèmes d'origine lymphatique.

Cet ouvrage intéresse à la fois le physiologiste, le médecin et le chirurgien.



TRAVAUX ORIGINAUX

Incubation et particularités étiologiques de la paralysie générale et du tabès hérédo-syphilitiques

Par A. SEZARY et Mlle A. ROUDINESCO

En 1931, nous avons étudié la durée de l'incubation du tabès et de la paralysie générale dus à la syphilis acquise (1). Nous avons cru intéressant de poursuivre cette étude chez les syphilitiques héréditaires et de préciser certaines particularités étiologiques de ces affections lorsqu'elles sont dues à une infection ancestrale.

Mais ici nous n'avons pu nous servir de documents personnels. La paralysie générale et le tabès hérédo-syphilitiques sont rares. Il n'y a guère d'auteurs qui en aient observé personnellement un nombre de cas suffisant pour en tirer des conclusions valables. On est donc obligé de compulser les revues et les thèses et d'y rechercher les documents intéressants.

Cette méthode de travail se heurte à une difficulté. On s'est demandé parfois si l'origine hérédo-syphilitique, dans les observations publiées, était bien certaine.

Quand les signes nerveux apparaissent avant la vingtième année, on doit prendre garde, comme Dydinski l'a fait observer, que la confusion est possible, en ce qui concerne le tabès, avec la maladie de Friedreich et, pour la paralysie générale, avec la démence précoce ou avec des troubles cérébraux par dysgénésie non syphilitique. Nous croyons cependant que l'erreur a été rarement commise ; car, dans la grande majorité des observations, le diagnostic parait solidement établi. Il faut aussi compter avec la possibilité d'une syphilis acquise par un enfant en bas-âge et ayant déterminé un tabès ou une paralysie générale, comme Apert, Lévy-Frankel et Ménard en ont publié un bel exemple ; mais une telle éventualité est certainement rare.

La difficulté est plus grande quand la paralysie générale et, ce qui est plus fréquent, le tabès apparaissent chez des syphilitiques héréditaires âgés de plus de 20 ans. Fournier, dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive, écrit qu'il ne possède pas d'observations personnelles prouvant l'authenticité indéniable d'accidents de syphilis héréditaire débutant au delà de la trentième année. C'est qu'en effet, à partir de 20 ans, une syphilis acquise cachée ou méconnue est toujours possible. Or, on a publié des cas de tabès hérédo-syphilitiques survenus à 25 ans (Bertolotti), à 36 ans (Claude), à 40 ans (Bertolotti, Alajouanine, Bascourel et Ducos), à 52 ans (Hosslin). Moreau a observé quatre sœurs devenues tabétiques respectivement à 34, 37, 42 et 44 ans. Ces cas pourraient être dus à une syphilis acquise méconnue ou à une syphilis dite binaire, c'est-à-dire acquise par un sujet déjà héréditairement infecté. Pour répondre à cette objection, on a fait valoir que, dans quelques cas, les malades étaient vierges ; mais la syphilis acquise peut exister chez des sujets vierges Aussi Lafora (2), du moins en ce qui concerne la paralysie générale, n'admet l'origine congénitale que s'il existe des troubles du développement. Targowla et Mme Schiff-Wertheimer (3) font état du caractère fruste et lentement évolutif des signes cliniques. Il semble bien cependant, d'après la lecture des observations, que la paralysie générale et le tabès peuvent survenir la première jusqu'aux environs de la trentième année, le second plus tardivement encore, à un âge où l'on peut déjà voir débuter un tabès dû à la syphilis acquise (Bertolotti), mais que ces cas tardifs sont rares.

Ceci étant dit, abordons l'étude de la date d'apparition de la paralysie générale et du tabès hérédo-syphilitiques (1).

Notre statistique est basée sur 143 cas de paralysie générale et de tabès hérédo-syphilitiques. Si on les étudie globalement, on constate que la date du début de ces deux affections nerveuses se trouvait :

Dans 9 cas,	soit environ	6,3 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 28 cas,	—	19,6 %	—	entre 6 et 10 ans ;
Dans 55 cas,	—	38,4 %	—	entre 11 et 15 ans ;
Dans 31 cas,	—	21,7 %	—	entre 16 et 20 ans ;
Dans 10 cas,	—	7, %	—	entre 21 et 30 ans ;
Dans 10 cas,	—	7, %	—	après 31 ans.

La durée de l'incubation est donc sensiblement analogue (nous verrons plus loin les petites différences) à celle que nous avons constatée pour ces mêmes affections lorsqu'elles sont dues à la syphilis acquise. Avant 15 ans, 64 % des cas se sont déjà déclarés et avant 20 ans, 86 % ; 14 % des cas seulement sont donc survenus après la vingt et unième année.

En étudiant séparément l'échéance de ces complications pour la paralysie générale et pour le tabès, nous allons noter ici, comme nous l'avons fait pour ces mêmes affections lorsqu'elles sont dues à la syphilis acquise, que celle du tabès est retardée, ou plus exactement plus prolongée, que celle de la paralysie générale. En effet :

1° Pour la paralysie générale hérédo-syphilitique (88 cas) nous voyons que la date du début se trouvait :

Dans 5 cas,	soit environ	5,7 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 19 cas,	—	21,6 %	—	entre 6 et 10 ans ;
Dans 38 cas,	—	43,2 %	—	entre 11 et 15 ans ;
Dans 18 cas,	—	20,4 %	—	entre 16 et 20 ans ;
Dans 6 cas,	—	6,8 %	—	entre 21 et 30 ans ;
Dans 2 cas,	—	2,3 %	—	après 31 ans.

2° Pour le tabès hérédo-syphilitique (55 cas), elle s'est trouvée :

Dans 4 cas,	soit environ	7,3 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 9 cas,	—	16,4 %	—	entre 6 et 10 ans ;
Dans 17 cas,	—	30,9 %	—	entre 11 et 15 ans ;
Dans 13 cas,	—	23,6 %	—	entre 16 et 20 ans ;
Dans 4 cas,	—	7,3 %	—	entre 21 et 30 ans ;
Dans 8 cas,	—	14,5 %	—	après 31 ans.

Ce qui montre que, pour la paralysie générale, 70,5 % des cas sont apparus avant la quinzième année, 91 environ avant la vingtième, et 9 après la vingt et unième ; pour le tabès, 54,6 % des cas sont survenus avant la quinzième année, 78,2 avant la vingtième et 21,8 après la vingt et unième. Chez les hérédo-syphilitiques, les cas tardifs de tabès sont donc plus fréquents que ceux de paralysie générale.

On a écrit que la puberté favorisait l'apparition de ces complications nerveuses (Régis). Mais la durée de l'incubation est la même chez les adultes atteints de syphilis acquise. Cette opinion ne semble donc pas exacte.

On a ajouté que, la puberté étant plus précoce chez la fille que chez le garçon, la paralysie générale hérédo-

---

(1) A. SÉZARY et A. ROUDINESCO. — L'incubation du tabès et de la paralysie générale. *Bulletin de la Soc. médicale des hôpitaux*, 1931, n° 9, p. 968.

(2) LAFORA. — *Rivista clinica*, Madrid, 1912.

(3) TARGOWLA et Mme SCHIFF-WERTHEIMER. — *Progrès médical*, 1927.

(1) Nous avons compulsé la *Revue Neurologique*, les *Bulletins de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, les *Bulletins de la Société de pédiatrie*, les *Annales médico-psychologiques*, le *Journal de psychiatrie et neurologie*, les *Archives de médecine des enfants*, les *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, les *Bulletins de la Société de médecine mentale*, de la *Société de Psychiatrie*, de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, l'*Encéphale*, le *Progrès Médical*, le *Paris Médical*, le *Neurologisches Centralblatt*, etc., etc. Nous avons consulté le livre classique de Nonne, les thèses de Danyouchewski (1912), de Louvrier (1910), de Firpi (1906), de Huguet (1913), de Coquerelle (1922), de Devallet (1935) pour la paralysie générale, celle de Pouneyron (1903) pour le tabès. Nous devons aussi 4 observations inédites à l'obligeance de M. Heuyer.

syphilitique était plus précoce chez la première que chez le second (Régis). Wiglesworth a prétendu que cette affection était plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Il est vrai que Ronke, Frölich, Arsimoles et Halberstadt ont noté le contraire. Voici ce que nous apprend notre statistique :

1° Paralysie générale (88 cas, dont 45 chez des garçons, 43 chez des filles).

Chez les *garçons*, l'époque d'apparition a été :

Dans 3 cas,	soit environ	6,66 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 11 cas,	—	24,44 %	—	entre 6 et 10 ans ;
Dans 18 cas,	—	40 %	—	entre 11 et 15 ans ;
Dans 11 cas,	—	24,44 %	—	entre 16 et 20 ans ;
Dans 2 cas,	—	4,44 %	—	entre 21 et 30 ans ;

Chez les *filles*, elle a été :

Dans 2 cas,	soit environ	4,65 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 8 cas,	—	18,60 %	—	de 6 à 10 ans ;
Dans 20 cas,	—	46,51 %	—	de 11 à 15 ans ;
Dans 7 cas,	—	16,27 %	—	de 16 à 20 ans ;
Dans 4 cas,	—	9,30 %	—	de 21 à 30 ans ;
Dans 2 cas,	—	4,65 %	—	à 31 et 32 ans ;

Donc, à la quinzième année, en chiffres ronds, 71 % des cas de paralysie générale s'étaient développés chez les garçons, 70 % chez les filles. A la vingtième année, on note les chiffres de 96 chez les garçons, de 86 chez les filles. Après 20 ans, l'affection n'est apparue que chez environ 4,5 % des garçons et 14 % des filles. Notre statistique ne confirme donc pas l'opinion de Régis.

2° Tabès (55 cas, dont 20 garçons et 35 filles).

Chez les *garçons*, la date d'apparition a été :

Dans 2 cas,	soit environ	10 %	des cas,	avant 5 ans ;
Dans 4 cas,	—	20 %	—	de 6 à 10 ans ;
Dans 6 cas,	—	30 %	—	de 11 à 15 ans ;
Dans 5 cas,	—	25 %	—	de 16 à 20 ans ;
Dans 1 cas,	—	5 %	—	de 21 à 30 ans ;
Dans 2 cas,	—	10 %	—	à 40 ans

Chez les *filles*, elle a été :

Dans 2 cas,	soit environ	5,7 %	des cas	avant 5 ans ;
Dans 5 cas,	—	14,3 %	—	de 6 à 10 ans ;
Dans 11 cas,	—	31,4 %	—	de 11 à 15 ans ;
Dans 8 cas,	—	22,9 %	—	de 16 à 20 ans ;
Dans 3 cas,	—	8,6 %	—	de 21 à 30 ans ;
Dans 6 cas,	—	17,1 %	—	de 30 à 51 ans ;

Donc, à la quinzième année, en chiffres ronds, 60 % des tabès sont déjà apparus chez les garçons, 51,5 chez les filles ; à la vingtième année, 85 % chez les garçons, 74 chez les filles. Après 20 ans, l'affection est survenue 15 fois pour 100 chez les garçons, 28 fois chez les filles.

En résumé, d'après nos statistiques, la paralysie générale a paru à peu près aussi fréquente chez les garçons que chez les filles, le tabès a par contre été plus fréquent chez les filles (35 cas contre 20). Nous ne voudrions pas cependant considérer le fait comme une règle générale : il faut compter avec les hasards des statistiques.

Ce que nous avons aussi constaté, c'est que dans le sexe féminin, l'échéance du tabès est plus prolongée que dans le sexe masculin. La proportion des cas survenus avant la quinziène année est plus grande chez les garçons que chez les filles : 31 % paralysies générales masculines contre 23 féminines ; 30 % tabès masculins contre 20 féminins. Après la quinzième année, c'est donc l'inverse qu'on observe : 29,5 % paralysies générales masculines contre 45,4 féminines ; 40 % tabès masculins contre 47,8 féminins. Cette différence ne se retrouve pas chez l'adulte atteint de syphilis acquise, où l'échéance est légèrement plus précoce chez la femme que chez l'homme.

Comparons enfin la durée de l'incubation de la paralysie générale et du tabès chez les hérédo-syphilitiques, et chez les sujets atteints de syphilis acquise. Le tableau suivant indique nos résultats :

Date d'échéance	Paralysie générale — hérédo-syphilis	Paralysie générale — syphilis acquise	Tabès — hérédo-syphilis	Tabès — syphilis acquise
Avant la fin de la 15e année....	70,5 %	52,4 %	54,6 %	55,7 %
Avant la fin de la 20e année....	91 %	74,45 %	78,2 %	73 %
Après la 21e année	9 %	25,55 %	21,8 %	27 %

Ainsi donc, la paralysie générale paraît, au moins d'après nos résultats, plus précoce chez les hérédo-syphilitiques héréditaires que chez les malades ayant acquis eux-mêmes leur syphilis.

***

L'étude de la paralysie générale et du tabès hérédo-syphilitique nous fournit encore d'autres données intéressantes sur l'étiologie générale de la neuro-syphilis.

Le rôle du *surmenage intellectuel* ne semble guère avoir d'influence. C'est un fait que, contrairement à l'opinion classique, l'un de nous a déjà constaté, avec M. Barbé, chez l'adulte atteint de syphilis acquise (1) et qui se trouve confirmé ici. Car dans ces dix ou douze premières années de l'existence, on ne saurait prétendre que certains enfants soient, beaucoup plus que d'autres, soumis à un surmenage cérébral intensif. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà fait remarquer, nous ne voyons pas pourquoi ce facteur pourrait être invoqué pour expliquer la fréquence du tabès, où la moelle épinière est atteinte à peu près exclusivement.

Il était plus intéressant de préciser l'*état du développement intellectuel* des enfants qui plus tard ont été atteints de paralysie générale. Nous avons pu trouver des renseignements à ce sujet dans la thèse de Devallet, qui a pu étudier 47 malades à ce point de vue : 12 de ces 47 enfants avaient été d'intelligence brillante, 27 d'intelligence normale, 8 étaient des arriérés. Il est très possible que le développement cérébral des premiers ait été dû à des lésions syphilitiques au début de leur développement, comme cela a été noté chez certains adultes en incubation de paralysie générale. Mais cette phase d'hypercérébralité n'existait que dans un quart des cas. L'état intellectuel était normal dans plus de la moitié des cas et, chez quelques sujets, nettement déficient.

Enfin nous devons nous expliquer sur l'*hérédité similaire* qui a été notée dans de nombreuses observations. Il s'agit de petits malades dont l'un des parents, quelquefois les deux, ont été atteints de tabès ou de paralysie générale. Sur un total de 143 observations, nous avons retrouvé 22 cas présentant cette particularité. De cette constatation pourraient s'emparer les partisans de la doctrine d'un virus neurotrope (Levaditi et Marie) et également ceux qui considèrent que certaines familles ont un système nerveux héréditairement prédisposé à l'atteinte du tréponème (Comby). Comme nous l'avons exposé ailleurs, l'interprétation nous paraît beaucoup plus simple. Nous ne sommes nullement étonnés de trouver des cas de neurosyphilis héréditaire, car, de toutes les manifestations tardives de la syphilis, celles qui se localisent sur le système nerveux sont de beaucoup les plus fréquentes. Nous ne discuterons pas ici de nouveau cette question que l'un de nous a longuement étudiée précédemment (2) à propos des cas analogues de syphilis nerveuse conjugale. Mais nous rappellerons l'observation que l'un de nous a publiée (3), où l'on voit un ménage neuro-syphilitique procréer deux enfants dont l'un est aussi neuro-syphilitique, mais l'autre avait une lésion gommeuse des os du nez.

(1) A. Barbé et A. Sézary. — L'effort intellectuel prédispose-t-il à la paralysie générale ? *La Médecine*, 1937, n° 5, p. 351.

(2) A. Sézary. — La syphilis conjugale. *La Presse Médicale*, 1925, n° 91, p. 1505. Voir aussi P. Grange. *Thèse*, Paris, 1923.

(3) A. Sézary. — Syphilis nerveuse familiale. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1930, n° 23, p. 1182.

En réalité, si l'on étudiait les ascendants d'un certain nombre d'hérédo-syphilitiques avérés indemnes de neuro-syphilis, il est très vraisemblable qu'on trouverait un nombre de neuro-syphilitiques égal à celui qu'on compte parmi les parents de jeunes tabétiques ou paralytiques généraux.

Cette étude corrobore donc les particularités étiologiques de la neuro-syphilis défendues par l'un de nous depuis de nombreuses années (1).

CLINIQUE INFANTILE

Les règles de l'alimentation du Nourrisson de six à douze mois (2)

Par le Professeur **P. LEREBOULLET**

Dans une leçon antérieure, je vous ai exposé ce que doit être l'alimentation de l'enfant dans le six premiers mois de la vie pendant la période qu'on appelle *période de lactation exclusive* ; je vous ai dit comment elle faisait place ensuite à une période dite de sevrage mieux dénommée *période d'ablactation progressive* pendant laquelle l'allaitement est réduit et peu à peu complété par l'addition d'autres aliments (2).

Cette période d'ablactation progressive, je vous l'ai montré, est fort importante. Qu'on la dirige mal, que trop vite on donne à l'enfant des aliments inadaptés à son âge, qu'inversement on continue trop longtemps l'alimentation lactée exclusive ou prédominante, il peut en résulter des conséquences fâcheuses dans la nutrition et le développement du nourrisson.

Notamment, comme le remarque mon collègue M. Lesné, si l'allaitement exclusif est trop prolongé « des troubles apparaissent plus ou moins marqués ; si le poids est suffisant, parfois même supérieur au poids normal, la pâleur, l'anorexie, la constipation, le retard et la mauvaise qualité de la dentition, le retard de la marche témoignent d'une nutrition imparfaite ».

Quelles que soient les qualités du lait, « sa pauvreté en fer, en cuivre, sa faible teneur en sels assimilables, en vitamines, en ferments et diastases (puisqu'il doit le plus souvent être stérilisé) démontrent que le régime lacté exclusif n'apporte pas les éléments indispensables au parfait développement d'un nourrisson de plus de 6 mois qui a eu ou va avoir ses premières dents ».

Au lait donc, il faut ajouter d'autres aliments, mais, avec M. Marfan, les pédiâtres français sont d'accord pour estimer que cette adjonction doit être *progressive* et varier selon l'état de l'enfant.

La *restriction du lait*, indiquée de longue date par Feer et portée par lui à 600 gr. puis 500 gr. par 24 heures est pratiquée, quoiqu'un peu plus lentement, en France et les mères, habituées à la commodité de l'alimentation lactée, n'y renoncent que peu à peu. Leur éducation à cet égard ne se fera que progressivement.

Les *farines* peuvent être données pratiquement en quantité appréciable à partir du 6e mois ; sous forme de *bouillies* préparées avec du lait, de la farine de froment et du sucre elles représentent de longue date le premier aliment témoignant du changement progressif d'alimentation. Peu à peu, la quantité de farine par raport à celle de lait est plus abondante, la farine est variée (farine d'orge, d'avoine, de riz, de maïs, ou mélange de ces farines. Le lait peut être indifféremment du bon lait de vache ou du lait concentré ou du lait sec, et on arrive à donner ainsi un aliment relativement riche, puisqu'une cuillerée à café de farine représente à elle seule 20 calories et aide rapidement à l'augmentation du poids.

Les *farines maltées* renfermant, à côté de l'amidon insoluble, des hydrates de carbone solubles, c'est-à-dire de l'amidon soluble, de la dextrine et de la maltose, plus faciles à digérer, sont également et justement très employées.

On peut aussi recourir aux *farines lactées*, mélange de poudre de lait et de farine. Bon aliment de complément, elles sont moins nutritives que le lait et pauvres en graisse, aussi ne peuvent-elles le remplacer complètement. Elles ont d'ailleurs l'inconvénient des aliments de conserve, et, trop hâtivement et exclusivement données, elles pourraient mener au scorbut infantile, mais elles sont un aliment très pratique quand l'alimentation lactée de l'enfant doit être réduite, comme dans l'eczéma du nourrisson.

Bien d'autres produits de même ordre existent encore, telle la semoule, telle la farine de bananes, riches en sucre et en amidon, telles les *farines de légumineuses* et notamment les *farines de tournesol et de soja*, récemment étudiées par mon collègue Ribadeau-Dumas et ses élèves, et qui, riches en protéines végétales, peuvent être utilisées sans lait et rendre dans nombre de cas de grands services, mais leurs indications relèvent du médecin et elles sont surtout utiles lorsqu'il y a à établir les régimes sans lait ou très peu lactés dont je vous parlais dans ma précédente leçon.

Les bouillies, progressivement introduites dans l'alimentation dès le 6e mois, peuvent être de temps à autre remplacées par des *potages*, préparés avec du lait ou du bouillon de légumes, de la semoule, du tapioca ou du pain grillé bien écrasé, voire même une *panade* ; moins nutritifs, ces aliments ont l'avantage de varier l'alimentation.

Mais celle-ci doit être élargie encore. Tandis que le lait peu à peu diminue à une quantité globale de 700, 600 et même 500 gr. par jour, aux farineux il faut ajouter les *légumes* et les *fruits*. Il s'agit non d'augmenter le volume de la ration mais surtout « de remplacer une partie de l'apport lacté par d'autres aliments de composition mieux adaptés aux besoins de l'organisme à cet âge. La modification ne sera ni trop précoce, ni trop retardée ; elle ne sera pas brusque ni progressive. L'alimentation devra être différente sous un volume égal ou réduit » (Lesné) actuellement il faut, moins que par le passé, s'en tenir du 6e au 9e mois aux bouillies et au lait, il faut tenir compte de la *valeur alimentaire certaine quoique réduite des légumes* (pommes de terre, carottes, navets, haricots) qui doivent être, selon nous, employés de préférence cuits plutôt que crus en dépit de la vogue actuelle des légumes crus.

Cette nécessité de l'élargissement de régime est d'autant plus urgente que l'enfant est nourri au biberon. Celui qui est nourri au sein par sa mère a, de ce fait, une alimentation mieux équilibrée. Mais l'allaitement au sein au-delà du 8e et du 9e mois devient de plus en plus une exception ; la règle s'applique donc à la grande majorité des nourrissons

Il ne faut au surplus pas perdre de vue que ce changement de régime, même s'il est moins riche en éléments nutritifs, est en fonction de l'âge de l'enfant.

La taille, le poids, la surface spécifique (surface de 1 kilogr. de poids) s'accroissent beaucoup moins à cet âge que dans les six premiers mois, ainsi qu'en témoignent ces chiffres, cités par mon collègue Lesné dans un important et substantiel rapport :

	Poids	Taille	S/P
à 8 mois	8 kgs.	66 cm.	Pour un enfant de 6 kg. 5 dm²
à 12 mois	9 kgs.	70 cm.	» » 9 kg. 4 dm²
à 24 mois	12 kgs.	80 cm.	» » 12 kg. 4 dm²

(1) Voir A. Sézary. — La syphilis nerveuse (*sous presse*), Masson éditeur.

(2) Leçon faite à l'hospice des Enfants-Assistés et recueillie par Mlle Ducro.

(2) P. Lereboullet. — Les règles actuelles de l'alimentation dans les six premiers mois de la vie. (*Progrès Médical* 9 oct. 1937).

La ration calorique indispensable entre le 6e et le 15e mois oscille entre 70 et 100 calories par kilogramme, donc est notablement moindre que le nourrisson de trois mois ; 20 à 30 p. 100 des calories ingérées sont utilisées pour la croissance, le reste constitue la ration d'entretien de travail et la ration thermorégulatrice. L'organisme du jeune enfant brûle 50 pour 100, celui de l'enfant plus âgé 19 % de plus de substances alimentaires que celui de l'adulte. Si la ration de l'enfant de plus de six mois, rapportée au kg., doit donc être encore supérieure à celle de l'adulte, elle peut l'être moins que celle du nourrisson plus jeune. Mais s'impose à cet âge « l'établissement d'un régime complet, varié, équilibré non carencé, régime d'omnivore en harmonie avec les sécrétions digestives et l'apparition des dents » (Lesné).

Toutefois, si la restriction du lait, du fait de ces conditions, est logique, il faut se rappeler que *diminution ne veut pas dire suppression*. L'adjonction d'albumines végétales à titre de ration d'entretien ne suffit pas à assurer la croissance. Il faut toujours un peu de lait. *Le régime du jeune enfant, même élargi, doit comporter un minimum de lait* qui, dans la règle, jusqu'à la fin de la première année, n'est pas inférieur à 300 et 400 grammes. S'il est des cas pathologiques où s'imposent des régimes sans lait, ceux-ci doivent être très largement nutritifs et temporaires et *la suppression du lait doit rester, au moins jusqu'à la fin de la première année et même jusqu'à 18 mois, une mesure d'exception.*

Dans l'ablactation progressive, aux farines et au lait viennent donc s'adjoindre assez vite, dès le 10e mois ou plus tôt, les *purées de légumes* et notamment la purée de pommes de terre au lait, additionnée ou non de purée de carottes, d'épinards, de chicorée, de laitue, d'un peu de jus de tomates et plus tard (mais de préférence après un an) d'un quart de jaune d'œuf. Si l'on peut employer les légumes crus desséchés et réduits en poudre (Tobler) qui ont actuellement une assez grande vogue, il est en revanche absolument inutile de donner aux enfants des légumes crus simplement râpés, qui sont mal digérés et n'apportent ainsi aucun complément alimentaire véritable.

Le *bouillon de viande* est peu nutritif et n'agit guère que comme peptogène et comme stomachique, il est bien supporté à dater du 10e mois et souvent du 8e, il peut être rendu plus nutritif en l'additionnant de semoule, de tapioca, en y ajoutant de la biscotte et du pain grillé, voire même, quand l'âge le permet, un peu de jaune d'œuf. Le *bouillon de légumes* peut être employé de la même façon et est assez souvent utile dès le 8e mois, et surtout si l'on y incorpore des pâtes, des farines, des légumes passés, car il est en lui-même extrêmement peu nutritif (il en faudrait environ vingt litres pour représenter à cet égard un litre de lait).

Si *l'œuf* n'intervient le plus souvent dans l'alimentation qu'après 12 mois, il est dès cette période et parfois dès le dixième mois ou même un peu avant un aliment précieux, très nutritif et fortifiant (il représente 89 à 95 calories) à condition d'être toutefois *très frais* et *très cuit*, d'être donné progressivement et avec prudence, vu les troubles digestifs et cutanés qu'il peut provoquer. A côté du jaune d'œuf, il ne faut pas oublier l'utilité du *beurre frais* en faible quantité, qui doit assez souvent être mêlé à l'alimentation.

Je n'insiste pas à nouveau sur la nécessité des *fruits* et notamment des *jus de fruits frais*, jus d'orange, de citron, de raisin qui doit être continué dans toute la période d'ablactation. Le jus de tomate frais est assez souvent recommandé. Une demi banane écrasée, un peu de pomme crue finement râpée sont d'utiles compléments de l'alimentation. *Les fruits cuits passés* sont également associés assez vite à l'alimentation régulière.

Il est bon, le plus tôt possible, c'est-à-dire vers le 10e ou 11e mois, ne faisant faire à l'enfant que cinq et, si possible, 4 repas par jour, de lui donner au moins deux vrais repas, composés d'un potage ou d'une bouillie légère, de purée ou pâtes avec ou sans légumes verts, de fruits cuits ou crus, les deux autres étant encore surtout à base de lait (biberon ou tasse de lait et bouillie légère) suivis d'un gâteau sec ou d'une petite croûte de pain.

Ce n'est que plus tard, vers le 15e ou le 18e mois, qu'interviennent d'autres aliments tels les fromages (fromage à la crème, petit suisse, gruyère) telle surtout la *viande* qui n'entre, dans la règle, dans l'alimentaion (réserve faite du bouillon) qu'à partir du 15e mois, souvent alors sous la forme de la *soupe au pain et à la viande*, recommandée par M. Marfan, et souvent additionnée de jaune d'œuf ou de beurre. Il reste toutefois certain que, dans les cas pathologiques dont le médecin est juge, l'introduction de la viande et notamment de la *viande crue de mouton* pulpée prise en nature, du foie de veau, de la cervelle peut être plus précoce. De même de petites quantités de *poisson maigre* peuvent être exceptionnellement données dans l'alimentation.

Dans toute cette période d'ablactation, il convient d'aller progressivement en surveillant le nourrisson, *en ne donnant tel nouvel aliment* qu'à *faible dose et à titre d'essai*, quitte à le supprimer momentanément, s'il est mal supporté. Il faut d'ailleurs se méfier toujours de la surcharge lactée et abaisser la quantité journalière de lait, à mesure qu'on augmente l'alimentation.

Les règles de l'alimention de 6 à 12 mois sont d'ailleurs assez faciles à suivre. Sans doute ici encore il y a des incidents possibles. Ici encore la suralimentation et la sous-alimentation sont à craindre. Ici encore il faut craindre l'anémie ferriprive (ou hypochrome) si habituelle chez le nourrisson trop longtemps soumis à une alimentation surtout précoce.

A cet âge aussi, il faut se méfier, lorsqu'on introduit les œufs, les aliments d'origine carnée, le pain, certaines légumineuses, d'accidents divers et notamment de ceux qui relèvent de l'*anaphylaxie alimentaire*. Mais tous ces accidents ou sont légers ou sont exceptionnels et dans l'ensemble il est facile, dès le second semestre de la vie, de bien alimenter l'enfant et de satisfaire à tous ses besoins alimentaires, sans oublier ses besoins en vitamines, eux aussi plus aisément satisfaits que dans les six premiers mois ; la plupart des aliments que je viens d'énumérer apportent les uns et les autres assez largement à l'enfant et les petites quantités d'huile de foie de morue sont aisément à cet âge un adjuvant précieux.

Ce qui importe toutefois, vu les erreurs alimentaires trop fréquentes des mères, c'est la surveillance régulière du nourrisson et, dans un large mesure, le *contrôle périodique* de sa santé. A cet égard les consultations de nourrissons, nées en France sous l'impulsion de Budin il y a plus de 40 ans, ont rendu de grands services et l'organisation sociale de la protection de la première enfance, en France et ailleurs, vise de plus en plus à régler et étendre cette surveillance. Mais elle ne peut et elle ne doit pas se borner à la recherche du poids et de la taille ; comme le dit fort bien M. Lesné, « pour juger la qualité d'un régime, on ne se basera pas exclusivement sur le poids de l'enfant ou sur l'aspect des matières fécales, mais sur la couleur des téguments, la tonicité des muscles, la forme des os, l'état des dents et des phanères, l'activité, la gaîté, l'éveil de l'intelligence, la qualité du sommeil et la résistance aux infections ». Une telle appréciation est plus le fait du médecin que de l'infirmière ou de l'assistante d'hygiène infantile, quelque dévouée et compétente qu'elle soit. Celle-ci ne peut être bonne éducatrice de la mère que dirigée par le médecin. Mais de leur collaboration ainsi établie, on peut attendre des résultats significatifs.

Dans bien des pays, il est actuellement démontré que l'effort ainsi poursuivi permet d'obtenir, par la surveillance méthodique de l'alimentation de l'enfant au cours de sa première année, une notable diminution de sa morbidité et de sa mortalité. Dans ce service où vous voyez de nombreux nourrissons se presser à nos consultations, vous vous rendez compte des effets de cette collaboration et des transformations de certains enfants qui nous sont amenés, lorsque les prescriptions alimentaires très simples qui leur sont faites sont bien comprises et exécutées par les mères.

Cette nécessité de la surveillance régulière des enfants a été récemment affirmée par la commission réunie à Genève et elle a souhaité que le contrôle médical et social puisse être institué à l'égard des enfants, « tant dans les régions rurales que dans les villes ». Vous voyez en effet combien souvent dans les campagnes, lorsque surtout l'allaitement au sein a été trop tôt abandonné, l'alimentation de 6 à 12 mois a été insuffisante et


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVE)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

inadaptée. Malheureusement c'est dans les milieux ruraux que le contrôle est le plus difficile à instituer.

Tout ce que je viens d'exposer est forcément schématique. Les règles que j'ai énoncées doivent varier et s'adapter à chaque cas particulier et c'est l'étude même de chaque nourrisson qui montre que la ration alimentaire qu'il reçoit est bien celle qu'il lui faut.

Encore doit-elle varier souvent selon nombre de circonstances extérieures ; notamment les conditions de sa vie avec aération et insolation assurées ou notoirement insuffisantes, l'hygiène suffisante ou non du logis, surtout la venue d'infections diverses ou légères qui entravent sa nutrition et sa croissance et qui, même après six mois, peuvent avoir un rôle capital. Ces causes et bien d'autres peuvent modifier considérablement les règles instituées et le régime alimntaire doit, de leur fait, être revîsé. Pourtant, comme l'a dit Ch. Richet « tout dépend pour l'enfant, nouveau-né ou nourrisson, de la qualité ou de la quantité de son alimentation. C'est pour lui une question de vie ou de mort. De là la prépondérance presqu'exclusive qu'il fatut donner aux soins de l'allaitement ». C'est donc à juste titre que l'organisation d'Hygiène de la Société des Nations a provoqué la réunion d'une commission de pédiâtres à Genève pour étudier cette question. Ces conclusions, auxquelles j'ai fait souvent allusion au cours de ces trois leçons, peuvent être adoptées par tous et les conseils qui ont été ainsi formulés ne peuvent qu'aider, par l'amélioration de l'alimentation du jeune enfant, à la diminution de sa morbidité et de sa mortalité. Si de six mois à un an, l'alimentation du nourrisson est plus facile, elle légitime, je vous l'ai montré, les conseils du médecin et vous aurez souvent l'occasion de rendre plus de services en surveillant l'alimntation qu'en prodiguant les médicaments. C'est pourquoi j'ai cru nécessaire d'insister dans cette leçon sur l'évolution qui, peu à peu, s'est faite dans les idées des pédiâtres au sujet de l'alimentiation du deuxième semestre de la vie.

VARIÉTÉS

Examen de conscience d'un professeur

IV. Savoir vieillir

Par **Pierre MAURIAC**

Si grande qu'ait été sa chance, le professeur n'est jamais un tout jeune homme; il est plus souvent un vieil homme. En gravissant pour la première fois les degrés de sa chaire, s'il était raisonnable, il se dirait qu'il est sur le déclin et que la grande œuvre pour lui est de bien vieillir.

Dieu sait pourtant combien nous sommes loin de ces réflexions moroses quand nos collègues et M. le Ministre nous ont distingués. La lutte a été souvent si dure, les dernières conquêtes si disputées qu'il nous semble avoir atteint un sommet inviolé.

A la vérité, nous en éprouvons du vertige quelquefois de l'ivresse ; nous y respirons un air nouveau où flotte l'admiration, la flatterie, la crainte, et jusqu'à l'envie exaltante : nous devenons des roitelets, tenant en nos mains, ou croyant le tenir, l'avenir de tout un petit peuple d'élèves, de préparateurs, d'employés. Le plus humble, quand il arrive au professorat, prend confiance en son étoile et se découvre du génie : glorieux, il fait la roue en étalant sa robe. Il lui manque de se regarder dans un miroir et de voir que le premier des biens et le plus grand lui manque : la jeunesse ; la jeunesse du corps, la jeunesse du cœur, la jeunesse des sens. Sa vue est déjà basse, ses oreilles ne s'ouvrent qu'aux éloges, il savoure la victoire ; le temps n'est plus de la lutte, de l'effort, mais bien de s'installer dans sa chaire comme dans la satisfaction de soi-même.

Et pourtant combien seraient étonnés s'ils savaient les propos que les étudiants tiennent sur leur compte ; on peut tromper des collègues, on peut en faire accroire au public ; on ne trompe pas la jeunesse. Je sais des professeurs qui répètent inlassablement et sans y rien changer, le même cours depuis dix ans, et il ne leur vient pas à l'idée que l'auditoire puisse s'en moquer. D'autres font figure de tardigrades vivant sur un vieux fond sans valeur et laissant vraiment trop transparaître la difficulté qu'ils éprouvent à suivre le mouvement. Enfin, combien se promènent dans un laboratoire vaste et bien aménagé, où les instruments luisants, trop reluisants, restent sous cloche ou en caisse : ils sont des gardiens de musée à l'usage des visiteurs, et s'ils sont très à l'aise pour discourir sur le fonctionnement des appareils, ils seraient bien embarrassés de s'en servir. On les étonnerait fort d'ailleurs si l'on prétendait rogner leurs crédits pour augmenter celui du laboratoire voisin qui vraiment travaille. Ils arriveraient à se persuader qu'ils sont victimes d'une cabale, d'une concurrence déloyale faite d'agitation stérile et publicitaire.

***

Entre bien d'autres leçons que je reçus de lui M. le Professeur Arnozan me dit un jour : « Mon enseignement ne vaut plus guère. » Je protestai... « Mais je sais ce que je dis, et ne vous demande pas votre avis. Je sens que ce n'est plus ça ; je me suis laissé accaparer par des charges et occupations diverses. Déjà autrefois j'avais besoin de faire un gros effort pour bien tenir ma chaire. Aujourd'hui je ne fais pas mon devoir vis à vis des étudiants ; aidez-moi, et apportez un peu de votre jeunesse à ma science vieillie. » Il disait cela très simplement, en homme habitué à se regarder sans complaisance.

C'est un grand honneur, une grande chance d'être suivi par la jeunesse. Sans elle beaucoup d'entre nous seraient vieux avant l'heure : il n'est que de voir la décrépitude soudaine qui suit trop souvent la retraite.

Pour retrouver un peu de sa vigueur défaillante le vieux roi David partagea sa couche avec une jeune Sunamite ; « sed non cognovit eam. » Sans doute la belle enfant tira-t-elle d'autre profit de son élection.

Ainsi devons-nous participer à la vie surabondante de la jeunesse, mais ne pas abuser de la jeunesse ; le bienfait que nous en retirons n'importe pas seul, mais aussi le progrès, l'élévation que nos élèves nous doivent. Car ils se serviront de nous comme d'un marchepied. Ceux que nous aimons le plus seront un jour nos bourreaux et nous passeront doucement le lacet au col, et tout un flot ardent déferlera sur notre corps. Savoir vieillir c'est assister à ce flot montant, sans envie, sans jalousie ; c'est servir la jeunesse et ne pas s'en servir ; c'est l'aider contre soi-même ; c'est favoriser toutes ses audaces ; c'est assister à des triomphes qui nous furent interdits ; c'est accepter de se voir peu à peu dépouillé, comme le furent nos maîtres par nous-mêmes. Savoir vieillir c'est savoir s'effacer sans déroger, et imposer autour de soi le respect et l'ordre par plus de détachement.

« Il ne serait point d'âmes ou fort rares qui en vieillissant ne sentent l'aigre et le moisi. » (Montaigne). Le pire des spectacles est celui du vieillard qui ne renonce pas : le Maître donne alors sa mesure ; dépouillé de la robe et de la toque il n'est plus qu'un pantin cassé. Toute sa vie tenait dans ce travestissement, ou dans les conseils de Faculté, ou dans un simulacre d'autorité qui tout d'un coup lui manque. En lui-même il n'y avait rien que puisse réveiller la famille, la lecture, la terre, la méditation. La charge professorale ou administrative était sa raison d'être : il meurt avec elle. Ce n'était qu'un professeur ; ce n'était pas un homme.

« C'est une chose horrible de sentir s'écouler tout ce qu'on possède » a dit Pascal. C'est une chose plus horrible encore, de ne pas le sentir.

La vie contradictoire du chirurgien Pierre-Antoine Marquet

(1760-1834)

Par **Raoul MERCIER**

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

Faire dix-huit ans d'apprentissage de chirurgie sur mer et sur terre pour servir en qualité de capitaine d'artillerie dans la guerre de Vendée et s'éprendre des idées révolutionnaires pour recevoir de Napoléon une place de juge de paix, telles sont les contradictions de la vie de Pierre-Antoine Marquet.

Fils de Pierre Marquet-Duclaux, premier huissier à la maîtrise des eaux et forêts d'Aunis, siégeant à Rochefort. Pierre-Antoine (1) appartient dès l'âge de douze ans à l'histoire de la médecine, car, en 1772, il commence son stage chirurgical dans les hôpitaux de la marine : il va le poursuivre sous toutes les latitudes pendant dix-huit ans.

I. — Apprentissage dans la marine

Après « avoir resté deux ans dans les hôpiteau de la marine » comme le constate « son état de service », le jeune Marquet « embarque sur la frégate du Roy, l'*Aurore*, commandée par M. le Chevalier de Bompart, capitaine de vaisseau ». Placé là sous les ordres de « F. Vaillant, chirurgien ordinaire de la marine du port et du département de Rochefort, embarqué chirurgien-major à bord de cette frégate », il en obtient à Toulon, le 24 novembre 1775, le beau certificat qui suit : « Certifie que le nommé Pierre Marquet-Duclaux, c'est appliqué à la chirurgie pendant toute ladite campagne ; ce que j'atteste véritable, donne le pressant pour valoir et servir à ce que raison ». En lisant cette attestation on se réjouit de constater que la bravoure ne se mesure pas à l'orthographe.

Marquet « étudie ensuite sous M. Hugensien, chirurgien-major de l'hôpital de l'Isle-Dieu, l'espace d'un an et demi ou environ ». Puis, le 20 juin 1777, il est confié par son père « au sieur Hyacinthe-René Chambellant, maître en chirurgie de la ville de Rochefort, prévost actuel du collège des maîtres en chirurgie, chirurgien-major de l'amirauté, secrétaire-greffier de M. le premier chirurgien du Roy, pour s'y instruire dans l'art et science de chirurgie pendant l'espace de deux années ». Le contrat d'apprentissage porte que le père « s'engage à nourrir son fils comme du passé et à payer au dit sieur Chambellant la somme de cent cinquante livres par an pour l'instruction seulement... Sommes convenus en outre, clause expresse, de nous soussignés respectivement agréé que si à l'expiration de la première année le dit élève s'absentait pour cause de libertinage ou autre mauvais prétexte ou qu'il eût l'occasion d'être placé à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous ne pourrions ni l'un ni l'autre nous prévaloir du défaut de l'entière exécution de ces présentes ».

Le 16 août 1779, Marquet se voit décerner le diplôme de chirurgien de la marine marchande, en la forme suivante :

« Nous soussignés, Maîtres Chirurgiens jurés de l'Amirauté de la Ville de la Rochelle, commis par Monsieur le Duc L. J. de Bourbon de Penthièvre, Amiral de France, pour examiner les Chirurgiens qui s'embarquent sur les navires marchands, pour les voyages de longs cours ; Certifions, que sur la requête qui a été présentée par Antoine Marquet-Duclaux, âgé de 18 ans, Chirurgien, à Messieurs les Juges de l'Amirauté d'Aunis, qui nous l'a renvoyé pour être examiné, avoir interrogé le dit Antoine Duclaux, tant sur les maladies qui arrivent les plus ordinaires sur la Mer, dans les voyages de longs cours, que sur les Apostèmes, plaies, fractures, luxations, ruptures, ligatures, bandages ; sur la connaissante des drogues, médicaments, leurs doses et qualités ; sur les Emplâtres, Onguents, Baumes, Cataplasmes, et la manière de s'en servir, et des Opérations qu'il convient de faire en pareil cas. Nous jugeons par les réponses qu'il a faites à nos pétitions, que sur le bon plaisir de Messieurs les Juges de l'Amirauté de cette Ville, ledit sieur Antoine Duclaux est capable d'embarquer en qualité de Chirurgien sur les Navires Marchands, pour les voyages de longs cours. »

Ce diplôme, signé par D. Lavienne et J.-D. Fleury, est enregistré au greffe de l'Amirauté de la ville.

Marquet remplit ensuite son rôle de chirurgien à bord du navire *Le port de la Rochelle* et le commandant Jx. Yvon lui délivre, le 2 décembre 1779, à Port-Platte, l'attestation élogieuse suivante : « C'est comporté dans la traversée de Saint-Domingue avec tout le zèle et l'assiduité requise envers ces malades ».

Il sert encore en qualité de chirurgien, du 4 janvier 1780 au 17 janvier 1781 à raison de 15 livres par mois sur le *Sphinx*, sous les ordres du capitaine de vaisseau de Soulange.

Après quoi, le 15 janvier 1781, le comte d'Orvilliers, lieutenant général des armées navales de Sa Majesté, commandant la Marine au port de Brest « permet au chirurgien Marquet du lieu de Rochefort, de se retirer chez lui jusqu'à nouvel ordre.

Il prie tous ceux qu'il appartiendra de le laisser librement passer sans lui donner aucun empêchement. » Marquet reçoit pour sa conduite au retour, 27 livres 10 sols. Mais son « état de service » le mentionne encore comme embarqué jusqu'à la fin de 1782, date à laquelle il quitte définitivement la Marine.

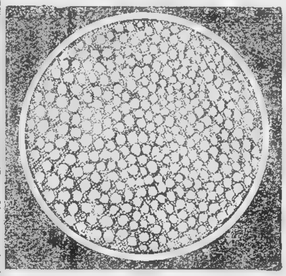
II. — Apprentissage dans les hôpitaux militaires

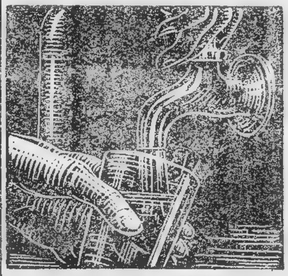
Quand après treize ans de services maritimes, Marquet, pour des raisons inconnues, abandonne une carrière où il n'a recueilli que des éloges, il obtient sans difficulté une place d'élève en chirurgie dans l'hôpital militaire entretenu par Sa Majesté à Saint-Jean-d'Angely, comme en font foi les pièces ci-dessous :

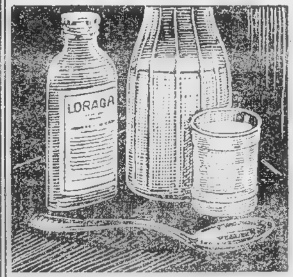
« Jacques-Philippe-Isaac Gueau de Gravelle de Reverseaux, Chevalier, Marquis de Reverseaux, Comte de Mermaigne, Seigneur Chatelain de Theuville, Allonne, Beaumont, Argenvilliers et autres lieux, Conseiller du Roy en ses conseils, Maître des Requêtes ordinaires en son Hôtel, Intendant de Justice Police et Finances en la Généralité de la Rochelle.

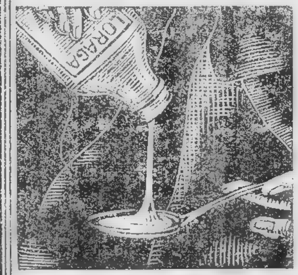
Le Roy, par l'article 9 du titre 29 de son Ordonnance du 2 mai

(1) Je remercie M. et Mme G. Fournier de m'avoir permis de puiser ces documents dans leurs archives.






LORAGA


LORAGA


LORAGA
MARQUE DÉPOSÉE
ÉMULSION
D'HUILE de PARAFFINE
AGAR-AGAR
CONTRE LA CONSTIPATION
Laboratoires Substantia

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Concernant le traitement du diabète sucré

II. — Insulinothérapie en dehors des états d'acidose

Dans une consultation antérieure (1), j'ai indiqué les buts essentiels du traitement des états diabétiques et la nécessité fréquente de l'insulinothérapie pour les atteindre.

Je répète qu'on devra tâtonner, tantôt réduisant, tantôt augmentant la dose d'insuline administrée, tantôt augmentant, tantôt réduisant le chiffre des glucides de la ration alimentaire.

Le premier but à atteindre est l'anacidose : la réaction de Gerhardt doit constamment être négative. Le moindrement du monde qu'elle fut positive serait indication formelle à augmenter la ration glucidique et l'insuline.

Le second but est d'amener le poids corporel à un taux convenable et de l'y maintenir. Viendrait-il à fléchir qu'il faudrait là encore augmenter la ration globale (donc celles des glucides pour rester dans un régime équilibré) et augmenter l'insuline.

Le troisième but est de supprimer la glycosurie. *On ne s'en occupera que si les deux premiers buts sont atteints.* Pour cela deux voies théoriques : diminuer les glucides ; augmenter l'insuline.

La diminution des glucides sera d'abord tentée, de dix en dix grammes (on sait que 100 grammes de pommes de terre contiennent 20 grammes de sucre ; 100 grammes de fruits, environ 15 grammes de sucre ; un litre de lait, environ 50 grammes ; la viande, le beurre, les fromages, n'en contiennent pas ; les légumes verts (salade, épinards), en contiennent de deux à trois grammes pour cent ; voilà quelques chiffres fondamentaux. Les autres sont sur les tables d'équivalence. Il n'y a aucune honte à en user même en présence du malade.

Je conseille toutefois de ne pas descendre au-dessous de 80 grammes par jour, même si le poids se maintient et s'il n'apparaît pas d'acidose. Je rappelle, en effet, qu'un adulte « normal » consomme 400 grammes de glucides quotidiennement. Donner à des sujets des régimes trop pauvres en glucides, c'est les mettre en de très anormales et très dangereuses conditions.

Quoiqu'il en soit, il est possible qu'on obtienne la disparition complète (ou à peu près complète), de la glycosurie par cette réduction de l'apport glucidique. On aura réduit, de 5 en 5 unités, la dose insulinique.

Ainsi, il est des cas heureux où le régime seul, ou bien le régime aidé de doses faibles (10, 20, 30 unités quotidiennes), d'insuline donneront le résultat escompté.

D'autres fois, la réduction glucidique va amener ou l'apparition d'acidose, ou la chute pondérale. Il faut recourir à l'augmentation de la dose d'insuline.

Il y a intérêt souvent à distribuer la dose quotidienne en trois fois au lieu de deux (et à répartir en conséquence l'apport glucidique).

En réalité, bien entendu, on tâchera de combiner les deux actions : réduction glucidique sans tomber au-dessous du minimum utile ; augmentation prudente et mesurée de l'insuline, sans donner des doses inutiles.

Il faut bien se souvenir que les états diabétiques sont sujets à des variations, en bien comme en mal, difficilement prévisibles et dont le déterminisme nous échappe. Il semble en tout état de cause que le traitement insulinien améliore dans une certaine mesure, le trouble fondamental du métabolisme glucidique. Mais ce n'est pas constant. Quoiqu'il en soit, la dose d'insuline, comme le régime, sont soumis à « reconsidération » permanente. Mais il n'y a rien là de très complexe, et le malade guidé de loin en loin par son médecin, se débrouillera très bien dans cette insulinothérapie « flottante ».

Le quatrième but est de réduire la glycémie aux environs de la normale. Une fois la glycosurie disparue, le sujet étant en équilibre pondéral et non acidosique, on va tâcher de ramener la glycémie aux environs de la normale en procédant comme pour la glycosurie. C'est-à-dire qu'on pourra, à condition de ne pas nuire, diminuer l'apport glucidique ou, à l'inverse, augmenter la dose insulinique. Et, en pratique, là comme pour la glycosurie, on recourra à un compromis entre les deux possibilités théoriques.

(1) *Progrès Médical*, 6 nov. 1937, où il faut lire, 21e ligne, 2e colonne : « ce qui apporte 1 à 8 grammes de glucides en plus... », au lieu de 48 gr.

* * *

Difficultés — Incidents — Cas particuliers

La plupart du temps, on obtiendra facilement de très bons résultats.

Mais parfois des difficultés peuvent se produire :

— incidents de la médication insulinique ;
— résistance à l'insuline ;
— cas particuliers.

1) *Les incidents de la médication insulinique*

Il peut s'agir dans certains cas d'incidents locaux, à l'endroit des injections : douleurs, œdème, urticaire... Le plus souvent, il suffit de changer la marque de l'insuline pour en obtenir la cessation.

Plus ennuyeuses sont les réactions hypoglycémiques : sensation brusque d'asthénie avec tendance aux lipothymies, pâleur, frissonnements, tremblement, sueurs. Ces phénomènes, qui ne surviennent en général qu'avec des doses élevées d'insuline, s'observent parfois chez des sujets sensibles avec des doses assez faibles. On sait que l'apport glucidique doit suivre immédiatement la piqûre d'insuline.

Parfois, on se trouvera mieux de faire la piqûre *après* les repas plutôt qu'avant.

Si l'on est obligé de donner une dose journalière importante, il sera préférable de faire trois piqûres au lieu de deux.

Il est des cas, d'ailleurs rares, où l'on sera très gêné néanmoins par les incidents hypoglycémiques. C'est en pareille occurence, que « l'insuline-retard » actuellement à l'étude pourrait rendre de grands services, en libérant l'hormone non pas brutalement mais progressivement.

2) *La résistance à l'insuline*

Il est des cas, peu fréquents, où le traitement insulinique joint à un régime correct ne donne que des résultats imparfaits ou même à peu près nuls.

Il peut s'agir de diabètes compliqués : diabètes déséquilibrés par une infection aiguë (anthrax) ou chronique (tuberculose), et l'*insulin-résistance* est généralement partielle et temporaire. Il suffira d'élever la dose (et la ration glucidique).

Mais, parfois, l'insulinothérapie échouera parce qu'il ne s'agit pas tellement, dans le cas considéré, d'un déficit insulinique que d'une hyperglycémie due à une autre cause. En particulier, il faut insister sur les hyperglycémies d'origine hypophysaire où seule la radiothérapie (ou même l'ablation de l'hypophyse comme dans un cas récent de Chabanier), de la région hypophysaire pourra, en diminuant la production de l'hormone hyperglycémiante, améliorer l'état diabétique.

3) *Cas particuliers*

Sans entrer dans le détail, il faut souligner la nécessité de renforcer le traitement insulinique en cas de complication infectieuse (aiguë ou tuberculeuse), ou non (rétinite, artérite) ; en cas de poussée acidosique transitoire ou de tendance acidosique habituelle (diabète dit consomptif, dont le diabète juvénile relève habituellement) ; en cas de néphrite azotémique associée (puisque là les protides devront être singulièrement réduits) ; en cas d'intervention chirurgicale.

Au traitement de la grande acidose et du coma diabétique nous consacrerons une prochaine consultation.

Dr Marcel Perrault
Chef de clinique médicale
à la Faculté de Paris

1781, portant règlement général concernant les hôpitaux militaires, ayant ordonné que les Chirurgiens Aide-major et sous-aide-major seraient nommés et commis d'après l'autorisation du Secrétaire d'Etat ayant le Département de la Guerre, par les Intendans des Provinces et par ceux des armées lorsqu'elles seront rassemblées, et Sa Majesté nous ayant fait adresser ses ordres pour nommer et commettre, en outre de ces Officiers de Santé, les Elèves en chirurgie, Aide-Apothicaire major, Sous-Aides, Elèves en pharmacie, et commis aux Salles pour remplir le service dans l'hôpital militaire entretenu à Saint-Jean-d'Angely.

Nous, sur le bon et louable rapport qui nous a été fait de la personne du S. Marquet Duclos des services par lui rendus pendant plusieurs années dans les hôpitaux de la marine en qualité d'élève en Chirurgie.

Et de son expérience dans l'art de chirurgie avons nommé, commis et établi, et par ces Présentes nommons commettons et établissons ledit S. Duclos en la place d'Élève en Chirurgie dans ledit hôpital militaire entretenu par Sa Majesté à St-Jean-d'Angely pour par lui y servir en cette qualité et jouir des appointemens honneurs, autorités, prérogatives privilèges et exemptions attachés à ladite place ; en témoin de quoi nous avons signé la présente commission, icelle fait par notre premier Secrétaire.

Fait ce vingt-huit mars mil sept cent-quatre-vingt-trois.

Bon pour avoir son exécution à commencer du jour que le sieur Duclos a été admis dans l'hôpital.

[Signé] De Reverseaux Par Monseigneur
Dumarest de Lavalette ».

Dans ce nouveau poste Marquet continue à servir d'une manière si ponctuelle qu'il obtient après trois ans, le certificat suivant de son chef de service :

« Nous médecins des hôpitaux militaires de la Ville de Saint-Jean-d'Angely, Certifions que le sieur Duclaux a servi sous nos ordres dans les hôpitaux en qualité d'élève en chirurgie pendant environ trois ans, que pendant ce temps ayant rempli les devoirs avec zèle, intelligence et activité nous nous empressons de luy donner une marque publique de notre satisfaction.

à Saint-Jean d'Angely, 17 mai 1785. »

[Signature illisible].

Mais l'attestation la plus flatteuse vient du commissaire des guerres Joly d'Aubry ; elle nous fait aussi connaître que Marquet a été détaché comme chirurgien en chef dans divers hôpitaux ambulants sans réussir à obtenir un avancement pourtant bien mérité.

« Nous commissaire des guerres emploié à la division d'Aunis et chargé de la justice de l'hôpital militaire de Saint-Jean-d'Angely, certifions que le S. Marquet Duclos a servi audit hôpital en qualité d'élève en chirurgie depuis le mois de mars 1790, où il a donné des preuves de zèle et de capacité, qui nous ont porté à le charger en chef de différents hôpitaux ambulants établis pendant l'opération du desséchement des marais de l'Aunis et de la Saintonge, où ses succès luy ont mérité l'estime et la reconnaissance des troupes et la protection des généraux qui ont souvent sollicité l'avancement qu'il étoit en droit d'attendre, et qu'une réduction de la plus grande partie des hôpitaux du Royaume a sans doute empêché. »

Cependant ni sa supériorité, ni son esprit de camaraderie ne le mettent à l'abri d'une dénonciation, mais la vigoureuse protestation de ses chefs, de ses pairs et de ses élèves fait heureusement justice de cette calomnie :

« Nous soussignés Chirurgien-major, Aide-major, et Elèves de l'hôpital militaire de Saint Jean d'Angely déclarons et certifions n'avoir point écrit ni porté plainte des chefs d'accusation suivants, contre le sieur Marquet Duclaux, Elève dans ledit hôpital :

1° D'avoir pris un ton impératif et transcendant à notre égard ;
2° D'avoir établi un amphitéâtre, ou il a démontré sans l'agrément de ses chefs ;
3° D'avoir forcé les élèves à faire son service ;
4° D'avoir dit que celui qui refuserait serait exclus dudit amphitéâtre et des leçons ;
5° D'avoir paru à l'hôpital avec son habit d'uniforme de Chirurgien major des volontaires nationaux.

Déclarons de plus, nous élèves soussignés, que nous avons prié le Sr Marquet Duclaux, de nous démontrer l'anatomie dont on ne faisait point de leçons dans ledit hôpital, qu'il l'a fait généreusement et sans émoluments, mais qu'en reconnaissance nous lui avons offert nous-mêmes de faire son service.

Fait à St Jean d'Angely pour valoir et servir ce que de raison. 27 février 1790.

[Signé] Jarrousseau Donyau Drunomet
Cormeau Amutat Moreau. »
Hervé

III. — Apprentissage aux Ecoles royales de chirurgie de Paris

Sentant que la dureté des temps et la réduction du nombre des hôpitaux militaires lui interdisent tout espoir d'avancement, Marquet obtient un congé et va, pendant trois ans, suivre les cours des Ecoles royales de Chirurgie de Paris. Comme en font foi ses certificats, il est successivement l'élève d'Andravi 1787), de Desormeaux, de Lebas, de Boyer, de Petit Radet, de Pelletan, de Louis (1788). En l'an 1789, il suit les cours de Desang, de Tenon, de Pied et de Sabatier.

Dans la mêlée révolutionnaire

Enthousiasmé par les idées nouvelles, Marquet a le vif désir de servir dans un bataillon de volontaires charentais, mais il écrit, de Saintes, le 24 octobre 1791, la lettre ci-dessous, qui laisse percer toute sa déception :

« Au 1er Bataillon de la Charente-Inférieure

Messieurs

Pressé par le désir d'être utille à ma patrie, j'avais envoyé il y a quelque temps une adresse au département dans laquelle j'exprimois combien j'étais jaloux de m'unir aux braves volontaires nationaux qui se dévouent à la défense de l'état.

Fort et robuste j'offrais un Bras de plus et mon art pour déffendre et guérir ces généreux deffenseurs.

Cette adresse fut aqueuillie favorablement par Messieurs les Administrateurs, je me flatois déjà de partager avec mes frères et mes amis les fatigues et les dangers de la guerre, j'espérais enfin être le chirurgien-soldat qui devoit être attaché au Bataillon.

J'aprends au moment de la nomination qu'il se présente un concurrent aussi jaloux que moi sans doutte de servir ses concitoyens.

Quoique ma pétition soit antérieure à sa demande et qu'elle paraisse me donner des droits exclusifs à cette place, je suis cependant fort éloigné de m'en prévaloir, j'oserais dire au contraire qu'un rival en cette aucurence pique mon amourpropre et nous mettra à portée de faire preuve de nos lumières respectives ;

Je vous prie MM. de communiquer la lettre que j'ai l'honneur de vous écrire au corps de MM. les volontaires en les priant pour moi de solliciter de MM. les Administrateurs un concour public ou plusieurs Membres de l'Art només par eux seront les examinateurs et les juges de tous ceux qui voudront concourir pour cette place, trop heureux si par ce moyen MM. je fournis à ce corps un sujet digne de donner de pareils soins aux braves déffenseurs de la liberté. »

La nomination, sans concours, de son concurrent lui vaut, de la part des officiers, sous-officiers et soldats du bataillon, la lettre réconfortante qui suit : « Consolés vous, Monsieur, vous n'avés perdu que ce qu'il y a de plus vil dans le prix de la victoire puisque la faveur en dispose ; Mais ce qui devait l'embellir, ce qui devait vous les rendre plus chère, notre amitié, notre estime, notre reconnaissance éternelle pour vos bonnes, pour vos généreuses intentions, voilà ce qui vous reste. »

A défaut du poste de chirurgien-soldat qui lui échappe, Marquet accepte celui de capitaine des canonniers de Cognac, ce qui lui vaut son envoi aux Sables, dès le début de la guerre de Vendée.

A cette époque, la ville des Sables, coupée de ses communications avec Nantes et Fontenay-le-Comte, est « le seul point de trente lieues de côtes qui appartienne encore à la République ». En dépit de ses maigres munitions d'artillerie, à savoir 30 boulets de huit, 40 boulets de quatre et 200 gargousses à mitraille, elle n'hésite pas

à répondre à la sommation du vieux chirurgien Joly, commandant l'armée catholique et royale, par une bordée de coups de canon qui fauche le cheval gris pommelé sur lequel il est monté. Mais la vraie attaque se déclenche le Vendredi Saint, 29 mars, à deux heures du matin.

« La maison commune, écrit le conventionnel Gaudin, est convertie en arsenal et remplie de poudre. La municipalité se tient froidement sur ce volcan, tandis que des boulets rouges traversent les airs. » Après une canonnade de cinq heures, l'artillerie des Sables, non seulement démonte les batteries adverses, mais fait sauter leur réserve de munitions.

» La journée a été de sang, note le soir même l'ancien échevin Collinet. On tuait les hommes comme des oiseaux et au premier aperçu il a été trouvé 366 cadavres de Vendéens. » La ville est sauve et Marquet, après un séjour de quatre mois, emporte la belle attestation suivante :

« Nous administrateurs du district des Sables, certiffions à qui il appartiendra que le détachement de canonniers de Cognac, département de la Charente, sous le commandement du citoyen Marquet, capitaine, a observé, pendant le séjour de quatre mois qu'il a formé en cette ville, la plus exacte discipline. & tenu la meilleure conduite & donné des preuves de vrais républicains, Certiffions en outre que ledit citoyen Marquet a rendu de grands services à la jeunesse de cette ville qui s'est formée en une compagnie de cannonniers par l'instruction qu'il lui a donné, en foy de quoi nous lui avons délivré le présent certifficat comme gage de notre reconnoissance auquel nous avons fait apposer le sceau de cette administration. » (29 juin 1793.)

Rentré dans ses foyers, Marquet échappe à la réquisition générale des officiers de santé, en raison de ses fonctions publiques ; il se laisse absorber tout entier par la politique, et c'est dommage. Le représentant du peuple Harmand arrête « qu'il se transportera dans le district de la Rochefoucauld pour y déclarer la destitution prononcée par le Représentant du peuple contre des fonctionnaires publics, reconnus inciviques et fédéralistes, Les fera incarsérer et apposer les scellés sur leurs papiers et prendre toutes mesures de sûreté à cet égard... » (26 octobre 1793). Le 14 novembre, Marquet est chargé de réquisitionner six mille boisseaux de blé dans le district de Civray. Quinze jours plus tard, le représentant du peuple Bordas, chargé de l'épuration des autorités constituées de Cognac, désigne le citoyen Marquet pour faire partie de la municipalité et du conseil général de cette commune.

Nommé, le 23 pluviôse an II (11 février 1794), administrateur de l'hôpital, Marquet se voit décerner sans difficulté le certificat de civisme suivant, qui résume toutes ses vertus républicaines : « Les officiers municipaux de la Commune d'Angely Boutonne certifions à tous ceux qu'il appartiendra que le citoyen Marquet Duclaux chirurgien demeurant dans notre commune à l'instant de la révolution et y a demeuré jusqu'au moment de son mariage, auquel temps il fut fixer son domicile dans la commune de Cognac, que pendant sa résidence parmi nous, il y a montré le plus pur patriotisme et s'est conduit dans le vrai sens de la révolution sans aucunement dévier, que dès l'instant où la protestation de Beau Champ député de la ci-devant noblesse d'Angely Boutonne parut, il fut l'un de ceux qui montra le plus d'énergie pour expulser du sein de la société d'Angely Boutonne, affiliée dès lors à la société des Jacobins de Paris, tous les ex-nobles qui en faisoient partie, et toujours depuis, il se montra leur ennemi ; qu'il prit les armes dès le moment ou la patrie parut avoir besoin de bras et fit ses efforts pour élever l'énergie et le courage des jeunes gens de son âge... » (2 thermidor an II, 20 juillet 1794).

Au lendemain de la Révolution

Une fois le calme revenu dans les esprits, le silence se fait sur le nom de Marquet qui, lui-même, est assez oublieux de ses principes républicains pour accepter de l'Empereur le poste de « juge de paix de la ville et du canton de Cognac ».

Ce fait nous est révélé par la correspondance inédite du capitaine de vaisseau Lucas, le héros de Trafalgar, celui qui, sur son vaisseau *Le Redoutable*, perdit 522 hommes sur 643 d'équipage. Lucas, devenu le beau-frère de Marquet, le prend comme confident de ses rancœurs professionnelles, car il juge sévèrement la marine napoléonienne.

Antoine Marquet meurt à Cognac en 1834.

L'histoire que je viens de conter est celle du grand'père d'un savant biologiste, le docteur Ernest Godard (1826-1862).

ACTUALITÉS

La Science de l'Alimentation en 1937

C'est à en établir le bilan et à fixer les directives de l'avenir qu'ont été consacrés les travaux du IIe Congrès scientifique international de l'alimentation qui s'est tenu à Paris le mois dernier.

Parmi les nombreux rapports présentés, voici les conclusions de ceux qui intéressent particulièrement la médecine :

Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans. — M. L. Ribadeau-Dumas. — Les trois premières années sont, du point de vue alimentaire, l'époque de la lactation et de l'adaptation à l'alimentation variée. Les recherches actuelles n'ont pas seulement servi à codifier les faits d'observation naturelle, mais elles ont établi les valeurs alimentaires et la notion des équilibres alimentaires. Il importe dans l'alimentation, non seulement d'assurer les besoins quantitatifs, mais aussi les rapports entre les différentes substances alimentaires (protides, glucides, lipides, eau). Le nourrisson doit nécessairement prendre plus de protéines s'il est au lait de vache qu'au lait de femme. C'est là une des raisons du déséquilibre que l'on observe si souvent dans les régimes artificiels, car l'excès de protéine entraîne l'excès des glucides et la diminution de la graisse. Mais, alors que l'enfant nourri par sa mère présente une fonction uréique et une diurèse constantes, l'enfant nourri artificiellement présente des troubles de cette fonction pouvant aller jusqu'à de mauvaises concentrations de l'urée dans les urines. Pour remédier à ces faits, il faudra recourir à la variation alimentaire et donner à l'enfant une alimentation riche en substances de toute espèce. En ce sens, le sevrage doit débuter très précocement et atteindre de bonne heure la polymorphie alimentaire qui assurera la croissance harmonique de l'enfant. Il y aura lieu encore de tenir compte de l'instinct et du goût de l'enfant car le développement du goût suit le développement psycho-moteur de l'enfant. De ce point de vue, il y a des différences individuelles considérables dont il faut tenir compte, et qu'il ne faut pas perdre de vue, cet élément intervenant dans le plus jeune âge.

L'Alimentation de l'enfant (2 ans à la puberté). — M. E. Lesné et G. Dreyfus-Sée. — Du point de vue pratique, il est intéressant d'étudier successivement les erreurs essentielles commises dans l'alimentation habituelle des enfants et de les opposer aux principes d'alimenation rationnelle aux divers âges.

E. Lesné et G. Dreyfus-Sée exposent une série d'enquêtes portant sur les régimes usuels des collectivités d'enfant : crèches, internats, cantines scolaires, régimes familiaux dans la région parisienne. Ces enquêtes mettent en évidence des erreurs diététiques fréquentes et permettent de rechercher les principales causes déterminantes de ces fautes de régime.

A propos des éléments divers d'un régime bien équilibré, les auteurs insistent sur la nécessité de fournir aux enfants un régime complet, varié, bien présenté dans lequel les aliments divers

entrent dans des proportions déterminées, et qui doit être adapté à chaque âge, en tenant largement compte des facteurs individuels.

L'importance de la viande et des crudités, les inconvénients des excès de pain, de lait, de légumes secs ou de pâtes déséquilibrant la ration au détriment d'autres aliments utiles, sont particulièrement soulignés.

L'enfant étant spécialement sensible aux carences, les erreurs alimentaires sont plus nocives encore, si elles sont associées à une insuffisance de la ration.

Il est donc nécessaire d'enseigner aux familles, aux éducateurs, aux directeurs d'internats ou de crèches et aux enfants eux-mêmes, les principes essentiels d'hygiène alimentaire. Les cantines scolaires pourraient servir d'écoles ménagères pour les grandes filles.

Le régime alimentaire de la femme pendant la grossesse et l'allaitement. — G. Dreyfus-Sée. — Des notions physiologiques et expérimentales modernes démontrent la nécessité de fournir aux femmes enceintes et aux nourrices un régime complet, varié et équilibré, riche en vitamines, fournissant un test alimentaire suffisant pour combattre la constipation et bien présenté afin d'exciter l'appétit souvent déficient.

Tout élément de déséquilibre (surcharge en certains aliments, déficit pour d'autres) est un danger pour la mère et l'enfant. La sous-alimentation partielle ou totale (en particulier l'insuffisance en protéines animales) peut être un facteur d'avortement ou de fragilité du nouveau-né.

On devra tenir compte des habitudes alimentaires antérieures et des susceptibilités individuelles, mais on évitera d'interdire des aliments de bonne qualité habituellement bien digérés.

L'importance des notions et équilibres alimentaires devrait faire l'objet d'une propagande visant les organisations charitables ou sociales aussi bien que les milieux populaires et aisés qui subissent encore trop souvent l'influence des préjugés alimentaires erronés.

Alimentation durant l'époque de la puberté. — MM. Paul Le Noir et Charles Richet envisagent successivement la ration calorique, la ration protéinique, les besoins en sels et en vitamines, à l'époque de la puberté. Tenant compte à la fois des données fournies par le métabolisme basal de l'adolescent, les rapports de la surface et du poids corporel, des dépenses accessoires nécessaires à l'adaptation, à la température extérieure au travail digestif et aux dépenses du travail physiologique, chez un sujet au repos, mais non au repos absolu et, enfin, des dépenses de croissance, établissent que les chiffres de la radiation calorique rapportés au kilo étant, chez l'adolescent, supérieurs à ceux de la radiation calorique de l'adulte (168 calories pour l'enfant de 12 ans, 54 calories pour l'adolescent de 16 ans et 41 calories pour l'adulte, les chiffres totaux correspondant respectivement à 2.310, 2.920 et 2.640 calories nettes) la ration protéinique doit être également plus élevée chez l'adolescent que chez l'adulte. Les auteurs se ralliant à l'opinion des physiologistes et des pédiatres partisans d'une ration protéinique élevée et se fondant sur l'étude du métabolisme basal comparative chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, admettent comme optimum le chiffre de 2 gr. 50 de protéines par kilogramme constitué en proportion égale par les protéines animales et par les protéines végétales.

Alimentation de l'adulte et du vieillard. — MM. Paul Le Noir et Ch. Richet. — Après avoir résumé quelques données générales sur la classification des aliments et leur valeur énergétique, après avoir rappelé les chiffres quelque peu divergents des différents auteurs et insisté sur les variations possibles de la physiologie alimentaire individuelle, ainsi que sur la nécessité d'une large marge de sécurité, adoptent le chiffre de 3.000 calories brutes, c'est-à-dire celui des aliments achetés au marché de 20 p. 100 supérieur à celui des calories nettes calculé d'après les données du calorimètre. Ils passent en revue ensuite les variations relatives au sexe, à l'âge, au climat et aux saisons, à la surface et au poids, enfin au travail. Voici les chiffres qu'ils indiquent pour un travail physique moyen. Homme de 60 kgr. : 2.700 calories brutes, homme de 67 kgr. : 3.000 ; homme de 70 kgr. : 3.150 et homme de 80 kgr. : 3.600 calories brutes.

Etudiant la ration protéinique, ils envisagent les quatre données suivantes. Minimum théorique (de 0,17 à 0,30 de protéine par kilogramme). Minimum pratique (de 0,50 à 0,80). Chiffre optimum (de 1 gr. à 1 gr. 40). Chiffre usuel variable suivant les régions et les circonstances (de 120 gr. pour les parisiens adultes, soit environ 1 gr. 80 par kilogramme). Le rapport optima des protéines animales aux protéines totales est de 30 à 60 p. 100.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1397

M. le Président annonce à l'Académie le décès de M. Pedro Chutro et celui de M. Paganon. Il prononce leur éloge.

Scopochloralose en chirurgie. — *M. Delagenière* (Le Mans) utilise l'association de scopolamine et de chloralose. Cette association permet en injection sous-cutanée l'emploi de doses beaucoup plus importantes que si on injecte scopolamine et chloralose isolées. Le scoporalose cree chez les sujets une suggestibilite particulière mais surtout il supprime la conscience anxieuse pré-opératoire et la remplace par une euphorie particulière. Il permet une diminution importante des doses d'anesthésie employées. Il augmente la réflectivité et n'abolit pas la conscience. Mais la volonté est abolie et remplacée par une euphorie accueillante. Le malade ne redoute plus l'anesthésie. Enfin l'emploi de cet anesthésique de base supprime complètement la maladie post-opératoire : absence quasi-complète de vomissements, diurèse normale, pas de modifications post-opératoires du pouls, pas de shock, pas de ballonnement abdominal. Le scopochloralose agit essentiellement en abolissant volonté et mémoire. Les inconvénients sont un tremblement pré et post-anesthésique, la tension artérielle qui baisse au moment de l'injection de façon fugace, l'agitation post-opératoire qui n'est pas rare.

Thyroïdectomie. — *MM. Jacques-Charles Bloch* et *Zagdoun* rapportent 154 cas de thyroïdectomies opérés par eux. Les opérations classiques partielles donnent souvent des échecs. Les auteurs ont élargi énormément l'importance de la thyroïdectomie, et ils ne laissent que quelques grammes de tissu thyroïdien dans chaque lobe. L'examen des pièces opératoires montre que souvent on laisse en place des lésions méconnues au simple examen direct en particulier des adénomes, point de départ de récidives.

L'étude histologique des goîtres montre qu'il existe entre goîtres bénins et goîtres malins toute une catégorie de goîtres dont on ignore encore la malignité ou la bénignité.

Or c'est surtout dans ces tumeurs de la catégorie intermédiaire que l'on constate la récidive locale. Ce sont donc des tumeurs à malignité locale. Enfin l'examen des troubles fonctionnels affirme qu'on ne guérit un syndrome basedowien ou un adénome toxique qu'en enlevant beaucoup de corps thyroïde. Mais, même s'il s'agit de goître banaux, on est amené à une exérèse large, celle ci ne provoquant pas de myxœdème.

Ces trois groupes de faits ont engagé les auteurs à ne pratiquer que des opérations larges. Celles-ci ne sont pas plus graves que les opérations partielles. Sur 154 cas de goîtres de tout ordres, il n'y eut que deux décès, l'un par phénomènes thyrotoxiques, l'autre par hémorragie secondaire post-opératoire.

Les auteurs ne laissent dans les moignons thyroïdiens que du tissu sain. Ces moignons sont extrêmement petits, tantôt on les laisse de deux côtés, tantôt même d'un seul.

Le traitement post-opératoire des goîtres est très important. Il faut employer la méthode glucosée qui donne des résultats extraordinaires dans les accidents thyrotoxiques : sérum glucosé à 5 pour 100 en goutte à goutte intraveineux dès que le pouls devient arythmique ou accéléré, et dès que la température prise de demi-heure en demi-heure commence à croître.

Les accidents parathyréoprives sont exceptionnels et jugulés facilement par du gluconate de calcium. Les auteurs d'ailleurs ne lient jamais le tronc de la thyroïdienne inférieure, mais seulement ses branches au contact du corps thyroïde pour ménager la vascularisation parathyroïdienne.

Par les techniques anciennes, sur 78 cas, les auteurs ont trouvé 28 % de récidives. A l'étranger on trouve beaucoup plus, en moyenne de 40 à 50 % des cas opérés. Les récidives n'existent pas dans les goîtres diffus parenchymateux ; dans tous les autres cas on en trouve et particulièrement dans les goîtres proliférants (25 %). Il semble bien que la thyroïdec-

tomie quasi-totale évite une grande part de ces récidives, sans créer de myxœdème post-opératoire.

La technique des auteurs est présentée en un film.

Pelvi-péritonite à pneumocoques. — *M. Rouhier*, *M. Lévy-Bruhl* et *M. Chevallier* ont observé une pelvi-péritonite à pneumocoques qui fut traitée par colpotomie et sérothérapie spécifique locale avec succès. Le germe en cause était le pneumococcus mucosus.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 octobre 1937

Encéphalite de la scarlatine à type de délire aigu. — *MM. R. A. Marquézy* et *P. Rambert* rapportent l'observation d'une encéphalite a type de delire aigu, survenue chez une femme de 36 ans, au quatrième jour d'une scarlatine ne présentant aucun signe de malignité. Ils insistent sur les particularités cliniques, la forme assonancée du délire, la tendance à la catatonie, sur l'évolution vers la guérison.

Les troubles mentaux leur apparaissent absolument indépendants de la fièvre et de la néphrite intercurrente.

M. Milian rapproche ces faits des érythèmes scarlatiniformes du neuvième jour, avec délire aigu, et qui sont en rapport avec une scarlatine développée au cours du traitement par le novarsénobenzol.

La virulence du liquide céphalo-rachidien au cours des parotidites ourliennes simples. — *M. De Lavergne*, inoculant au lapin, par voie sous-occipitale, du liquide céphalo rachidien de malades atteints d'oreillons sans signes méningés cliniques, a pu obtenir des lésions de méningite et de névraxite chez cet animal.

Kala azar de l'adulte, compliqué d'érysipèle disséquant, suivi de guérison. — *M. Ed. Benhamou* rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, alcoolique, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de cirrhose hépatique, parce qu'elle était porteuse d'un très gros foie, d'une splénomégalie et d'une légère ascite, et chez laquelle une fébricule irrégulière fit penser à une leishmaniose viscérale interne. Le diagnostic de kala-azar fut confirmé par la présence des parasites dans les frottis sternaux, spléniques, hépatiques, ganglionnaires et dermiques.

L'évolution fut troublée par l'apparition, sur la face antéro-interne de la cuisse, d'un érysipèle gangréneux qui entraîna une énorme perte de substance et qui disséqua littéralement tous les muscles de la région. Le rubiazol, donné dès le premier jour, n'enraya pas les accidents nécrotiques, mais l'érysipèle disséquant guérit, suivant la règle, en ne laissant qu'une cicatrice minime.

Pendant ce temps, sous l'influence de la médication antimoniale (dix injections intraveineuses de néostibosan à 0,30 en vingt jours) le foie diminuait rapidement de volume, ainsi que la rate, la guérison du kala-azar n'ayant nullement été retardée ou compromise par l'érysipèle disséquant.

M. Lemierre fait remarquer combien ces érysipèles disséquants qui entraînent des délabrements énormes se réparent rapidement sans laisser de traces. Ils seraient provoqués par un germe anaérobie des voies génitales de la femme. Il relate un cas de kala-azar, datant de dix mois, qui ne fut pas influencé par le néostibosane, mais qui, par contre, guérit facilement sous l'influence du traitement par l'uréastibamine.

Hyperazotémie curable, peut être extra-rénale, par stase duodénale possible, au cours d'une cholécystite aiguë apyrétique. — *MM. G.-R. Doré* et *F. Larchant* présentent l'observation d'un ouvrier de 32 ans, entré à l'hôpital maritime de Cherbourg, en octobre 1934, pour un syndrome abdominal très douloureux avec anurie et hyperazotémie à 4 grammes par litre. Il y avait une leucocytose à 17.000 globules blancs, avec 91 p. 100 de neutrophiles, formule d'infection contrastant avec une température restée constamment plutôt hypo-thermique. Le diagnostic a été celui de cholécystite aiguë et l'absence de fièvre a été attribuée par les auteurs à l'azotémie. Cette azotémie elle-même semble avoir été déterminée moins par l'infection biliaire que par la stase duodénale et causant la résorption de produits toxiques : polypeptides, acides aminés ayant provoqué des accidents urémiques à forme acidosique. Le malade a guéri et a été suivi par les auteurs durant une période de trois ans.

Trois cas d'érythrémie : variabilité du chiffre globulaire ; constance des troubles de la coagulabilité. — *MM. G. R. Dore*, *R. Duliscouet* et *Callegari* rapportent trois cas d'érythrémie dont deux observés chez des marins à l'hôpital maritime de Cherbourg, et l'autre chez une femme de 53 ans. Les auteurs insistent sur la variabilité du tableau clinique de la polyglobulie essentielle. Chacun de ces trois cas a présenté une physionomie particulière due à la prédominance et aussi à la constance d'un des symptômes cardinaux de la maladie de Vaquez. Dans deux cas seulement, la coloration tégumentaire est apparue comme le phénomène le plus important pouvant constituer un symptôme d'alerte. Dans le troisième, le teint était sensiblement normal. Seul le premier cas présentait de la dilatation des veines du fond de l'œil. La splénomégalie très importante chez deux malades était à peine sensible chez un troisième. Celui-ci présentait des symptômes cardio-vasculaires importants, de la dyspnée d'effort, une augmentation de volume du ventricule gauche en rapport avec une hypertension artérielle ancienne. Chez les deux autres malades, l'appareil cardiovasculaire était normal. Deux malades ont présenté des troubles nerveux subjectifs importants : sensations de plénitude, bouffées de chaleur, douleurs erratiques dans les membres, instabilité d'humeur, irrascibilité, amnésie, obnubilation intellectuelle. Ces troubles faisaient défaut entièrement chez un troisième sujet.

Dans les trois cas, la polyglobulie était de moyenne importance, variant au maximum entre 6 et 7 millions. Mais il faut remarquer que chez deux de ces malades il y avait une grande instabilité du chiffre globulaire. Chez l'un d'entre eux, les auteurs ont enregistré des diminutions de près de deux millions de globules rouges en l'espace d'une semaine. Un autre atteint à certaines périodes des chiffres presque physiologiques, pour remonter ensuite à un taux supérieur à six millions sans que les signes cliniques en soient modifiés de façon appréciable. Rejeter un diagnostic de polyglobulie sur la seule numération qui aurait donné un chiffre normal, serait une imprudence.

D'une façon générale les globules blancs sont augmentés en nombre. Il y a de la polynucléose et une réaction myélocytaire particulièrement forte chez l'un des sujets où elle atteignait 12 p. 100 de myélocytes et de promyélocytes et s'étendait à la série rouge par la présence de 5 p. 100 de globules nucléés. Chez les trois sujets, il y avait des troubles de la coagulation caractérisés par l'irrétractilité du caillot, voire même par une coagulation de type plasmatique avec phénomènes de redissolution après agitation. Cette mauvaise qualité du plasma qui pèche vraisemblablement par insuffisance de fibrine, paraît être un caractère à la fois constant et permanent. Les auteurs l'ont constaté en cours de périodes où le chiffre globulaire était sensiblement normal. On conçoit donc toute l'importance que prend ce signe en pareille circonstance. La maladie de Vaquez, affection essentiellement protéiforme sous une apparente complexité diagnostique, possède donc néanmoins un caractère fondamental qui est d'ordre hématologique. L'étude du sang méthodiquement conduite donne en toutes circonstances, dans les formes latentes ou frustes, l'élément de certitude.

A propos de deux cas de tuberculose pulmonaire miliaire curable. — *M. Rist* rapporte les observations de deux malades ayant présenté une tuberculose miliaire des poumons, bilatérale, complètement effacée par la suite. L'évolution fut absolument asymptomatique chez l'un d'eux et très pauvre en signes cliniques chez l'autre. Les deux malades présentèrent secondairement un nouvel épisode pulmonaire tuberculeux ; condensation lobaire excavée chez le premier, nouveau semis miliaire bilatéral des lobes supérieurs chez le second, alors que la première atteinte restait localisée aux deux bases. En même temps évoluèrent des lésions extra-pulmonaires : lupus tuberculeux de l'avant-bras et du cou à évolution remarquablement bénigne chez l'un, tuberculose linguale chez l'autre, à évolution grave, récidivante et extensive, entraînant la mort par inanition.

L'auteur rapproche de ces cas celui d'une fillette de 14 ans qui présenta une laryngite contemporaine du début d'une tuberculose pulmonaire miliaire. Contrairement à toute atteinte, l'évolution des deux lésions se fit vers la résolution.

Il est impossible, en présence de lésions miliaires des poumons, de rassembler des critères permettant d'établir un pronostic.

Il est difficile de savoir si l'effacement radiologique des lésions miliaires signifie *restitutio ad integrum.*


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS

Un cas de fièvre ondulante guérie par l'emploi de dérivés sulfamidés non azoïques. — *M. Bétoux* rapporte l'observation d'un ouvrier agricole de 27 ans, atteint de fièvre ondulante et qui guérit rapidement par l'ingestion et l'injection intraveineuse de dérivés sulfamidés non azoïques.

M. Lemierre serait volontiers plus prudent dans l'interprétation de tels faits. Il reste convaincu que, jusqu'à présent, les colorants azoïques n'ont donné de résultats probants que dans l'érysipèle ; il n'a jamais rien obtenu dans les autres maladies infectieuses.

M. Marquézy fait remarquer que les brucelloses peuvent guérir facilement par l'endoprotéinothérapie ou l'emploi de composés chimiques les plus divers.

Bien des brucelloses, d'ailleurs, guérissent spontanément.

M. Kindberg pense que la fièvre de Malte, lorsqu'elle se prolonge, ne demande qu'à guérir sous l'influence de n'importe quel choc thérapeutique.

Précisions sur les doses thérapeutiques de l'un des nouveaux dérivés organiques du soufre. — *MM. R. Benda* et *M. Palazzoli* à propos de la discussion soulevée au cours de la dernière séance, rapportent les expériences qu'ils ont entreprises à l'aide de la sulfamide, sur la gonococcie en particulier. Ils rappellent que l'action du « 1162 » sur le gonocoque *in vivo* est absolument indéniable, mais qu'en pratique on se heurte à une double difficulté tenant d'une part à la toxicité du produit, et d'autre part, à l'inefficacité des doses relativement faibles employées seules.

La véritable solution consiste à associer d'emblée les lavages uréthraux, à l'ingestion de doses faibles, non toxiques, qui donnent alors les résultats les plus encourageants.

Sur la sérothérapie antiméningococcique. — *M. Le Bourdellès* rappelle que de 1908 à 1910 l'entrée en action de la serotherapie antiméningococcique dans l'armée a fait tomber en milieu militaire la léthalité de 67,12 à 24,50 pour 100. Après la guerre, la léthalité s'est relevée à 36,67 pour 100 ; l'aggravation de la méningococcie pendant cette période paraît avant tout liée à l'entrée en ligne du méningocoque B, séro-résistant, et aussi à l'augmentation du pourcentage dans les effectifs des indigènes coloniaux, très sensibles à la méningococcie. Les associations microbiennes ne se montrent pas fréquentes dans l'armée, d'après les renseignements statistiques. La sérothérapie monovalente donne parfois de beaux succès, surtout dans la méningite A. L'immunité habituelle des porteurs de germes est en faveur de l'existence d'une immunité naturellement acquise, immunité de contact ; par ailleurs les propriétés pyogenes du germe aboutissent parfois à la création d'etats méningés alveolaires qui s'opposent à toute manœuvre. Sans négliger les possibilités actuelles de la chimiotherapie, l'emploi de la sérothérapie réglée demeure nécessaire.

M. Mollaret fait remarquer qu'il n'est pas actuellement possible de titrer le sérum antiméningococcique car il n'existe pas d'animal de laboratoire que l'on puisse à la fois infecter et protéger.

Il rappelle qu'à l'étranger, les statistiques concernant la léthalité par méningite à méningocoques sont sensiblement les mêmes qu'en France. En Angleterre par contre, la relative inefficacité du sérum avait déjà été constatée avant la guerre, sans doute parce que le méningocoque B était déjà très souvent retrouvé. Il semble bien que le méningocoque B soit d'origine anglaise.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Contrairement aux idées classiques, le cancer du corps de l'uterus existe avant la ménopause beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait.

La fréquence moyenne du cancer du corps de l'utérus après la ménopause ne dépasse pas 50 pour 100 des hémorragies utérines anormales se produisant à cet âge.

Il est indispensable de le rechercher systématiquement pour pouvoir le dépister dès son début et le traiter chirurgicalement dans les meilleures conditions. Le curettage biopsique et l'hystérographie préalable systématique nous permettent désormais ce diagnostic précoce. L'hystérographie révèle les lésions intra-utérines, précise le siège et l'étendue de la tumeur, guide la biopsie et précise utilement les indications thérapeutiques.

(Claude Béclère. — Le cancer du corps de l'utérus avant et après la ménopause. *La Presse Médicale*, 22 septembre 1937.)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

La tuberculose pulmonaire au cours des cardiopathies

La tuberculose pulmonaire au cours des cardiopathies évolue écrit M. Caussade (*Revue de Médecine*, octobre 1937), de trois manières différentes suivant qu'il s'agit : 1° du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire accompagné ou non de communication interventriculaire ; 2° de maladie mitrale, et surtout du rétrécissement mitral ; 3° de lésions orificielles de l'aorte.

Dans le premier cas, l'évolution est torpide, souvent apyrétique, caséeuse, fibro-caséeuse, et à tendance vers la guérison spontanée, réserves faites de quelques cas de tuberculose aiguë. Il s'agit de tuberculose sur un terrain ischémié. Un autre exemple de tuberculose par ischémie est fourni par le développement de pneumonie caséeuse exclusivement comprise dans le territoire d'une branche de l'artère pulmonaire comprimée par un anévrisme de l'aorte.

Pas de retentissement de la tuberculose sur l'affection cardiaque.

Dans le second cas, la tuberculose, au contraire, sur un poumon congestionné et œdématié. Les variétés cliniques et anatomiques sont nombreuses ; elles sont en rapport avec la prédominance soit de l'affection cardiaque, soit de la tuberculose qui peut affecter toutes les formes, depuis la granulie jusqu'aux cavernes. Retentissement de l'affection cardiaque sur la tuberculose et réciproquement.

La forme hémoptysique et non hémoptoïque est fréquente. Elle n'est pas toujours grave.

Dans le troisième cas, la tuberculose a de la tendance à la guérison spontanée (sclérose), mais, intermédiaire entre les deux formes précédentes, elle peut être subaiguë et affecter la forme ganglionnaire. Pas de retentissement sur la cardiopathie.

Le *diagnostic* doit s'établir sur l'ensemble des signes et des symptômes fonctionnels. Cuti-réaction, fièvre, crachats, hémoptysies (surtout leur inoculation aux cobayes), radiologie, état général,

Le diagnostic est difficile : 1° dans les formes hémoptysiques, surtout quand les hémorragies sont isolées ou prédominantes ; cette éventualité pouvant s'observer aussi bien au cours des pneumopathies cardiaques non tuberculeuses ; 2° quand l'affection cardiaque est latente ou sans réaction fonctionnelle ; 3° si on s'en rapporte exclusivement aux images radiologiques qui souvent sont identiques, qu'il s'agisse d'affection cardiaque ou tuberculeuse.

Traitement. — Les *toni-cardiaques* sont utiles dans les cas suivants : encombrement des poumons par les pneumopathies cardiaque et tuberculeuse ; hémoptysies tuberculeuses ou cardiaques qui retentissent sur l'affection cardiaque ; résorption des congestions cardiaques ou des œdèmes tuberculeux ; d'où action indirecte sur l'extension de la tuberculose, ceux-ci contenant des bacilles de Koch essaimés de foyers voisins en évolution.

Le traitement rationnel et vraiment efficace des hémoptysies consiste dans l'administration des médications coagulantes, surtout si les hémoptysies sont graves et menacent la vie du sujet. Ne pas hésiter à instituer un traitement énergique.

Il y a intérêt à combattre par des stocks-vaccins ou des auto-vaccins les pneumopathies cardiaques infectées.

La chrysothérapie est formellement contre-indiquée si l'affection cardiaque est décompensée. Elle est indiquée si la tuberculose affecte une allure aiguë. Mais les doses doivent être faibles et maniées avec une extrême prudence. Examens sanguins fréquents ; si éosinophilie, contre indication ou suspension du traitement

Collapsothérapie : mêmes indications et contre-indications que précédemment ; mais l'indication absolue est que la tuberculose soit unilatérale autant que possible. Choix du mode de collapsothérapie : P. N. O. exclusivement toujours hypotensif. La cure sanatoriale s'impose dans tous les cas comme curative et traitement adjuvant.

La stérilisation des coquillages par l'ozone.

D'après les expériences de MM. Violle et Rose (*Revue d'hygiène et de médecine préventive*, octobre-novembre 1937), l'ozone agissant directement sur les coquillages ne paraît pas toxique ;

la teneur en microbs des coquillages contaminés peut donc être, de ce fait, notablement réduite et en un laps de temps relativement restreint.

L'apicolyse extra-fasciale

M. Marc Iselin étudie (*Presse Médicale*, 3 novembre 1937) cette méthode de traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, méthode préconisée par Carl Semb, chirurgien d'Oslo, en 1935. Et voici ses conclusions :

L'apicolyse extra-fasciale est une méthode originale, la première qui permette un collapsus parfait du poumon, c'est-à-dire un collapsus s'exerçant dans l'axe vertical comme dans les axes transversaux.

Conservant le périoste, mais un périoste altéré, qui ne régénérera que lentement, elle laisse aux lésions le temps suffisant pour se rétracter avant que le périoste ne régénère, mais alors ce dernier fixera les lésions dans leur position de guérison et empêchera toute réexpansion.

Les résultats, entre les mains de ceux qui en ont une grande expérience, sont très beaux. Danger comparable à celui d'une thoracoplastie ordinaire pour un nombre de guérisons très supérieur. Mutilation inférieure pour un meilleur collapsus, car l'étendue des résections costales est plus modeste. Enfin, douleur post-opératoire très réduite, puisque les trois ou quatre premiers nerfs intercostaux sont sectionnés.

Elle n'a qu'un inconvénient: sa difficulté technique, qui n'est pas niable en certains cas, mais qui est loin d'être insurmontable. Nous croyons donc devoir mettre en garde ceux qui voudraient faire des apicolyses extra fasciales sans avoir une expérience suffisante de la chirurgie pulmonaire : ils courent aux pires déboires.

Le traitement de la sparganose oculaire

Cette curieuse affection, observée en Indochine, est d'origine coutumière. Elle est due en effet à une méthode de traitement des conjonctivites aiguës, méthode qui consiste à appliquer sur la région palpébrale, soit une grenouille dont on a incisé la paroi ventrale, soit un emplâtre fait de muscles frais de grenouilles, hachés et mélangés ou non à d'autres ingrédients et maintenu en place par une feuille de bananier.

Cette préparation, appliquée le soir, reste en place parfois toute la nuit. Les dégâts produits sont fonction du degré d'infestation plus ou moins grand de la grenouille et de la durée d'application. Très rapidement se produit une réaction inflammatoire entraînant une tuméfaction considérable du tissu cellulaire de la région palpébro orbitaire.

Jusqu'ici le traitement de cette affection était l'intervention chirurgicale, l'orbitotomie supéro externe avec recherche et extirpation des parasites.

M. Kefler (*Archives d'ophtalmologie*, septembre 1937), après divers essais, utilise maintenant l'arsénobenzol intra-veineux, soit à 7 à 15 centigr. chez les enfants, 30 à 45 chez les adultes, dose renouvelée quatre ou cinq jours après. Il obtient ainsi la guérison clinique et anatomique des lésions.

NOTES CLINIQUES

Les corps étrangers intra-oculaires et leur tolérance

Le pronostic des corps étrangers intra-oculaires, restés inclus, doit être toujours réservé dit M. Topol (Thèse de Paris, 1937) il en est cependant qui sont remarquablement tolérés.

La tolérance dépend : de l'asepsie du corps étranger lors de sa pénétration ; de sa situation dans le globe. C'est le cristallin dont la tolérance semble la plus grande. Il n'en est pas de même du corps ciliaire, dont la fonction pseudo-glandulaire s'accompagne d'une vascularisation et d'innervation très abondante et, qui, d'autre part, est soumis aux mouvements incessants de l'accommodation ; de sa composition chimique : les métaux oxydables ou « actifs » comme le fer et le cuivre sont mal tolérés, tandis que les métaux « inactifs », comme l'or et l'argent, de même que le verre, sont relativement bien tolérés ; de sa forme : un éclat métallique irrégulier est moins facilement toléré qu'un grain de plomb arrondi.

De l'examen de 50 cas, cités dans le travail de M. Topol, il résulte que la tolérance n'est, généralement, que temporaire. Après un certain temps, d'ailleurs très variable, apparaissent des processus réactionnels qui obligent à l'énucléation.

La loi française de 1898 sur les accidents de travail limite à trois ans la durée du délai de révision. En matière de corps étrangers intra-oculaires, ce délai est manifestement trop court. Il est à souhaiter qu'une nouvelle loi supprime ce délai de révision ou, tout au moins, en augmente la durée.

Si, à l'expiration du délai de révision le corps étranger intra-oculaire est bien toléré, il semble rationnel et équitable d'allouer, même en cas de vision satisfaisante, un certain taux complémentaire d'incapacité : la présence de ce corps étranger restant une menace redoutable pour l'avenir de la capacité professionnelle.

Dans les affaires, dites de droit commun, c'est au titre de « pretium doloris » que peut et doit entrer en ligne de compte une indemnisation complémentaire, compensatrice du risque d'intolérance, d'une intervention chirurgicale et même d'une défiguration ultérieure possible.

La rœntgenthérapie dans la tuberculose annexielle

La difficulté du diagnostic de la tuberculose génitale, dans les formes cliniquement isolées, — c'est-à-dire ne s'accompagnant pas d'une autre localisation tuberculeuse évolutive —nécessiterait, dans la mesure du possible, une laparatomie exploratrice suivie d'une biopsie. Dans ces cas, en effet, le diagnostic de certitude n'est souvent donné que par l'examen microscopique.

La tuberculose utéro-annexielle avec ascite libre, survenant chez une jeune fille ou chez une enfant, est justiciable d'une laparatomie dont les effets ont été singulièrement améliorés par les traitements pré et post-opératoires consistant en rayons ultra-violets, insolation, climatothérapie.

En dehors de ce cas particulier, et exception faite de certaines mesures chirurgicales, qui consistent, au cours d'une laparotomie d'épreuve, à évacuer une volumineuse ascite, à enlever les masses caséeuses extirpables, et surtout les collections telles qu'hydro ou pyosalpinx, sur lesquelles la rœntgenthérapie est toujours impuissante, il semble dit M. Coulombeix (Thèse de Paris, 1937) que dans tous les autres cas graves, il convienne d'instituer d'emblée un traitement rœntgenthérapique.

Contrairement à l'opinion de nombreux gynécologues et radiothérapeuthes allemands, M. Coulombeix estime que l'on doit poursuivre d'emblée la stérilisation définitive. Chez les femmes irradiées avec des doses insuffisantes, les récidives sont fréquentes et l'on doit arriver, tôt ou tard, à la stérilisation définitive pour obtenir des guérisons durables.

La rœntgenthérapie à une importance capitale dans la cure des complications post-opératoires les plus graves, en particulier des fistules purulentes et pyostercorales pour lesquelles la chirurgie n'a guère connu que des déboires.

Mais le traitement d'ordre général, reste toujours primordial.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement de la gale par le benzoate de benzyle

Le Docteur A. Vellin qui a consacré sa thèse (Marseille) à ce sujet apporte 112 observations de malades traités uniquement par la méthode de Kissmeyer (application de lotion au benzoate de benzyle). Efficacité égale, sinon supérieure à celle de la frotte, action très rapide, plus marquée que celle du baume du Pérou, prix de revient très faible, grande propreté d'application, tels sont les principaux avantages du benzoate de benzyle.

Mélangé à l'alcool et au savon (lotion antipsorique Spécia au benzoate de benzyle ou ascabiol) son pouvoir de pénétration augmente et son utilisation est des plus commodes. Après un savonnage suivi d'un bain, on brosse le patient à l'aide d'un pinceau en soies de porc, imprégné de lotion antipsorique, en insistant sur les régions atteintes. Deux applications qu'on laisse sécher faites à quelques minutes d'intervalle, suffisent généralement à tuer tous les parasites. Il convient d'attendre une semaine la preuve d'une récidive avant de refaire le traitement. Sur 112 malades, 103 furent guéris en vingt-quatre heures et même en moins de temps. Le traitement moins irritant que les autres est applicable à toutes les formes cliniques de la gale : chez les enfants les plus jeunes, les vieillards et les femmes enceintes.

Echos et Glanures

Influence de la médecine sur l'évolution des habitudes alimentaires. — *D'après MM. Gilbert-Dreyfus et Lamotte, qui ont présenté un rapport sur cette question au* II[e] CONGRES SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'ALIMENTATION (Paris, octobre 1937) :

Cette influence ne se manifeste que très tardivement, et de nombreux facteurs paraissent tout au long de l'histoire avoir joué un rôle beaucoup plus important. Les servitudes imposées par la fertilité du terrain, le climat ont été partiellement étudiées grâce aux migrations, aux invasions. Dans l'antiquité, les guides les plus écoutés sont les religions ; cependant, dans les écrits d'Hippocrate sont indiquées quelques règles de diététique empreintes de bon sens : le goût, l'appétit, l'accoutumance, sont pour lui des indicateurs les plus sûrs. Le moyen-âge se contente de paraphraser les écrits hippocratiques ou d'indiquer quelques recettes. C'est de la Renaissance que date l'arrivée sur le vieux continent de plantes exotiques : café, thé, cacao auxquels des médecins réservent en règle un accueil défavorable. Les tables royales donnent l'exemple d'une suralimentation excessive contre laquelle ne s'élèvent guère les ordonnances médicales : purges, saignées, clystères sont la base de toute thérapeutique.

Ce n'est qu'avec le XIX[e] siécle qu'apparaît l'influence profonde exercée par les médecins sur l'alimentation, grâce à l'établissement des besoins énergétiques d'un individu en équilibre pondéral, le calcul d'un bilan calorique, la notion d'hétérogénéité des substances nutritives et d'une impossibilité d'accepter totalement le principe d'isodynamie.

Les découvertes de Pasteur, l'isolement, depuis 1911, des principes vitaminiques permettent d'établir des régimes plus souples et plus complets.

Le rôle du médecin est de servir d'intermédiaire entre la physiologie et la pratique, de s'appuyer avec bon sens sur la science pour appliquer son art. Les auteurs pensent que les efforts conjugués des médecins, des hygiénistes, rendent compte de l'amélioration des conditions alimentairês : développement du régime carné (acides aminés indispensables), diminution de la consommation d'alcool par exemple et, par ricochet, de l'augmentation de la longévité que signalent toutes les statistiques.

Elie Faure médecin. — AUX ECOUTES (6 novembre 1937):

Comme médecin, le Docteur Elie Faure vécut en quelque sorte dans l'ombre de son frère, le Professeur Jean-Louis Faure, dont il fut pendant de longues années l'anesthésiste attitré.

Très avenant, de manières douces, le Docteur Elie Faure savait, grâce à de bonnes paroles, rassurer le malade qu'il allait endormir. Aux jeunes femmes, il racontait volontiers une histoire merveilleuse tout en leur posant le masque sur le visage, il ne manquait pas de venir, le lendemain s'asseoir au chevet de l'opérée.

— Chère enfant, disait-il, je viens vous raconter la fin de mon histoire...

Elie Faure possédait dans son appartement du boulevard Saint-Germain une fort belle collection de toiles parmi lesquelles des esquisses de Delacroix et des toiles de Soutine. En tant que critique, il avait joué, après la guerre, le rôle de « découvreur », et lancé plus d'un peintre. Pendant quelques années il fut ainsi l'oracle de la jeune peinture. Même ceux qu'il ne découvrait pas, semblaient ne devenir eux-mêmes qu'avec sa consécration. Ce fut le cas de Derain.

Mais Paris se lasse vite de ses idoles. Du jour au lendemain, Elie Faure cessa d'être écouté. On le tint à l'écart des discussions d'écoles et des polémiques, et son grand ouvrage sur l'*Histoire de l'Art* devint, en quelque sorte, lui-même « historique », sans être le moins du monde « démodé », Elie Faure, lui-même, s'en rendait parfaitement compte. La dernière fois qu'il rendit visite à un éditeur, ce fut pour déclarer :

— Il se passe avec moi un phénomène curieux. J'ai une situation de premier ordre et elle ne me sert à rien. Je suis célèbre et personne ne me lit...

Dans cette situation bizarre, il lui était venu, à la longue, une amertume que le parti communiste pour les besoins de sa propagande, se mit en devoir d'adoucir. Et, grisé d'un encens tardif, on vit avec tristesse cet homme qui avait tant lutté pour l'indépendance de l'art, se soumettre aux exigences toujours variables de « la ligne ».

Médecins fonctionnaires sans avantages. — *Le Docteur Guilhaume adresse au* Temps (5 novembre 1937) *une lettre dont voici un extrait* :

... A côté du fonctionnarisme intégral il existe quantité de postes dont les titulaires, en général de profession libérale, n'ont ni les prérogatives ni les garanties que confère le titre de fonctionnaire ? C'est ainsi que des médecins, des architectes, des avocats, pour ne citer qu'eux, remplissent des fonctions rémunérées par l'Etat, les départements, les communes. Ils n'ont ni retraite, ni congé payé, ni garantie de risques professionnels, ni stabilité dans leurs emplois, dont le cumul est quasi obligatoire, étant donné que la médiocre rémunération d'un seul poste ne saurait faire vivre son titulaire. En général, malgré leur faible rendement pécuniaire, l'accession à ces emplois nécessite des études particulières et des concours toujours difficiles. Je ne connais bien que la situation particulière des médecins, mais je puis dire que dans les autres professions libérales, il y a des situations analogues sans que je puisse fournir des détails précis ; et encore, pour les médecins, je dois me limiter à des cas typiques pris par exemple dans le cadre des deux préfectures du département de la Seine.

1° *Office d'hygiène sociale.* — Les médecins chargés des consultations touchent 65 francs par consultation. On leur retient encore les 10 % de M. Laval, ils n'ont aucnn congé, pas de retraite, pas de garanties contre les risques professionnels ; tant pis pour eux s'ils deviennent tuberculeux ou sont atteints de radiodermites. Ils sont nommés pour trois ans et réinvestis dans leurs fonctions par périodes triennales. L'administration peut donc les renvoyer au bout de trois ans sans recours ; en tout cas, à soixante-cinq ans, ils sont mis à la retraite... sans espèces sonnantes.

2° *Médecins inspecteurs des écoles.* — Concours difficile pour toucher, tenez-vous bien 6.000 francs par an ! Même situation que pour les médecins de l'O. P. H. S.

3° *Médecins de l'A. P. à Paris.* — Situation à peu près analogue.

4° *Médecins des hôpitaux.* — Leur situation s'est un peu améliorée par l'octroi récent d'une retraite de 10.000 francs. Tous ces emplois relèvent de la Préfecture de la Seine. A la Préfecture de police, la position est un peu plus favorable : les médecins ont en général une retraite, mais — j'attire votre attention sur ce point — aucune indemnité de résidence.

Dans les chemins de fer, même chose, mais, en général, il y a un congé payé, par exemple au métro, où il existe un service médical techniquement remarquable.

Ces exemples suffisent, mais je tiens à vous signaler une différence capitale en ce moment entre ces divers emplois et ceux des fonctionnaires : ces derniers ont été déjà augmentés de 100 francs portant non sur le traitement de base, mais bien sur l'indemnité de résidence. Ce point est capital, car, ainsi, les titulaires des emplois que je vous ai cités qui ne sont pas considérés comme des fonctionnaires proprement dits et qui n'en ont pas les prérogatives ne touchent pas cette indemnité, donc pas d'augmentation il y a un an et donc pas davantage cette fois encore probablement.

C'est une grave injustice. Qui penserait à ces représentants des classes moyennes ? C'est pourquoi je crois devoir vous signaler la situation de ces citoyens dont l'œuvre est capitale dans la société et qui, usant peu des méthodes d'intimidation et de menaces si à la mode à notre époque sont les victimes de leur silence, à mon avis plein de dignité, et de leur dévouement méconnu par ceux qui les emploient et en profitent.

Le sel de vichy. — *M. E. M. rapporte ainsi dans le* Temps (7 novembre) *l'arrêt que vient de rendre le Conseil d'Etat* :

L'arrêt que vient de rendre le Conseil d'Etat à la date du 5 octobre aura pour résultat de modifier l'habitude prise par une partie du public de désigner le bicarbonate de soude par le nom de « sel de Vichy ». Il faut d'ailleurs reconnaître que le texte ancien du codex pharmaceutique justifiait cette désignation. En effet, le mot sel de Vichy y était accolé à celui de bicarbonate de soude. Plus loin le texte du même codex faisait suivre la mention « tablettes de bicarbonate de soude » de la mention « pastilles de Vichy ».

Il est bien certain que les sels de Vichy sont surtout formés de bicarbonate de soude. Mais ce produit ne figure pas seul dans les sels de Vichy car il s'y ajoute d'autres éléments. Tenant compte de cette complexité, le ministre de l'Education nationale, d'accord avec la Commission du codex, a modifié le texte du codex en supprimant les mots « sel de Vichy » et « pastilles de Vichy »

à la suite des mentions « bicarbonate de soude » et « tablettes de bicarbonate de soude ».

L'association générale des syndicats pharmaceutiques de France a protesté devant le Conseil d'Etat contre cette modification du codex. Elle a notamment allégué que la mesure prise par le ministre constituerait un détournement de pouvoir, car elle aurait eu pour but, suivant la requête, de favoriser la Société fermière de Vichy : celle-ci se trouvera en effet seule habilitée à vendre ou faire vendre par des intermédiaires de son choix les produits ayant droit au nom d'origine de Vichy.

Au cours des conclusions qu'il a prononcées devant le Conseil d'Etat, M. le Commissaire du gouvernement Josse a fait remarquer que le nouveau texte du codex est conforme à la vérité scientifique. Certes il permettra à la Société fermière de défendre efficacement ses droits, tant en France qu'à l'étranger ; mais il constitue également une garantie intéressante pour les consommateurs. Toutefois, tout en se prononçant pour le rejet du pourvoi, M. Josse a reconnu sa recevabilité, car l'association requérante, qui groupe les pharmaciens de France, a intérêt à contester la légalité de toutes modifications apportées au codex, alors même que les mesures prises ne lui seraient pas commercialement défavorables.

D'accord avec ces conclusions, sur le rapport de M. Fatou, maître des requêtes, et après les observations de Me Bosviel et de Me Célice, le Conseil d'Etat n'a pas admis le détournement de pouvoir allégué par l'association. Son pourvoi a donc été rejeté. Il en résulte que, conformément au texte nouveau du codex, le bicarbonate de soude qui est un produit pur, ne pourra être vendu sous le nom de « sel de Vichy ». Cette dernière désignation est réservée aux produits exploités par la Société fermière.

Hérédité de la couleur des yeux. — L'œil bleu est bleu parce qu'il n'est pas pigmenté. Mais il y a des yeux bruns où le pigment est rare et ne peut être apprécié que par le microscope : tels sont les yeux gris et verts. Si les deux parents ont les yeux réellement bleus, leur enfant aura les yeux bleus. (*Journal of the Amer. méd. Ass.*, 7 août 1937, p. 455.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine

Précis de diagnostic chirurgical, publié sous la direction de Ch. Lenormant, par Ch. Lenormant, G. Ménégaux, J. Patel, J. Sénèque, P. Wilmoth. Oouvrage complet en quatre volumes (Collection de Précis médicaux). Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tome I : Généralités. Tête et Cou, par Ch. Lenormant, J. Sénèque, P. Wilmoth. Un volume de 764 pages avec 196 figures. Cartonné toile, 105 francs.

Tome II : Thorax, Sein, Paroi abdominale. Organes génitaux externes, par J. Patel. Un volume de 490 pages avec 138 figures. Cartonné toile, 70 francs.

Tome III : Abdomen et Pelvis, par G. Ménégaux. Un volume de 964 pages avec 212 figures. Cartonné toile, 125 francs.

Tome IV : Membres, par J. Sénèque. Un volume de 630 pages avec 168 figures. Cartonné toile, 90 francs.

Le professeur Lenormant et ses élèves, MM. G. Ménégaux, J. Patel, J. Sénèque et P. Wilmoth ont réalisé ce nouveau précis qui se présente comme un ouvrage didactique avant tout destiné à l'enseignement et à la pratique chirurgicale. Chacun des auteurs a travaillé avec son tempérament, mais un esprit unique a présidé, celui du maître, pour lequel rien de ce qu'une méthode rigoureuse d'examen peut découvrir ne doit être laissé de côté et dont la pratique et l'esprit clinique ont su donner à chaque élément de diagnostic sa part, sa place et son rôle. L'unité de cet ouvrage est donc complète.

Un livre de diagnostic n'est pas un livre de pathologie. Si le sujet d'étude reste le même — la maladie — la façon d'envisager est toute différente ; il ne s'agit pas ici d'en présenter la description systématique, mais de montrer par quels moyens pratiques ont peut la reconnaître. Et si l'on reprend la vieille formule de Rabelais « que la médecine est une farce à trois personnages le malade, la maladie et le médecin » c'est alors le malade qui passe au premier plan.

Les auteurs décrivent donc méthodiquement les procédés d'exploration dans l'ordre où ils doivent être employés ainsi que les résultats que

l'on peut en attendre. Ils confrontent ces résultats qui se complètent ou se contredisent ; ils apprécient leur valeur relative et de leur association, en tirent une certitude ou au moins une approximation touchant la nature de la maladie.

Ils se sont mis dans les conditions où le problème se pose au lit du malade, conditions très différentes suivant les cas. Aussi le mode d'exposition varie-t-il suivant les divers chapitres de ce livre, tout en restant clinique et pratique.

Cet ouvrage ne s'adresse pas aux débutants qui, dès leur première année d'études, commencent à fréquenter l'hôpital, car il suppose déjà acquises des notions relativement étendues de pathologie chirurgicale. En l'écrivant, les auteurs ont pensé surtout aux étudiants plus avancés dans leur scolarité, aux candidats aux examens et aux concours, et aussi aux praticiens qui, chaque jour, aux prises avec les difficultés du diagnostic chirurgical, y rafraîchiront leurs souvenirs et y trouveront un guide clair et subtil.

Sans sortir du cadre de la clinique pure il a paru néanmoins nécessaire aux auteurs de rappeler brièvement pour certaines questions, des données d'anatomie, d'anatomie pathologique ou de pathogénie qui sont indispensables pour comprendre ou interpréter les symptômes.

On trouvera aussi dans ce livre quelques brèves indications thérapeutiques bien que ce soit point un ouvrage de thérapeutique et encore moins de technique chirurgicale ; mais il fallait indiquer quelles conclusions pratiques se dégagent de l'examen clinique et comment tel ou tel symptôme commande tel ou tel traitement.

L'illustration a été particulièrement soignée, les auteurs ont tâché qu'elle fût véridique et moderne, aussi de nombreuses photographies de cas typiques et de radiographies sans retouche viennent-elles s'intercaler dans le texte.

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique, 1937. Un vol. de 850 pages, 100 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Ce volume comprend une série de cent exposés des questions actuelles d'endocrinologie, faits par des biologistes et médecins du monde entier à l'occasion des Journées médicales de Paris.

Après un avant-propos du Professeur Paul Carnot, viennent une série d'exposés généraux sur les régulations neuro-hormonales (Roussy), les régulations hormo-hormonales (Portier), les régulations hormonales en clinique (Mauriac et Leriche), le déclenchement hormonal du rut (Edgar Allen, de New-Haven), les interrelations des hormones gonadotropes (P.-E. Smith, de New-York).

Viennent ensuite une série de chapitres sur les régulations hypophysaires, thyro-parathyroïdiennes, génitales, surrénales, pancréatiques, digestive, etc.

Enfin l'ouvrage se termine par des chapitres généraux sur les hormones synthétiques (Butenandt, de Berlin ; Dodds, de Londres) ; sur les hormones et les vitamines (Euler, de Stockholm ; Mouriquand) ; sur les hormones végétales (Fabre) ; sur les hormones et les principes cancérigènes (Oberlin et Sannié).

En conclusion, deux exposés pratiques, par les Professeurs Loeper et Harvier.

Divers

Voyageurs illustres en Suisse, par Charles Gos, avec 25 grands dessins au lavis de F. Traffelet. Préface de M. G. Motta, président de la Confédération suisse. Edition du Pavillon suisse.

Terre inspiratrice par la beauté de ses paysages et la grandeur de son histoire, la Suisse, depuis Montaigne, n'a cessé de frapper l'imagination des grands artistes, écrivains, musiciens, poètes ou peintres, qui l'ont tour à tour découverte. Mais c'est surtout au Romantisme, dès l'instant que s'éveille le sentiment de la nature, que les sites helvétiques vont enrichir la littérature et l'art européens. Il suffit de se pencher sur cette époque pour voir surgir, comme en un miroir limpide, les plus beaux paysages de Suisse. Vers eux, la procession romantique s'avance émerveillée.

En un style rapide et élégant, M. Charles Gos vient de consacrer à quelques-uns de ces voyageurs illustres un ouvrage séduisant où l'on voit passer, défilé pittoresque et charmant, une phalange de ces grands pélerins de la pensée, voyageurs du rêve qui illustrent admirablement le XIXe siècle littéraire. Hugo et Balzac, Byron et Dickens, Wagner et Nietzsche, Fenimore Cooper et Tolstoi et tant d'autres qui, la lyre aux bras, chacun dans son paysage d'élection vont exalter avec lyrisme la beauté de la Suisse.

Ce volume, superbement édité par le service de publicité des chemins de fer fédéraux suisses, s'enrichit de vingt-cinq planches au lavis de l'artiste Frédéric Traffelat, de Berne, délicieuses compositions originales, enlevées avec verve et pleines d'une exquise sensibilité.

Edité à l'occasion de la participation de la Suisse à l'Exposition internationale de Paris, cet ouvrage doit être considéré comme rentrant dans le cadre des manifestations nationales suisses auxquelles l'exposition donna lieu.

A l'Ecole de Montaigne. Comment devenir un homme cultivé, par Paul Bernard. Un volume de la *Bibliothèque des éducateurs*, 250 p. Fernand Nathan, éditeur, 18, rue Monsieur le Prince, Paris.

Cet ouvrage s'adresse à tous ceux qui veulent consacrer à leur *culture intellectuelle* les loisirs que leur laisse leur profession.

Il est divisé en cinq parties : 1º Les caratères généraux de la culture intellectuelle ; 2º Indications sommaires sur un programme de culture générale ; 3º Les conditions générales de la culture ; 4º Les moyens pratiques de la culture ; 5º Le rôle de la culture intellectuelle dans la vie morale et civique.

Au total, un livre riche en enseignements.

La Grande Pagaïe (1914-1918) par le Docteur A. Javal. 1 vol. in-8º, 325 p. Les Editions Denoel, 19, rue Amélie, Paris.

Abominable ou magnifique ; tel a été tout le jugement des amis à qui le Docteur Javal a communiqué son manuscrit. Au lecteur d'en décider ; mais quel que soit son verdict, il ne pourra refuser à l'auteur le bénéfice de la franchise.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Contet. — **Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons**. (2e) édit.). Ill. 73 fig. 176 p. Br. : 10 francs (*Masson*).

Deleanu, Fabre, Coniver. — **Index médico-pharmaceutique**. 756 p. Br. : 120 francs ; Cart. : 150 francs (3027). (*Masson*).

Destot (Etienne). — **Traumatismes du pied et rayons X**. (2e édit.). 292 p. 156 fig. Br. : 45 francs (*Masson*).

Fiessinger (Noël). — **Explorations fonctionnelles**. 432 p. 65 fig. Br. : 70 francs (*Masson*).

Lauwers. — **Introduction à la chirurgie digestive**. 224 p. Br. : 38 fr. (*Masson*).

Tinel (J.). — **Le système nerveux végétatif**. 848 p. 306 fig. Br. : 160 francs. (*Masson*).

Savignac (R.). — **Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum**. 130 p. Br. : 26 francs. (*Masson*).

Viguier (Dr L.). — **L'art de gouverner son organisme, ses penchants, ses facultés**. In-16 d. c. Br. : 15 francs (*H. Dangles*).

Le Gérant Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville | LE NUMÉRO : 75 Centimes | N° 47 — 20 NOVEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE | PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE


ANGIOXYL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 2-3 cuil. à dessert par ur
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Asirop
Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS - 6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24
r.c. 18.000

NOUVELLES

Faculté de Paris. — *Thèses de médecine.* — 15 novembre. — M. NICOLLET : La transfusion sanguine dans le traitement des maladies du premier âge. — Mlle FLORIMOND : Contribution à l'étude des troubles glyco-régulateurs chez la femme enceinte. — M. PAHMER : Contribution à l'étude de l'équilibre vasculo-sanguin et de la sensibilité cutanée à la tuberculine au cours de la fièvre artificielle par ondes courtes.

16 novembre. — M. BROUTIN : Traitement de l'érythrémie (sans érythroblastose) par les injections de thorium. — M. VIENNET : La fièvre ondulante d'origine bovine dans le département du Doubs.

17 novembre. — Mlle JUSTER : Contribution à l'étude des érythroblastoses de l'adulte. — Mlle MARSIN : Contribution a l'étude de la puberté féminine dans les pays chauds. — M. JACQUIN : Quelques observations de tuberculose ganglionnaire mésentérique à manifestations abdominales aiguës. — M. FLORES : Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle essentielle.

18 novembre. — M. GRINFERDER : Le trichloréthylène. Intoxications professionnelles. Emploi en thérapeutique. — M. PIÉTU : Lésions produites par le nitrate d'argent sur les yeux des nourrissons.

23 novembre. — M. DRUILHE : Evolution des empreintes chez les mammifères. — M. VOGAS : Contribution à l'étude de l'hygiène au Vénézuéla.

24 novembre. — M. CARLO : Variations des réactions psychomotrices en fonction de l'altitude, de la pression barométrique et de la tension partielle de l'oxygène dans l'air inspiré. — M. GUILLOU : A propos de trois cas inédits de cloisonnement transversal du vagin. — M. GIRARD : Les pyloro-antrites chroniques.

25 novembre. — M. ROBIN : A propos de deux cas de grossesse ovarienne, jeune rompue. — M. DESCHAMPS : Des cancers cutanés survenant rapidement après un traumatisme. De l'atonie gastrique du nourrisson.

CHAIRE D'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE. — M. le Professeur O. CROUZON fera la leçon inaugurale du cours le lundi 22 novembre 1937, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis et lundis suivants à 17 heures, salle des thèses, n° 2. Le samedi à 10 h. 30, le cours consistera dans des démonstrations pratiques qui auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière (consultation du Perron et amphithéâtre de l'Ecole des infirmières) et dans des établissements et services municipaux, départementaux et nationaux d'assistance : le lieu du cours du samedi sera annoncé chaque semaine.

PROGRAMME DU COURS. — Assistance aux adultes malades. — Assistance aux vieillards, infirmes et incurables. — Assistance aux enfants abandonnés, anormaux, secourus. — Assurances sociales.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE (Hôpital Saint-Antoine). — M. le Professeur LÉVY-SOLAL fera sa leçon inaugurale le jeudi 2 décembre 1937, à 18 heures, au Grand amphithéâtre de la faculté, et continuera le cours de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jeudis suivants, à 11 heures.

Assistance publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Le jury du concours est définitivement constitué de la manière suivante : MM. les Docteurs Mahé, Guilly, Lacronique, L'hirondel, Gornouec, Boidin, Guimbellot.

— Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Conférences du dimanche.* — L'association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1937-1938, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1937-1938. — 21 novembre, M. Julien MARIE, médecin des hôpitaux : Le nanisme rénal. — 28 novembre, M. RACHET, médecin des hôpitaux : Les localisations anorectales de la maladie de Nicolas Favre (projections). — 5 décembre, W. WEILL-HALLÉ, médecin des hôpitaux : La vaccination parentérale du nouveau-né par le B. C. G. et l'allergie tuberculinique précoce. — 12 décembre, M. René BÉNARD, médecin des hôpitaux : De quelques médicaments cardiaques. — 19 décembre, M. LAIGNEL-LAVASTINE, médecin des hôpitaux : La part grandissante du facteur social dans le diagnostic médical.

Faculté de Lille. — Sont nommés : M. DELANNOY, professeur de clinique chirurgicale. — M. SWYNGHEDAUW, professeur de pathologie externe. — M. PAQUET, professeur d'accouchement et d'hygiène de la première enfance.

Académie des Sciences. — MÉDECINE ET CHIRURGIE.— *Prix Montyon* : 2.500 francs à MM. Paul Boquet, assistant et Emile Césari, chef du service de sérothérapie antivenimeuse à l'institut Pasteur ; 2.500 francs à M. Michel Salmon, chef de travaux à la faculté de médecine de Marseille ; 2.500 francs à M. Jean Vague, assistant à la faculté de médecine de Marseille ; mentions honorables de 1.500 francs à MM. Ram Kumar Goyal, docteur en médecine de l'université de Paris ; Eugène Saint-Jacques, professeur à l'université de Montréal ; Jean Terracol, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; *prix Barbier* (2.000 francs), à MM. P.-Emile Weil, médecin ; Paul Isch-Wall, assistant, et Mme Suzanne Perlès, assistante chef de laboratoire à l'hôpital Tenon ; *prix Bréant* à MM. Georges Girard, directeur, et Jean Robic, médecin de l'institut Pasteur de Madagascar ; *prix Godard* (1.000 francs), à M. Gaston Gros, assistant délégué d'histologie et embryologie à la faculté de médecine d'Alger ; *prix Mège*, à M. Georges Curasson, inspecteur général des services vétérinaires de Dakar ; *prix Bellion* (1.400 francs), à MM. Jacques Vialle, chef du service d'otorhino-laryngologie des hôpitaux de Nice ; Chevallier Jackson et Chevallier L. Jackson, professeurs de clinique broncho-œsophagoscopique à la Temple University de Philadelphie ; *prix Argut* (1.200 francs), à MM. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux et Raymond Rivoire, ancien chef de clinique de la faculté

de médecine de Paris ; *fonds Charles Bouchard* (2.500 francs), à M. Maurice Doladilhe, chef de travaux de physique à la faculté des sciences de Dijon ; *prix Jean Dagnan-Bouveret* (15.000 francs), à M. Michel Weinberg, professeur à l'institut Pasteur.

CANCER ET TUBERCULOSE. — *Fondation Roy-Vaucouloux* (6.000 francs), les arrérages à M. Eugène Wollman, chef de service à l'institut Pasteur ; *prix Louise-Darracq* (6.000 francs), à Mme N.-A. Dobrovolskaia-Zavadskaia, chef du laboratoire de génétique à l'institut du radium de l'université de Paris ; *fondation Henriette Régnier*, les arrérages de la fondation à M. Robert Broca, ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* (1.500 francs), à Mlle Eliane Le Breton, chef de travaux de physiologie à la faculté de médecine de Strasbourg ; *prix Pourat* (1.500 francs), à M. Georges Morin, chargé de recherches au laboratoire de physiologie à la faculté de médecine de Lyon ; *prix Philipeaux* (1.800 francs), à M. Jean Roche, professeur à la faculté de médecine de Marseille ; *prix Fanny Emden* (2.000 francs), à M. André Tournade, professeur de physiologie à la faculté de médecine d'Alger ; (1.000 francs), à M. Raoul Lecocq, directeur du laboratoire de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon*, deux prix de 1.000 francs, à MM. Adolphe Lesage, membre de l'Académie de médecine, et Marcel Moine, statisticien du comité national de défense contre la tuberculose ; à Mlle Dagmare Weinberg, chef de travaux à l'Ecole des hautes études ; mention de 500 francs, à M. Marcel Luc-Verbon, ingénieur civil des mines.

PRIX généraux. — M. Charles Joyeux, professeur de parasitologie à la fuculté de médecine de Marseille.

Remise d'une plaquette au Docteur Rousseau-Decelle. — Au moment où le Docteur Rousseau-Decelle, stomatologiste de l'hôpital Lariboisière va prendre sa retraite des hôpitaux, ses amis, ses collègues et ses élèves, se réunissent pour lui offrir une plaquette, en témoignage de leur affection, de leur admiration et de leur reconnaissance.

Un exemplaire en bronze de cette plaquette, œuvre de M. La Fleur, médaille d'honneur du Salon des artistes français, sera remise, à tous ceux qui s'associeront à cet hommage au cours d'une cérémonie dont la date sera communiquée ultérieurement (deuxième quinzaine de décembre).

Les souscriptions (minimum : 100 francs) doivent être envoyées au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Compte de chèques postaux Paris 599.

Poste d'interne en médecine actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Pau. — *Conditions d'admission et avantages.* — Les candidats devront être de nationalité française, être pourvus de seize inscriptions au minimum et être célibataires.

Traitement : 7.200 francs pour la première année avec indemnité de 900 francs ; 8.200 francs pour la deuxième année et les suivantes, avec même indemnité.

Les internes pourvus du titre de docteur auront 10.200 francs pour la première année avec indemnité de 1.200 francs et 11.200 francs pour la deuxième année et les suivantes, avec même indemnité.

Avantages en nature : nourriture, logement, blanchissage et médicaments.

Les candidatures devront être adressées d'urgence à M. le médecin-directeur de l'hôpital psychiâtrique de Pau.

Médecins sanitaires maritimes.— Sur le rapport du ministre des Travaux publics, chargé de la marine marchande, et du ministre de la Santé publique.

Par décret du Président de la République :

Art. 1er. — Les médecins embarqués à bord des navires de commerce pour y remplir les fonctions prévues par l'article 1er du décret du 15 mars 1930 porteront le titre de « médecin breveté de la marine marchande ».

Art. 2. — L'article 5 du décret du 15 mars 1930, modifié le 27 juillet 1932, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 5. — § 1er. — Sont également dispensés d'une partie des épreuves de l'examen prévu à l'article 3 ci-dessus pour être inscrits au tableau des médecins brevetés de la marine marchande les officiers du Service de santé de la marine et les officiers de santé des troupes coloniales ayant exercé leurs fonctions pendant cinq années au moins.

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — Le XVe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, aura lieu comme de coutume, du 26 décembre 1937 au 3 janvier 1938. La concentration se fera à Saint-Raphaël. L'après-midi sera consacrée à la visite de cette station, du Collège climatique et du prévento-

rium de Boulouris, ainsi que des monuments romains deFréjus (Forum Julii). Le soir, les voyageurs seront reçus au Casino par la municipalité. Le lendemain 27, on parcourra l'Estérel et la Corniche d'Or, en traversant Agay, Anthéor et Théoule. On s'arrêtera à l'Ecole de plein air de Mandelieu et l'on arrivera à Cannes à la fin de la matinée. Après la visite de la station, on se rendra à la clinique Santa-Maria et au Solarium tournant de l'Institut d'actinologie de Vallauris. A la fin de la journée, les voyageurs seront reçus à l'Hôtel de Ville de Cannes et passeront leur soirée au Casino.

La matinée du mardi 28 sera consacrée au Cannet et à Juan-les-Pins, où l'on visitera le poste d'émissions radiophoniques Radio-Méditerranée. Dans l'après-midi, on verra la ville grecque d'Antipolis (Antibes) et l'on admirera, du haut du phare, le magnifique panorama des Alpes avec leurs glaciers. On reviendra à Cannes par le Golfe-Juan, où se réunit l'Escadre de la Méditerranée.

Le 29, on visitera Grasse, centre climatique de la zone intérieure, avec ses fabriques de parfums ; Vence et ses sanatoria ; Cagnes, la cité des peintres et des poètes, et l'on arrivera le soir à Nice, métropole de la Côte d'Azur.

Le 30 décembre, les voyageurs verront l'observatoire de Nice, le monument d'Auguste à la Turbie, le château médiéval de Roquebrune et la voie romaine (Grande Corniche), de Nice à Menton : ils visiteront cette gracieuse et antique station climatique (Lumone), avec le Cap Martin, le château de Grimaldi et le laboratoire de M. Voronoff.

Ils seront, les jours suivants, les hôtes de la Principauté de Monaco ; ils admireront le Musée océanographique, unique dans le monde ; les jardins exotiques et le Palais des Princes. Ils verront Monte-Carlo et son casino, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade fréquentée par les plus beaux paquebots, le Mont-Boron avec le merveilleux panorama de la Baie des Anges. Ils seront de retour à Nice dans l'après-midi du 1er janvier 1938.

Après ces radieuses journées au pays du soleil et des fleurs les voyageurs seront transportés, dans la journée du dimanche 2 janvier, en trois heures d'autocar, aux champs de neige et de sport d'hiver de Beuil et de Valberg, par les gorges de rochers rouges de Cians et de Daluis. Ils reviendront à Nice le même jour. Une excursion en Corse sera préparée pour les jours suivants.

Les parcours seront effectués en auto-car Pullman. Les visites et les promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. Des permis de parcours en chemins de fer, à tarif réduit, valables pendant un mois, seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles, Marseille, Toulouse, Montpellier et Bordeaux. Les membres de la famille des médecins, ainsi que les étudiants en médecine, sont admis. *L'office climatique de la Société médicale* donne, dès à présent, les renseignements complémentaires, indique les conditions du voyage et reçoit les inscriptions, 24, rue Verdi, à Nice.

Mise au point. — Les laboratoires Bottu, 115, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, dont le directeur-fondateur est le Professeur Henry Bottu, informent le Corps médical qu'ils n'ont jamais fait de publicité en dehors des journaux médicaux et professionnels.

Ils n'ont rien de commun et n'ont jamais eu aucun lien quelconque avec un Laboratoire *non pharmaceutique*, dont l'homonymie du nom a pu prêter à des confusions diverses.

Ils ne se sont jamais occupé d'aliments de régime, pas plus que d'un produit présenté comme étant à la fois microbicide insecticide , assainissant.

La médecine est la science de l'homme, sain et malade ; le diagnostic et la thérapeutique, objectifs derniers de l'enseignement médical, sont des arts d'application de cette science médicale. Il est donc impossible d'être professeur de médecine, enseigneur d'étudiants en médecine et formateur de futurs docteurs en médecine si l'on n'est pas en même temps un savant et un clinicien (Grasset).

IL Y A CENT ANS

La publicité dans les journaux médicaux en 1837. — Elle était bien réduite. Si on ouvre le grand journal de l'époque, la *Gazette des Hôpitaux*, on n'y trouve, à côté de l'annonce d'une table d'hôte qui, rue de l'Observance (rue A.-Dubois actuelle) « est mise à cinq heures », qu'un seul texte publicitaire concernant une :

Maison de Santé et de Médecine opératoire, boulevard Montparnasse, 16. — *Les malades atteints d'affections graves, chroniques, et qui nécessitent un traitement long et bien suivi, soit médical, soit chirurgical, ont besoin d'une parfaite tranquillité ; il leur faut des soins assidus qu'ils trouvent difficilement dans les maisons de santé ordinaires, dont la plupart dégénèrent en pensions bourgeoises et deviennent des séjours bruyants et incommodes.*

La Maison de Santé et de Médecine opératoire a été fondée dans le but de suppléer à ce défaut de lieu convenable pour les maladies dont il est question. Elle est d'une élégance et d'une propreté remarquables. Un très petit nombre de malades y est reçu à la fois. A portée du Luxembourg, dans un lieu aéré, entièrement isolée, ayant un jardin spacieux, une vue agréable, elle réunit toutes les conditions de salubrité nécessaires.

Chaque malade est exclusivement confié au médecin ou au chirurgien qui l'a adressé ; les secours d'urgence sont administrés par un docteur en médecine instruit qui est attaché à la Maison.

Beaucoup de malades ont déjà été reçus et traités avec un succès complet dans cet établissement.

Nous avons publié dans le « Journal » *plusieurs observations remarquables de guérison, dans lesquelles les médecins ont reconnu devoir en partie leur réussite aux soins éclairés et bienveillants que leurs malades ont reçus.*

Parmi les médecins qui ont adressé leurs malades à la Maison, nous citerons MM. les Docteurs Lisfranc, Civiale, Ségalas, etc.

Le prix de la pension est modéré.

BIBLIOGRAPHIE

DIVERS

Fleurs des Champs et des Bois. Champs et Bois fleuris, par Henry Correvon. Chaque volume, illustré de planches en couleurs de S. Rivier et de dessins en noir de Paul A. Robert. Chaque volume, relié toile, 12 francs suisses. Editions Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, 32, rue de Grenelle.

Dans un style plein de fraîcheur et de vie, l'auteur de ces beaux livres nous initie aux mystères de la vie des plantes. Cette nouvelle édition a été augmentée d'un chapitre sur la classification des fleurs et elle a été agrémentée de dessins en noir.

Pour paraître au printemps 1938, dans cette collection : Les Beautés de la Nature : **Fleurs des Eaux et des Marais**, par H. Correvon. — **Les Champignons dans la nature**, par J. Jaccottet.

La Bretagne, par René Musset. Un volume in-16, 12 cartes (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broché : 15 francs.

Les grands paysages de la côte, ceux, moins connus de l'intérieur, sont évoqués en larges fresques précises et imagées, rendus intelligibles et d'autant plus beaux par des explications conformes à l'état de la science, mais mises à la portée de tous. L'auteur n'expose pas seulement l'organisation économique du pays en la rattachant au milieu physique ; il dégage tous les traits d'une physionomie originale entre toutes : champs, maisons, villages, l'église et le groupe religieux qui l'entoure (ossuaire, calvaire, fontaine sacrée), croix, châteaux, manoirs... Il présente les types de villes, le développement, l'activité, le plan des principales d'entre elles. Il révèle la vie de la « Montagne », encore archaïque, l'existence du paysan, du maraîcher, du marin. Il tient le présent lié au passé : les vieux saints celtiques, dont les statues de bois peint ornent les églises, font figures de contemporains, toujours mêlés à la vie. Les noms même des villages prennent un sens et s'animent (un lexique des termes bretons guide les lecteur). La vie spirituelle — caractère, vie religieuse, vie politique, — est analysée avec tact et pénétration. Des chiffres, des statistiques, renseignent sur la vie économique, le mouvement des ports et de très nombreuses cartes illustrent l'ouvrage.

Almanach Hachette 1938, populaire et pratique. Prix : 7 fr. 50.

TRAVAUX ORIGINAUX

Intoxication mortelle par ingestion de bromacétone

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE, E. GILBRIN et L. ROY

Lss gaz lacrymogènes sont considérés comme peu ou pas toxiques. Le bromacétone, lacrymogène par ses vapeurs, est pourtant très dangereux quand il est absorbé à l'état liquide, ainsi que le démontre l'exceptionnelle observation suivante :

Un jeune homme de 16 ans ingère par mégarde, à la suite de copieuses libations, du bromacétone contenu dans un flacon échantillon portant la marque d'un apéritif célèbre. Il suffoque immédiatement et en rejette la majeure partie.

Comme il ressent de violentes brûlures au niveau de la bouche et le long de l'œsophage, ses camarades lui font boire un verre d'eau savonneuse qui provoque d'abondants vomissements. Les douleurs s'aggravant le malade est conduit à l'hôpital où il est admis d'urgence, une demi-heure après l'ingestion du toxique. Il rejette encore quelques vomissements : les personnes présentes sont incommodées, ressentent des picotements oculaires et larmoient au point d'être obligées de quitter la pièce. On constate chez le malade une rougeur conjonctivale marquée, une bouffissure de la face, une tuméfaction des lèvres et du nez et de petites ulcérations péribuccales, principalement à la commissure labiale gauche. Le lendemain l'état général est bon, mais le pouls bat à 128 pour une température de 37°8. La déglutition est à peu près impossible.

Les jours suivants, la conjonctivite et l'œdème de la face s'atténuent, mais les lésions bucco pharyngées s'étendent. La muqueuse est boursouflée semée, d'érosions. La luette s'œdématie, les piliers du voile ont un aspect grisâtre, le pharynx est rouge écarlate. Le cinquième jour l'haleine devient horriblement fétide, la luette et le pôle supérieur de l'amygdale gauche sont sphacéliques, comme aussi l'épiglotte, les amygdales palatines et linguales, les aryténoïdes. Les cordes vocales sont congestionnées mais leur motilité n'est pas modifiée. Il est probable que la muqueuse œsophagienne est atteinte des mêmes lésions : l'œsophagoscopie ne saurait évidemment être tentée. La déglutition est très douloureuse et à peu près impossible.

L'état général s'est parallèlement aggravé. La température oscille entre 38° et 39°, le pouls reste très rapide, la tension artérielle passe de 12-9 à 9-7. La diurèse pourtant reste bonne, il n'existe ni albuminurie, ni glycosurie, ni cylindrurie. Le taux de l'urée sanguine est de 0,75 pour 1.000 ; la réserve alcaline est de 54 volumes. Une véritable fonte musculaire est en quelques jours réalisée. Nous notons encore un frottement péricardique et un signe de Babinski du côté droit sans autre signe d'accompagnement qu'un affaiblissement des réflexes tendineux.

Au sixième jour, la prostration s'accuse, une polypnée à 60 et une cyanose s'installent, que n'explique aucune lésion pulmonaire. Le délire, l'effondrement de la tension artérielle (maxima à 6) précèdent de peu la mort, survenue au matin du septième jour.

L'autopsie fut pratiquée à l'Institut médico-légal. Nous ignorons les constatations macroscopiques qui purent être faites. Des fragments de foie, de poumon, de rein et de myocarde nous furent remis, malheureusement quelque peu altérés. Voici les constatations histologiques que nous avons pu faire.

L'architecture du poumon est méconnaissable. Les alvéoles sont presque toutes comblées par un exsudat albumineux et hémorragique, leurs parois distendues ou éclatées, infiltrées de leucocytes et de globules rouges. Il existe une énorme congestion vasculaire.

Le myocarde est en pleine altération cadavérique. La striation des fibres a disparu. Aucune lésion vasculaire, aucune réaction interstitielle n'est visible.

Au rein, les glomérules sont sensiblement normaux sous réserve d'une légère prolifération de l'endothélium capsulaire. Mais les tubes droits et contournés ont leur lumière obstruée par un exsudat albumineux. Les lésions sont surtout nettes au niveau des pyramides. Il existe dans l'ensemble un œdème marqué, un certain degré de congestion vasculaire, une assez discrète infiltration leucocytaire.

Les lésions du foie, mises à part certaines zones de nécrose sans doute cadavérique, sont plus explicites. La disposition trabéculaire est partout bouleversée. Les cellules sont de taille inégale ; beaucoup sont petites et pycnotique. Dans la zone centro lobulaire, les cellules sont nettement graisseuses, mais il est impossible de dire s'il s'agit d'une surcharge lipidique ou d'une dégénérescence. L'espace porte est le siège d'une discrète infiltration de cellules rondes.

***

On sait que le bromacétone, substance liquide, doit aux vapeurs qu'il émet à la température ordinaire son action agressive, essentiellement lacrymogène. Ces vapeurs comme celles des autres produits lacrymogènes ont la curieuse propriété de provoquer un trouble fonctionnel et électif, en ce sens qu'elles irritent exclusivement les terminaisons nerveuses de la conjonctive et de la cornée, sans affecter les muqueuses respiratoires et sans déterminer de lésions oculaires. Le picotement des yeux, le larmoiement, la rougeur conjonctivale qu'elles déterminent, disparaissent après quelques minutes de séjour à l'air pur (1). Les vapeurs de bromacétone ne sont donc pas toxiques, tout au moins aux concentrations qui se trouvent réalisées quand le bromacétone liquide est répandu dans une atmosphère libre.

Il n'en va plus de même quand le bromacétone est absorbé à l'état liquide, comme le fait s'est produit dans notre observation, unique, croyons-nous, dans la littérature médicale. On y distingue nettement les effets locaux du bromacétone à l'état gazeux, les effets de contact du bromacétone liquide et les troubles toxiques généraux.

Les premiers ressortissent à des lésions très superficielles et groupant la conjonctivite, la bouffisure du visage, la congestion des cordes vocales, si peu marquée qu'elle n'entraîna pas de troubles phoniques ni respiratoires. Les seconds sont représentés par les graves ulcérations des lèvres de la bouche, du pharynx, des aryténoïdes, celles aussi très vraisemblables de l'œsophage.

Les troubles toxiques généraux enfin, dus sans nul doute à la résorption d'une certaine quantité de bromacétone bien que la recherche de ce corps dans l'urine ait été négative, s'expriment par la fonte musculaire, l'azotémie, la tachycardie, l'hypotension. Ils trouvent leur substratum dans l'altération des parenchymes et surtout celle du foie, dont les lésions n'étaient pas seule-

(1) André MAYER. Les gaz de combat. Leur fabrication. Propriétés physiques, chimiques et toxicologiques. Détection et analyse. Charles Lavauzelle, 1936. — H. MAGNE et D. CORDIER. Les gaz de combat au point de vue physiologique, médical et militaire. Baillière, 1936.

ment cadavériques. A coup sûr également intervint l'infection secondaire, habituelle dans beaucoup d'intoxications, comme l'un de nous l'a montré en 1919 à propos de l'ypérite (1). L'épisode terminal, fait de polypnée extrême et de cyanose, d'effondrement de la tension artérielle et de tachycardie considérable semble pouvoir être attribué à l'énorme œdème qu'ont révélé les coupes du poumon. Cette complication permet d'établir un rapprochement, tout au moins au point de vue clinique, entre l'intoxication par les gaz vésicants et celle que réalise le caustique très dangereux qu'est le bromacétone quand il est accidentellement ingéré.

(1) M. LOEPER. La sclérose pulmonaire consécutive à l'intoxication par l'ypérite. *Progrès Médical*, 10 mars 1919. — M. LOEPER et G. VERPY. Déminéralisation des intoxiqués par gaz. *Ibid.*, 15 mars 1919, n° 11.

Un cinquième cas varois de chorée fibrillaire de Morvan avec prédominance des troubles psychiques

Par H. ROGER, A. CREMIEUX, J. PAILLAS et J. VAGUE

(de Marseille)

Dans une série de publications, l'un de nous (1) a, depuis 1934, attiré l'attention sur un curieux syndrome, décrit en 1890 par Morvan sous le nom de chorée fibrillaire (*Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 12 avril 1890), caractérisée par des secousses musculaires à type de contractions fibrillaires, par des algies diffuses, par des troubles psychiques se déroulant sur un fond d'anxiété, par des sueurs abondantes et enfin par un état spécial des extrémités rappelant l'acrodynie.

Cette maladie était restée à peu près dans l'oubli jusqu'en 1930, année où, dans une communication à la *Société de Neurologie*, Mollaret en rapporte une observation typique.

Dans un mémoire consacré en 1935 à cette question par l'un de nous avec Alliez, nous en réunissions onze cas, dont trois personnels, les autres ayant été publiés sous cette appellation ou une appellation différente, par Morvan, par Mollaret (2) (1930), Colin et Dutil (3) (1932), Porot (4) (1934), Chavany et Chaignot (5) (1934), Lambrecht (6) (1934), Gernez et Nayrac (1934).

Il faut y ajouter un autre cas personnel publié avec Alliez et Jouve en 1935 (8).

Plus récemment la littérature s'est enrichie des observations de Porot (9), de René Martin et Delannoy (10).

A l'occasion d'un nouveau cas que nous avons présenté à la *Soc. de Médecine de Marseille*, le 12 mai 1937 (quinzième cas dans la littérature et cinquième fait personnel), nous désirons retenir l'attention sur quelques particularités cliniques et étiologiques.

Goi... Raymond, âgé de 25 ans, entre à la clinique neurologique le 30 avril 1937, en raison de troubles psychiques.

Antécédents. — Marié depuis trois ans, il a un enfant de 2 ans. Ses parents sont en parfaite santé. Lui-même ne se rappelle aucune maladie antérieure mis à part un épisode digestif survenu durant l'été 1934. Constipé depuis fort longtemps, il ressentit alors des céphalées, des pesanteurs gastriques, et une assez intense asthénie psychique et physique. A cette époque il accusait également des brûlures à la miction. Il se défend d'avoir eu une blennorragie et précise d'ailleurs qu'il n'avait eu aucun rapport sexuel récent. Par la suite il avait repris son travail de cultivateur jusqu'au mois d'août 1936, époque où il a dû l'interrompre en raison de l'affection actuelle.

Histoire de la maladie. — Habitant Cogolin (Var), où il était cultivateur, il éprouva, fin juillet 1936, des douleurs à la marche lorsqu'il posait les talons à terre. En même temps les pieds s'œdématiaient et présentaient un *changement de coloration*. Tantôt rouges violacé, tantôt blancs, ils étaient le siège de sueurs très marquées, à tel point qu'ils mouillaient les sandales et qu'ils faisaient trace sur le carrelage de l'appartement.

Les mêmes troubles survinrent immédiatement après au niveau des mains : sueurs, aspect succulent et cyanique. Les bouffées vaso motrices et sudorales, si elles prédominaient aux extrémités, n'y étaient pas exclusives, puisque une à deux heures après les repas Goi... ressentait parfois une congestion du visage et qu'il était souvent obligé la nuit de se lever afin de changer de chemise.

Il semble que la congestion des extrémités inférieures ait été si marquée que des éléments purpuriques s'étaient fait jour au dos des pieds.

Par la suite, la paume des mains, la plante et le dos des orteils furent le siège d'une *desquamation* retrouvée également en d'autres points mal systématisés de son corps.

Le tableau était complété par des *douleurs* prédominant aux extrémités et prenant le type de brûlures continuelles avec paroxysmes intenses, surtout la nuit à tel point que le malade arrivait à se mordre les doigts. Parfois il soulageait ses maux en plongeant les mains et les pieds dans l'eau froide, en particulier dans le bassin placé à la cave. Les doigts étaient lourds et malhabiles à boutonner les vêtements. Il ressentait également des crampes douloureuses dans le quadriceps droit et dans le trapèze gauche.

L'*insomnie* était très marquée, aussi bien à cause des douleurs qu'en raison d'un état «d'énervement» assez particulier, accompagné de perturbations du caractère.

Bourru et grognon, Goi... ne supportait pas les cris de son enfant. Il s'est même disputé avec son père et a quitté la maison sur le coup de minuit. Cet *état psychique* s'est aggravé peu à peu, et, en octobre 1936, sa femme, excédée, l'a quitté et a demandé le divorce. Il semble même avoir eu, peu après en décembre, quelques idées mal systématisées de persécution, s'imaginant que sa femme voulait l'empoisonner, qu'il était suivi dans la rue, qu'il avait des ennemis même au sein de sa famille.

Il eut également un «*tressautement* » *musculaire*, généralisé survenant par bouffées, de siège variable, prédominant cependant aux paupières et à la cuisse droite et assez violent pour se transmettre à l'étoffe du pantalon.

Existaient enfin des céphalées d'horaire imprécis, de siège fronto-pariétal et rétro-orbitaire, accompagnées parfois de bourdonnements d'oreilles et de vertiges.

Depuis la fin du mois de mars 1937, l'état local et général s'est amélioré. Les fibrillations musculaires ont pratiquement disparu ; tout au moins Goi... n'y prête-il plus attention. Le sommeil revient ; les troubles du caractère se sont amendés. Cependant les phénomènes acrodyniques persistent, bien que moins intenses.

Avant l'apparition de la maladie, le poids était de 74 kgr. ; au mois de septembre il était de 66 kgr. ; actuellement en mai il est remonté à 68 kgr. 800.

Examen. — Les *mains* et les *pieds* sont rouge violacé d'aspect succulent, chauds et moites de sueur. La sensibilité y est normale ainsi que la force segmentaire. Dès que le malade pose son pied sur le carrelage froid, la rougeur disparaît pour faire place à une blancheur livide. Goi... préfère d'ailleurs marcher pieds nus, car il est soulagé immédiatement. Mais l'érythrose reparaît bientôt avec les douleurs.

La tension artérielle, recherchée aux extrémités avant et après *acécoline*, montre que c'est l'indice des petites artères (radiales, tibiales) qui bénéficie de la vaso-dilatation cholinique, beaucoup plus que celui des artères de calibre moyen (humérale, fémorale).

Le scrotum est de teinte rose vif ; il donne au malade une sensation de cuisson brûlante. A la partie supérieure du thorax existent des placards érythémateux scarlatiniformes, doux au toucher, non surélevés. Ces placards surviennent par accès depuis longtemps d'ailleurs, mais ils sont plus marqués depuis le début de l'affection actuelle.

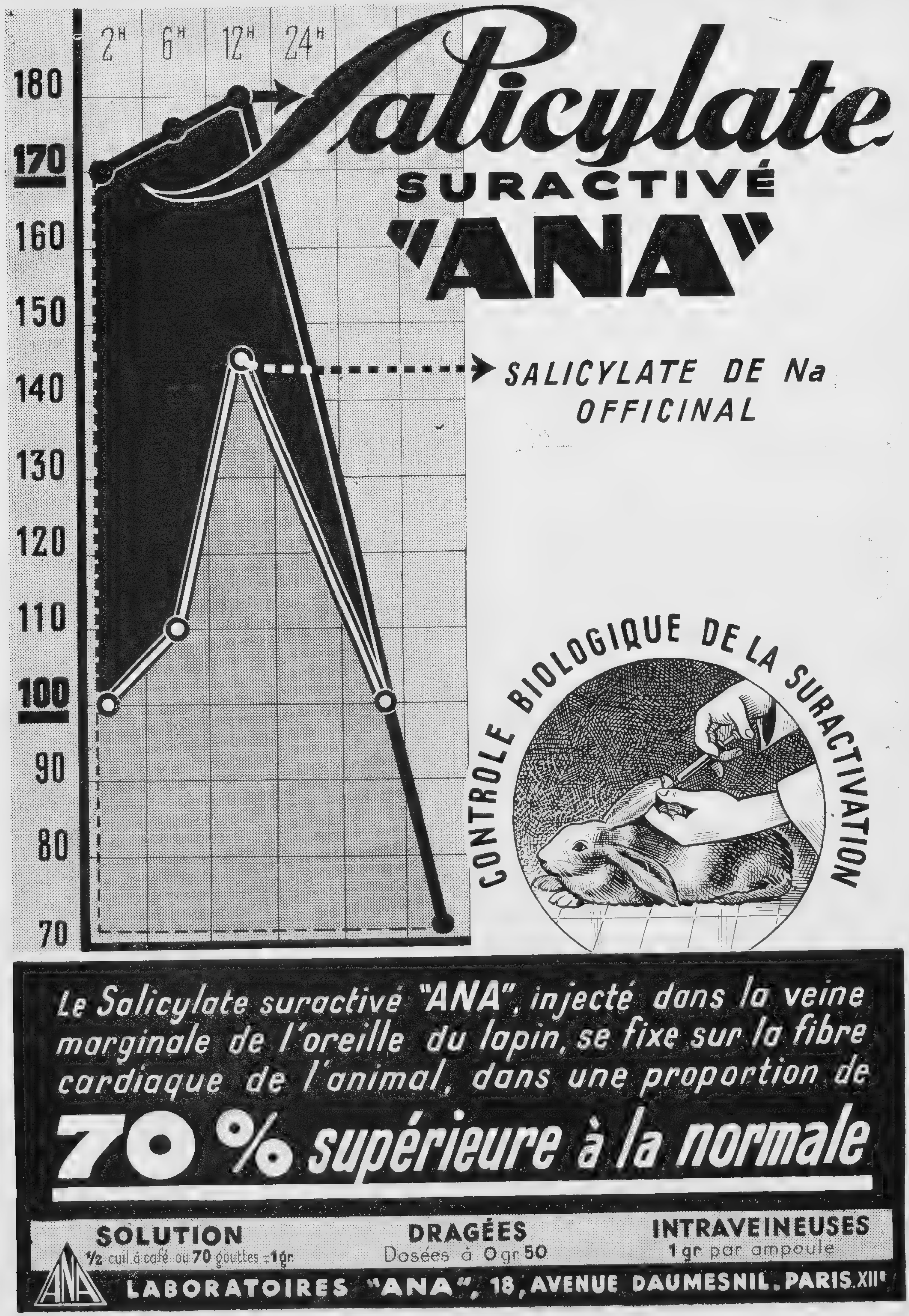
Le phénomène de la tache blanche, recherché sur l'érythème des mains et du thorax, montre une diminution considérable de sa durée : sitôt qu'on retire le doigt qui comprime, l'érythème se reproduit ; elle ne semble pas dépasser une fraction de seconde.

La raie vaso-motrice n'est pas d'apparition très précoce, mais elle est persistante, durant 5 minutes.

On ne relève pas de *contractions fibrillaires* spontanées dans les muscles des membres. Mais, après percussion au marteau, on les voit apparaître à la face antérieure de la cuisse droite et sur les mollets. Les fibrillations sont alors très marquées.

La démarche précautionneuse est celle d'un douloureux.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont normaux et


2H
6H
12H
24H
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE Na
OFFICINAL
CONTROLE BIOLOGIQUE DE LA SURACTIVATION
Le Salicylate suractivé "ANA", injecté dans la veine marginale de l'oreille du lapin, se fixe sur la fibre cardiaque de l'animal, dans une proportion de
70 % supérieure à la normale
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr.
DRAGÉES
Dosées à 0 gr. 50
INTRAVEINEUSES
1 gr. par ampoule
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS XII°

égaux. Le cutané plantaire se fait en flexion. Les réflexes cutanés abdominaux sont égaux. Le crémastérien droit est très vif.

L'examen de la face ne révèle aucune anomalie.

Cœur : bruits durs sans signes surajoutés. T. A. 16-8 ind. 6. Tension veineuse : 22.

Différentes *recherches complémentaires* ont été effectuées.

Réflexe oculo-cardiaque : la compression oculaire pendant une minute ne modifie pas le rythme cardiaque (50), lequel s'accélère à la décompression (60 battements à la minute suivante).

Compression sino-carotidienne : 14 pulsations dans les 15 premières secondes de compression, 17 de la 15e à la 60e seconde. La décompression laisse le pouls revenir à la normale en une minute.

Epreuve de l'orthostatisme : le pouls, battant à 60 en décubitus horizontal, passe à 96 dans la minute qui suit le lever : il est retombé à 64 au bout de 4 minutes.

Une injection de 1 milligramme d'*histamine* fait apparaître l'érythème scarlatiniforme de la face et des épaules, lequel persiste plus d'une heure. Un milligramme d'*adrénaline*, injecté sitôt après, entraîne une pâleur considérable.

Examen oculaire : fond d'œil normal, pression artérielle rétinienne 35 grammes.

Examens du sang : réactions de Bordet Wassermann et de Hecht négatives. Urée 0,35, micro-glycémie 1 gr. 20, cholestérol 3 grammes. Numération globulaire : globules rouges : 4.500.000, globules blancs, 4.400 ; formule leucocytaire : poly 67, éosino 1, monocytes 22, lymphocytes 10.

Tubage gastrique	H. Cl.	Ac. comb.	A. totale
A jeun	0,14	0,14	0,58
10 m. après histamine	2,19	0,21	2,62
20 m. » »	3,94	0,14	4,30

Goi... a été revu fin octobre 1937. L'état psychique ne s'est guère amélioré. Les idées de persécution persistent, assez orientées du côté de sa femme à laquelle il rapporte non seulement tous ses malaises actuels qu'il croit d'origine toxique, mais encore les évènements malheureux qui surviennent dans son village où il est retourné (mort de voisins qu'il attribue à un puits empoisonné par sa femme). Il a essayé de travailler, un jour, de loin en loin, mais n'a pu continuer. Il accuse toujours des insomnies rebelles et se couche souvent, plusieurs fois par jour dans la journée.

Il se plaint de ses extrémités, surtout inférieures et se dit parfois amélioré par la fraîcheur de semelles métalliques qu'il met par intermittence dans ses souliers. Il éprouverait encore quelques contraction fibrillaires au niveau des cuisses.

En résumé, un homme de 25 ans, cultivateur à Cogolin (Var), de constitution robuste, commence au mois d'août 1936, une affection caractérisée par des troubles vaso moteurs et des algies des pieds, puis des mains. Peu après surviennent de l'insomnie, des troubles psychiques accentués, à type d'irritabilité et de délire de persécution mal systématisé. Enfin, s'installent des contractions fibrillaires, qui persistent encore huit mois après le début, lors de notre examen. On constate également alors une perturbation vaso-motrice des extrémités et du thorax, observée par l'examen direct et provoquée par des épreuves pharmacodynamiques. Les différents examens complémentaires destinés à explorer le système végétatif révèlent des modifications réactionnelles importantes.

Nous n'insisterons pas, à propos de cette observation, sur le tableau clinique, actuellement classique peut-on dire, que nous avons détaillé dans notre mémoire de 1935.

Les sueurs, les algies, le syndrome acropathologique, les fibrillations sont bien connues.

Cependant le *syndrome acropathologique* prend rarement d'une façon aussi nette les caractères que nous avons appris à connaître dans l'*acrodynie*. Chez ce malade jamais les douleurs n'ont été disséminées, mais toujours localisées aux extrémités. La recherche de la fraîcheur, l'immersion des mains dans l'eau froide, la marche pieds nus sur le carrelage témoignent également de la sensation brûlante qu'éprouvait le patient. Enfin l'aspect succulent et rouge, la desquamation cutanée complètent cette atteinte des extrémités, qui chez un enfant pourrait suffire à poser le diagnostic d'acrodynie.

Aussi bien, l'un de nous a-t-il, dès ses premières publications et encore récemment à propos de la coexistence, chez un même malade, de chorée fibrillaire et d'acrodynie, posé le problème des liens unissant ces deux affections. S'il est aujourd'hui prématuré de les identifier en décrivant la chorée de Morvan comme une acrodynie de l'adulte, il n'en reste pas moins qu'un même substratum physio-pathologique doit présider à leur destinée, à savoir une infection diencéphalique.

Cette *atteinte neuro-végétative* prédominante explique parfaitement les résultats fournis par les épreuves pharmacodynamiques qui, toutes témoignent, dans notre cas, d'un dysfonctionnement vago-sympathique : orthostatisme, réflexe oculo cardiaque, réflexe sino-carotidien, et enfin cette injection d'histamine qui avec une rapidité prodigieuse provoquait l'apparition d'un érythème scarlatinoïde persistant ensuite plus d'une heure.

Est-on également autorisé, sans faire une trop grande part à l'hypothèse, à rattacher à cette même infection neuro-végétative, le psychisme si particulier, anxiété, irritabilité, angoisse même, que l'on retrouve dans toutes les observations de chorée fibrillaire ? Chez notre malade le syndrome psychique était d'ailleurs encore plus intense, puisqu'il prît l'allure d'une psychose caractérisée avec délire de persécution.

C'est en effet sous un *masque psychique*, pour des troubles du caractère qui le rendaient insupportable à son entourage, que le patient nous fut confié. Et c'est seulement parce qu'il nous avait signalé des douleurs persistantes des extrémités que nous pûmes, par l'interrogatoire, établir la filiation exacte des troubles : un examen minutieux nous permit alors de retrouver une série de signes qui, quoique atténués par rapport à ce qu'ils étaient au début, n'étaient pas moins caractéristiques, mais qui auraient pu passer inaperçus à un observateur moins habitué à leur recherche.

La prédominance de ces troubles psychiques ne paraît pas s'expliquer ici par une intoxication antérieure (pas d'éthylisme), ni par une tare héréditaire (pas d'antécédents vésaniques). Peut-être faut-il admettre une certaine prédisposition individuelle : car au cours d'un état dyspeptique mal déterminé, survenu deux ans auparavant, le malade avait présenté une asthénie psychique et physique hors de proportion avec les autres symptômes.

Pour en terminer avec ces quelques remarques cliniques, insistons sur la *longue durée* de ce cas qui n'était pas guéri plus d'un an après le début du syndrome, probablement à cause de la prédominance des troubles mentaux. Notre premier cas, celui de Lambrecht, avaient duré sept mois : dans la plupart des faits publiés, la guérison survenait au bout de trois à quatre mois.

Nous avons été parmi les premiers à soutenir l'origine infectieuse probable de la maladie. L'observation présentée porte à cinq les cas originaires d'une même région, Var et Haut-Var. Faut-il y voir la notion d'une *épidémie discrète* pour laquelle des précisions manquent encore ?

La comparant encore une fois à l'acrodynie, remarquons que, comme elle, elle survient surtout loin de la mer. Mais il faut bien reconnaître que la petite épidémie provençale d'acrodynie infantile se localisa surtout dans la région d'Avignon et du Vaucluse, assez loin par conséquent du foyer varois de chorée fibrillaire de Morvan.

Remarquons en terminant que nous ne trouvons dans notre cas aucun des facteurs qui dans d'autres observations nous avaient paru déclencher cette infection à virus neurotrope : gale infectieuse (Morvan), orchite aiguë (dans trois de nos cas), syphilis (Porot), plaie grave de l'œil compliquée d'ophtalmie sympathique (Colin et Dutil), tuberculose soignée par les sels d'or (deux cas de Chavany et un cas de Gernez et Nayrac), injection de sérum antitétanique (Martin et Delaunay). Il semble bien difficile en effet de faire jouer un rôle à l'épisode de

troubles dyspeptiques avec asthénie et sensation de brûlure uréthrale, survenu deux ans avant le début de la maladie actuelle.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

1. H. Roger, Pekelis et Alliez. — La chorée fibrillaire de Morvan. Sa localisation au niveau des centres végétatifs de la base. Ses relations avec l'acrodynie infantile. *Rev. Neur.*, février 1933, p. 248.

H. Roger, Longchampt et Alliez. — Considérations étiologiques et pathogéniques sur la chorée fibrillaire de Morvan (à propos d'un nouveau cas). *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 avril 1935, p. 667.

H. Roger, Alliez et Jouve. — Chorée fibrillaire de Morvan compliquée de diplégie faciale, de troubles psychiques et d'un syndrome de Landry mortel. *Gaz. des Hôp.*, 21 août 1935.

H. Roger et Alliez. -- La chorée fibrillaire de Morvan. *Marseille-Médical*, 15 mars 1935, p. 333-403.

2. Mollaret. — Un cas de chorée fibrillaire de Morvan. *Rev. neurologique*, 1930, T. II, p. 552.

3. Colin et Dutil. — *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, 1932, p. 425.

4. Porot. — *Revue neurologique*, 12 avril 1934, p. 581.

5. Chavany et Chaignot. — Contribution à l'étude des accidents nerveux de la chrysothérapie. *Presse Médicale*, 24 mars 1934.

6. Lambrecht. — *Revue neurologique* 1934, T. II, p. 115-119.

7. Gernez et Nayrac. — Psycho-polynévrite sensitivo motrice consécutive à la chrysothérapie. *Rev. Neuro.*, 1934, p. 839-843.

8. H. Roger, Alliez et Jouve. — Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie chez un adolescent. Congrès des aliénistes et neurologistes de France. Bruxelles, juillet 1935, p. 570.

9. Porot. — *Sud-Médical*, 15 avril 1936.

10. Martin et Delaunay. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 8 janvier 1937.

ACTUALITÉS

IVe Congrès international de Pédiatrie

Rome, 27-30 septembre 1937

Le IVe Congrès international de pédiatrie s'est tenu dans la magnifique Cité Universitaire de Rome les 27, 28, 29 et 30 septembre dernier.

Dans une séance administrative préalable, sous la présidence du professeur Spolverini, les délégations nationales acceptèrent l'invitation des Etats-Unis où se tiendra donc le prochain Congrès international de pédiatrie en 1940. Le Congrès avait été invité également en particulier par l'Allemagne, la Belgique, l'Egypte qui se rallièrent aux Etats-Unis.

Rome s'est complètement transformée depuis une quinzaine d'années et les congressistes purent, grâce à l'octroi de nombreuses facilités et d'une bonne organisation d'auto-cars, se retremper dans toute la série des beautés anciennes ou médiévales et connaître à Rome les embellissements modernes, ou aller se réfugier loin des bruits ou de la science dans ses admirables environs de la campagne romaine.

Deux réceptions furent particulièrement belles, l'une, celle du gouverneur de Rome, au Capitole ; du haut de ses terrasses illuminées et de ses salles de musée la vue sur Rome est d'une émouvante splendeur ; l'autre réception, celle toute intime et empreinte de l'aimable accueil de M. le Ministre plénipotentiaire Charles Blondel et éclairée du charme de Mme Blondel, eut lieu au Palais Farnèse dans le cadre des Carache et des magnifiques tapisseries, cadre où se sent encore l'empreinte de la grande diplomatie française des Barrère et des Chambrun.

Ce Congrès, troisième d'une série comprenant celui de la Protection de l'enfance et celui de la Pédiatrie préventive, démontra le bonheur de cette combinaison qui est peut être le premier pas vers une coopération plus étroite, sans fusion véritable, solution pratique pour assurer une fréquentation nombreuse à ces réunions. Et de fait le Congrès international de pédiatrie réunit tout près de mille participants, actifs ou associés.

La partie la plus importante fut consacrée à l'exposé et à la discussion des rapports, les communications étant présentées dans des sections annexes.

On comprendra qu'il est impossible de citer tout et tous ; d'ailleurs le service d'information de la presse médicale était pratiquement complètement débordé. Un compte-rendu comme le nôtre est donc surtout une vue générale.

Le sujet du premier rapport avait trait aux « Maladies neuro-psychiques en pédiatrie, du point de vue clinique et social ».

Pour Jundell (Suède), un des points les plus importants est de ne confier l'éducation neuro-psychique sociale des enfants qu'à des médecins relativement âgés, expérimentés et compétents ; il faut s'adresser non seulement aux enfants mais aussi aux parents et s'abstenir de toute propagande religieuse ou sociale.

Glanzmann (Berne) est presque d'avis que la prophylaxie mentale de l'enfant dépend surtout de l'éducation des parents, il ne faut pas en arriver à voir que dans une famille ce sont les enfants qui commandent et les parents qui obéissent.

Pour Fred. H. Allen (Philadelphie) il y a deux philosophies distinctes à la base de la thérapeutique des anomalies psychiques infantiles. L'une cherche à influencer l'enfant et les parents, l'autre tient compte surtout des capacités de réaction personnelles et d'utilisation des circonstances des individus d'une famille, parents et enfants.

A la discussion qui suivit prirent part de nombreux congressistes parmi lesquels nous pouvons citer MM. Lereboullet (Paris) qui démontre les avantages d'une éducation familiale des petits mongoliens, Babonneix (Paris), Mouriquand (Lyon) sur les précarences et le neuropsychisme pubertaire, Brusa (Milan), Ruggeri et di Frisco (Milan) qui montrent les résultats de leurs études sur l'encéphalographie infantile.

Le sujet du *deuxième rapport* était « Le métabolisme hydrominéral de la première enfance dans l'allaitement artificiel ». Pour Noah Morris (Glasgow), la teneur du lait en calcium joue un rôle important dans le métabolisme hydrique du nourrisson. Une déminéralisation relative se poursuit, comme on sait, jusque vers le quatrième mois, même chez les enfants au sein, et il est bon de leur donner, surtout pendant les mois d'hiver, une petite dose adéquate de vitamines D.

Irwin McQuarrie (Minnesotta) expose ses idées sur la signification de l'eau corporelle en regard de certains électrolytes au sujet de la nutrition de l'enfant. Il rappelle que pour remplacer les pertes par vomissement l'administration d'une solution isotonique de Cl Na ou mieux de solution de Ringer, est utile ; après la diarrhée la solution de Hartmann où l'on trouve des lactates de Na et de K reproduisant la concentration d'un ultra-filtrat sanguin permet de rétablir la réserve alcaline. A un tout autre point de vue, le ClNa en excès augmente préalablement la résistance à l'action convulsivante d'une dose d'insuline chez l'enfant diabétique.

Pour G. Speransky (Moscou), les troubles du métabolisme de l'eau sont liés à des altérations organiques diverses pré-ou post natales.

Enfin Joseph Csapo (Budapest) détermine les deux formes pathogéniques d'exsiccose, par soif et par perte de sel, apparaissant surtout dans les troubles digestifs aigus.

Au cours de la discussion, Ribadeau-Dumas (Paris) indique la thérapeutique qui doit varier avec le rapport.

$$\frac{\text{chlore globule}}{\text{chlore plasma}}$$

Pacchioni (Gênes) expose ensuite les résultats de certaines recherches italiennes sur les variations du phosphore, du calcium, du potassium et du magnésium. Pour E. Lesné et S. Briskas (Paris) leurs recherches sur l'anémie cuproprive et le rapport cuivre fer ont montré qu'il y avait une certaine suppléance possible entre les deux métaux. On entendit ensuite P. Rohmer et Schneegans (Strasbourg) sur les variations du chlore, les dyspepsies et les déshydratations, Fanconi (Zurich) sur le diabète insipide, Salazar de Sousa (Lisbonne) sur le pH et la glycémie des dystrophiques, Catedda (Padoue), de Toni (Modène) sur le phosphore inorganique et organique, etc...


Par ces temps de froid,
veuillez penser au
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
NATURELLE ET SÉLECTIONNÉE
Garantie active
et
riche en vitamines
(Facteur antirachitique
et facteur de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Enfants : 15 gouttes ou 1 et 2 cuillerées à café suivant l'âge.
Adultes : 1 cuillerée à soupe par jour.
LABORATOIRES
DU Dr ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP
PARIS XIIe
Vivoléol
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE M
SPÉCIAL
CARRÉ PARIS

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

L'amygdalite aiguë de l'adulte

Provoquée par un refroidissement, une infection dentaire etc, cette affection n'est plus souvent que le réchauffement d'une infection chronique plus ou moins latente de l'amygdale, le réveil d'une affection focale, souvent bilatérale, mais parfois localisée à un seul côté.

Dans l'amygdalite aiguë, la tonsille double ou triple presque son volume normal, de ses cryptes sortent des sécrétions blanches, ou même des gouttelettes pruriformes ; son expression montre qu'elle constitue une sorte d'éponge gorgée de pus. Aux phénomènes banals de suppuration, fièvre, atteinte de l'état général, douleur spontanée, s'ajoutent des signes propres au siège pharyngé de la suppuration : otalgie, dysphagie douloureuse, dysphonie de la voix amygdalienne, dyspnée légère avec anxiété par œdème de voisinage qui peut atteindre la luette, adénopathie cervicale. Le germe le plus souvent rencontré est le streptocoque, agent des complications graves : phlegmon periamygdalien et thrombo-phlébite des veines du cou.

Le diagnostic est en règle très facile, il suffit d'un abaisse-langue et d'un bon éclairage pour voir les deux glandes énormes, suintant par leurs cryptes le mélange de pus et d'exsudats fibrineux ; venant bloquer plus ou moins complètement le pharynx. Mais parfois les phénomènes locaux sont si intenses et accompagnés de trismus qu'on penserait plutôt à un abcès périamygdalien. Dans le cas notamment où les piliers masquent en partie la tonsille, il peut être nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice pour s'assurer qu'il n'existe aucune collection et que le pus est seulement réparti dans les cryptes amygdaliennes.

Cette infection aiguë de la tonsille doit être considérée comme une chose sérieuse, non pas à cause de l'intensité des phénomènes douloureux et fébriles qui retrocèdent en cinq à sept jours, mais en raison des complications graves possibles.

La plus fréquente et heureusement la moins dangereuse est le *phlegmon periamygdalien* dont on connaît maintenant le siège exact entre la capsule externe de la tonsille et la paroi pharyngée musculaire, et le germe constant-streptocoque. Cette suppuration se forme et se collecte dans les cinq à huit jours qui suivent la guérison apparente de l'amygdalite. Peu importe que celle-ci ait été sévère ou légère. Après une courte période de détente, tous les phénomènes fébriles, douloureux, reprennent, en général d'un seul côté : on peut être assuré alors qu'il s'agit dans ce deuxième stade d'un abcès véritable et la ponction exploratrice s'impose. Contrairement aux données classiques, la bilatéralité est très loin d'être une exception, soit que les deux collections se forment simultanément, soit qu'elles se succèdent. Contrairement aussi à la croyance habituelle, ce phlegmon peut être mortel soit en provoquant une hémorragie précoce ou tardive, soit en étant l'étape vers l'infection veineuse.

La propagation de l'infection au système veineux cervical peut venir directement de l'amygdalite aiguë ou par l'intermédiaire du phlegmon péritonsillaire. On n'est pas absolument d'accord pour savoir si la voie initiale est lymphatique ou veineuse, mais le réseau veineux pharyngien, les troncs qui aboutissent à la jugulaire interne et souvent même celle-ci deviennent le siège de thrombo-phlébite avec toutes les menaces que compte cette affection : septicémie, pyohémie, embolie, mort.

Le classique frisson et la fièvre à grandes oscillations annonce la pénétration des germes dans le système circulatoire. Localement on peut sentir un empâtement cervical lymphoganglionnaire plutôt qu'un cordon veineux induré. Le diagnostic étiologique de cette septicopyohémie est aisée si l'amygdalite aiguë est immédiatement antérieure, mais plus délicat si l'atteinte de l'amygdale a été discrète et négligée.

Aussi l'examen systématique du pharynx s'impose-t-il en présence de toutes septicémies sans point de départ connu.

On voit donc, que chez l'adulte surtout, l'amygdalite aiguë ne doit pas être considérée comme une maladie plus bruyante que dangereuse et que son traitement peut se résumer en gargarismes et badigeonnages.

Il est certes nécessaire de calmer la douleur pharyngée et de permettre au patient de s'alimenter, aussi les bains de bouche calmants, au chloral notamment sont indispensables. Par contre les badigeonnages semblent bien illusoires : comment espérer que des antiseptiques, même aussi pénétrants que le bleu de métylène, pourront remonter à contre courant au fond des cryptes. Bien plus efficaces sont les pulvérisations de cocaïne adrénalinée très diluées qui provoquent une rétraction de l'œdème, de l'amygdale et facilitent l'expression de celle-ci. De même agissent les siphonages avec le banal siphon d'eau de seltz, ou les grands lavages au sérum concentré.

Sur le cou, les enveloppements humides chauds, ou à l'antiphogistine auront pour but d'activer la défense du système lympho-ganglionnaire.

Mais la thérapeutique anti-infectieuse efficace doit agir sur l'état général soit par injection d'antiseptiques, soit par vaccination.

Au collargol classique, à l'uroformine injectable, nous préférons les sels solubles de bismuth, employés depuis quelques années avec succès à dose de 2 c. c. en injection intramusculaire quotidienne.

Il faut s'assurer d'abord que les urines ne sont pas albumineuses et que la dentition est en bon état. Cette thérapeutique est suffisante en présence d'une amygdalite de moyenne intensité, sans œdème de la luette, sans menace de complications, et si le malade n'a pas eu antérieurement des abcès périamygdaliens.

Dans le cas contraire, si on a des raisons de craindre une complication ou si le bismuth n'a pas donné de suite une amélioration locale et générale on devra mettre en action la vaccination polyvalente.

Là comme ailleurs il faut distinguer le propidon des autres polyvalents en raison de sa brutalité et du choc qu'il provoque chez la malade.

La meilleure méthode nous paraît d'employer d'abord et uniquement des vaccinations non choquantes pour ne pas fatiguer le patient et réserver le propidon au cas de danger immédiat. D'autant plus que si l'action du vaccin injectable est immédiatement efficace pour arrêter rapidement une amygdalite, elle n'est pas toujours assez prolongée pour empêcher la formation tardive d'un phlegmon périamygdalien issu d'une crypte profonde et infectée qui n'aura pas été évacuée. Une seconde série de vaccination sera alors nécessaire, et il vaut mieux ne pas fatiguer le patient par du propidon à deux reprises.

La guérison de l'amygdalite obtenue sans complication, le rôle du médecin n'est pas terminé : il faut faire de la prophylaxie : car rien n'est aussi récidivant que l'amygdalite aiguë puisque la guérison signifie seulement refroidissement mais non destruction du foyer chronique.

La seule prophylaxie efficace est l'amygdalectomie totale, toute autre méthode d'assèchement, de stérilisation des tonsilles risque de donner des déboires. L'âge mûr n'est plus une contre-indication. On n'hésite pas à enlever un appendice malade chez un sujet âgé, il n'y a aucune raison pour ne pas traiter de même l'amygdale, à condition de considérer l'ablation des amygdales comme une opération chirurgicale bien réglée et précédée d'une bonne préparation du malade.

Nous ne pouvons pas à l'heure actuelle indiquer l'amygdalectomie à chaud comme traitement rationnel de l'amygdalite aiguë et cependant nous pensons que ce sera la thérapeutique de l'avenir.

Cette opération à chaud, ou à tiède, est en train de devenir le traitement normal du phlegmon péritonsillaire par ce qu'éminemment logique et sans danger, faisant à la fois traitement curateur et prophylaxie.

De même dans les thrombophlébites pharyngo-jugulaires, heureusement rares chez nous (elles paraissent plus fréquentes dans d'autres pays, en Allemagne notamment) le traitement conseillé et parfois pratiqué avec succès a été l'amygdalectomie à chaud, avec ou sans résection des veines du cou. Dans certaines amygdalites ulcéreuses graves, l'amygdalectomie à chaud a pu éviter une extension probablement mortelle.

Aussi peut-on penser que dans un avenir indéterminé, le traitement de l'amygdalite aiguë de l'adulte sera avant tout chirurgical.

Docteur Louis LEROUX.

L'annonce est légitime et nécessaire. La réclame déguisée discrédite une feuille. (G. Renard. Enquête sur le journalisme contemporain).

La *troisième* question faisant l'objet de rapports était : LE PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE DE L'ENFANCE ET LES ÉTUDES RÉCENTES SUR L'ULTRA VIRUS. Pour Dufour (Lyon) c'est le bacille et non l'ultra virus qui est en cause dans la tuberculose primaire ; dans la période secondaire il en est le plus souvent de même sauf peut-être dans certaines formes de méningite curable ; à la période tertiaire l'ultra-virus joue un rôle encore plus effacé, mais l'hémoculture décèle presque toujours de l'ultra-virus et non du bacille tuberculeux.

Ch. Cohen (Bruxelles), au cours d'une étude critique importante et très complète, émet l'opinion que l'on ne possède encore aucune preuve que les éléments filtrables constituent une phase infravisible et normale du bacille tuberculeux ni qu'ils possèdent un pouvoir pathogène différent des bacilles dont ils proviennent.

Valtis (Grèce) critique le rôle des éléments filtrables du bacille de Koch en pathologie infantile ; Cibils Aguirre (Buenos-Ayres) considère que l'érythème noueux est provoqué par le bacille de Koch sous sa forme adulte et que dans bien des casde tuberculose dite latente on trouvera du bacille de Koch à l'examen gastrique. D'autre part la réaction à l'ultra-virus est généralement moins intense que la réaction à la tuberculine avec laquelle la précédente n'a jamais, dans ses propres recherches, été concomitante.

E. Lesné, G. Dreyfus-Sée et Saenz ont recherché le bacille tuberculeux gastrique dans la primo-infection des enfants à cuti positive. Le bacille est présent dans 51 % des tuberculoses radiocliniques, 14 % de tuberculoses indécelables cliniquement. D'où la nécessité, semble-t-il, de séparer les enfants à cuti-réaction positive des enfants à cuti négative dans les pouponnières et les maisons de convalescence.

Avec A. Saenz, E. Lesné confirme le danger de la contamination de l'enfant par le lait cru ; le bacille bovin dans leurs cas n'a été responsable d'une méningite que dans deux cas sur cent-quarante-quatre, soit 6,45 % des cas.

G. Fiore (Pise) attribue la lymphopathie fondamentale folliculogène (type de notre lymphatisme pré- ou para-tuberculeux) à l'ultravirus tuberculeux, virus filtrant. C'est pour lui une forme clinique de passage.

Arvid Wallgren (Suède) se prononce contre la possibilité des contagions, sauf rares exceptions, de la tuberculose primaire des jeunes enfants aux dépens d'autres enfants. Norman B. Capon (Liverpool) pense que la tuberculose intrathoracique est fréquente chez le jeune enfant, elle guérit souvent mais l'immunité est précaire ; il y a toujours danger de réinfection. L'état général reste souvent bon dans ces cas de tuberculose primaire, aussi le diagnostic demande-t-il les réactions de laboratoire et biologiques.

De son côté Hans Rietschel (Würzburg) croit à l'infectiosité de l'enfant phtisique tandis que Richard Priesel (Innsbruck) est moins formel.

Robert Debré (Paris) met en évidence le rôle primordial de la toux pour évaluer les chances de contagiosité d'un enfant tuberculeux. Noeggerath (Fribourg) pense que la protection contre la tuberculose infantile doit être à la base de la lutte contre la maladie non seulement chez l'enfant mais aussi chez l'adulte. Il passe en revue toute l'organisation de la lutte antituberculeuse en Allemagne.

Stewart (Minneapolis) se fait l'avocat de la ségrégation des tuberculeux, surtout adultes, en attendant qu'il y ait une vaccination durable. Au point de vue thérapeutique il préconise le repos complet de l'organe malade, chez l'enfant comme chez l'adulte, comme il est réalisé par exemple au maximum dans le pneumothorax.

Armand-Delille et Lestocquoy (Paris) passent en revue les divers aspects de ces tuberculoses infantiles considérées au point de vue prophylactique et thérapeutique ainsi que Rupelius (Leipzig), Herbert Koch (Graz), Weill-Hallé (Paris) pour qui la vaccination par le B. C. G. n'exclut aucune des autres mesures de prophylaxie générale, Kleinschmidt (Cologne), Edmund Nobel (Vienne) et R. Jemma (Naples).

Beaucoup d'autres communications ont été présentées, et même traduites dans les langues officielles du Congrès, devant un auditoire nombreux, ce qui démontra que, pour beaucoup de congressistes, le désir de s'instruire était plus fort que celui de voir Rome.

Toutes ces communications et ces discussions seront publiées comme d'habitude *in extenso* dans les comptes-rendus que l'on devra encore une fois à l'esprit d'ordre, à la méthode et à la conscience du professeur Jundell et de ses collaborateurs.

Que 1940 voie un succès égal à New-York, Washington, Boston ou Philadelphie, puisque l'on ne sait pas encore dans laquelle de ces villes le congrès se tiendra, il y a tout lieu d'espérer son succès, surtout si l'on en change la date, en adoptant par exemple le moment de Pâques afin de faciliter la venue de la plupart des pédiatres européens.

Il ne nous reste plus qu'à remercier les autorités fascistes et nos confrères italiens pour toute la peine qu'ils ont prise en vue de rendre le Congrès aussi agréable, aussi utile qu'il l'a été et à les féliciter du beau et légitime succès qu'ils ont remporté.

R. PIERRET.
(La Bourboule).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1937

Contribution à l'étude du typhus exanthématique murin. De la contamination du chien par ingestion du virus. — *M. H. Violle,* d'après ses expériences, tire comme conclusions que : de nombreuses espèces animales sont réceptives aux virus murin : animaux sauvages comme le rat, le campagnol, la souris, le hérisson, un animal domestique comme le lapin, un animal compagnon de l'homme comme le chien ainsi que nous l'indiquons) et le chat mais encore que les voies d'inoculation sont, non seulement des voies artificielles pourrait-on dire : voies cutanées, péritonéale, veineuse, intracérébrale, mais aussi naturelles, puisque le rat, le chien peuvent se contaminer par voie digestive, directement sans addition d'aucun facteur mécanique ou chimique, modifiant l'appareil gastro-intestinal ; également (rat, cobaye) par voie cutanée sous-épidermique se traduisant par une simple excoriation ; ce virus peut persister d'une façon étonnante chez certains animaux.

Recherches sur l'acide urique libre et les complexes uricogènes du sérum sanguin. — *M. Joseph Khouri.* — « Nos essais préliminaires par l'hydrolyse alcaline du sérum nous ont permis dans un certain nombre de cas :

1° De déterminer le taux de l'acide urique potentiel dans ce liquide et de montrer l'étendue et les variations relatives de cette réserve urique par cette méthode ;

2° De fixer, pour les sérums que nous avons eu l'occasion d'étudier, le rapport de l'acide urique libre (préformé) à *l'acide urique potentiel ou réserve purique plasmatique* ;

3° De constater la grande latitude de variabilité de ce rapport (*indice urique plasmatique*) : l'acide urique provenant des complexes puriques representant dans nos expériences 0,5 à 23 fois le taux de l'acide purique libre du sérum ; les indices les plus élevés ont été notés principalement dans l'arthritisme et les maladies du foie. »

Péricardite tuberculeuse, échec de la ponction ; péricardotomie, guérison. — *M. Paitre.* — Seules les observations de péricardites tuberculeuses non cloisonnées évacuables, aussi bien par ponction que par péricardotomie, sont à retenir si l'on veut établir la supériorité de l'une ou l'autre méthode.

L'observation présentée concerne un de ces cas. Une première paracentèse ne permit pas d'évacuer une quantité de liquide suffisante pour améliorer l'état du malade, ni pour persuader qu'il s'agissait d'un épanchement non cloisonné.

L'exposition à l'air du péricarde semble avoir eu, dans un cas très grave, un effet thérapeutique intéressant : cicatrisation parfaite, non-tuberculisation du tissu cellulo-ganglionnaire du médiastin, etc...

On peut se demander si la méthode thérapeutique bien connue pour la péritonite tuberculeuse n'est pas applicable aux péricardites de même nature.

L'évolution des eaux alcalines au rayonnement Tyndall. — *M. Roger Glénard.* — Les eaux alcalines, peu après leur émergence, présentent par suite de l'oxydation de leurs

sels ferreux à l'air libre, une floculation généralement très ténue et que l'œil peut à peine percevoir.

Mais celle-ci apparaît dans ses moindres détails, si, en chambre obscure, on fait traverser l'eau par un vif pinceau lumineux, dont l'éclat varie suivant l'importance de la turbidité, et qui peut être mesuré par comparaison (appareil Diemert et Guillerd aux gouttes de mastic, photomètre).

La floculation, constituée principalement par de l'hydrate ferrique, évolue moins comme un précipité qu'à la manière d'un coagulum, dont il est facile d'étudier les différents caractères.

Son développement, qui coïncide avec la fin du pouvoir catalytique, annonce que l'eau minérale a désormais subi une réelle transformation.

Séance du 16 novembre

Etude sur « Descartes et la Médecine ». — *M. Béclère.*

Trois cas non méditerranéens de kala-azar infantile, autochtones : Vosges, Ardèche, Isère. — *M. Préhu* et *P. Bertoye* (de Lyon) communiquent trois cas avérés de kala-azar (leishmaniose viscérale) observés en 1931, 1936 et 1937, chez des enfants jeunes, appartenant l'un à la région des Vosges, un autre à l'Ardèche, le troisième à la région dauphinoise (département de l'Isère). Aucun d'eux n'avait quitté la région pour se rendre dans le midi de la France. *Ce sont des cas autochtones.* La source de la contagion n'a pu être exactement fixée. Cependant les trois enfants avaient été vraisemblablement en contact avec des chiens.

Election de deux correspondants nationaux dans la IIs Division. (Chirurgie et spécialités chirurgicales).

Classement des candidats. — En première ligne : M. Voron, de Lyon ; M. Nové-Josserand, de Lyon.

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique. — MM. Fiolle, de Marseille ; Guyot, de Bordeaux ; Jacques, de Nancy ; Villard, de Lyon.

Adjoint par l'Académie. — M. Guillaume-Louis, de Tours.

MM. Voron et Nové-Josserand sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 novembre 1937

A propos des hémorragies digestives dans les affections hépato-spléniques. — *MM. A. Cain* et *Roger Cattan* ont étudié particulièrement le tractus gastro-intestinal à l'autopsie de quatre sujets morts d'hématémèse ou d'entérorragie.

A l'examen macroscopique, tant de l'estomac que de l'intestin, on trouve des altérations segmentaires qui vont de l'hyperémie de la muqueuse avec taches purpuriques jusqu'à la simple dilatation du réseau veineux. L'étude histologique montre que le processus congestif débute dans les veines de la sous-muqueuse et se propage aux capillaires de la muqueuse ; la rupture de ceux ci, dans les formes brutales, entraîne la nécrose hémorragique de la muqueuse ; dans les cas moins violents bien que mortels, les capillaires se rompent dans la lumière. Il n'existe pas dans les quatre cas étudiés de lésions vasculaires préalables.

Par analogie avec les données expérimentales, il faut admettre une irritation sympathique qui prend naissance à distance et à laquelle prédisposent les lésions spléniques.

M. Chabrol pense qu'il n'est pas douteux que la vaso-dilatation veineuse et capillaire déborde la muqueuse gastrique dans des hématémèses. On les retrouve en territoire pancréatique ; il en est de même dans les lésions toxiques expérimentales du foie. Bien que la tendance actuelle soit d'incriminer le système neuro-végétatif, la pathogénie des hématémèses reste très obscure.

Tuberculose diffuse micro-nodulaire régressive découverte fortuitement chez un malade porteur d'une tuberculose post-traumatique du genou. — *M. P. Jacob* présente les clichés d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme sérieux, a présenté une tuberculose du genou. Chez cet homme qui semble en pleine santé, les radiographies pulmonaires ont montré un semis diffus, bilatéral, d'ombres très finement nodulaires un peu inegales et irrégulières qui ont disparu en moins d'un an. L'auteur discute de l'appellation convenant à cette image, granulie froide ou tuberculose fibreuse diffuse, et pense qu'il s'agit bien d'une image miliaire.

Cancer du poumon à petites cellules, à métastases multiples. Diagnostic par la biopsie d'une tumeur métastatique de la boite crânienne. — *MM. P. Nicaud* et *A. Corcos* rapportent le cas d'un cancer du poumon droit très limité qui a pu évoluer très silencieusement chez un homme de 50 ans. Les métastases ostéo-périostiques précoces ont provoqué des douleurs ostéo-articulaires diffuses et secondairement sont apparues de petites tumeurs osseuses à localisations multiples : voûte crânienne, sternum, côtes, os iliaque. Au niveau de la voûte crânienne le long de la suture sagittale sont apparues trois tumeurs sous-périostées. Une biopsie faite sur la masse la plus antérieure a permis de reconnaître qu'il s'agissait de tumeurs métastatiques constituées par des nappes de cellules arrondies ou ovalaires, quelquefois fusiformes, paraissant consécutives à un cancer du poumon à petites cellules. En même temps sont apparues des métastases analogues sur le sternum, les côtes, les os iliaques. Leur développement s'accompagnait de vives douleurs. La radiographie du thorax ne montrait qu'une obscurité de la moitié inférieure du poumon droit. Le liquide pleural à formule lymphocytaire était discrètement hémorragique et il n'existait aucun signe clinique parenchymateux. Le malade est mort en quelques mois de cachexie progressive sans avoir présenté de signes thoraciques nouveaux.

L'autopsie a permis de retrouver le cancer pulmonaire à siège sous hilaire droit à nodules peu volumineux présentant la formule cellulaire des cancers à petites cellules. Toutes les métastases osseuses avaient la même constitution. Les auteurs discutent la souche conjonctive ou épithéliale de ces éléments cellulaires. Ils insistent sur la très grande difficulté du diagnostic de nombreux cancers du poumon qui ne présentent ni signes cliniques, ni signes radiologiques caractéristiques.

Cancer du poumon à petites cellules, à métastases multiples sans sémiologie pulmonaire. Anémie pernicieuse aiguë après traitement par le thorium. — *MM. P. Nicaud* et *M. Hamburger* rapportent l'observation d'un malade de 33 ans que des douleurs ostéo-articulaires généralisées amènent à l'hôpital. Aucun symptôme thoracique n'accompagne ces douleurs. L'examen clinique reste négatif. Un traitement anti-rhumatismal par le thorium par voie intraveineuse est entrepris en dehors du service. Après trois injections hebdomadaires, le malade revu au point de vue hématologique présente une anémie pernicieuse d'allure aiguë mortelle. Rapidement le taux des globules rouges tombe de 4.300.000 au premier examen à 2.0400.00 puis à 1.100.000. L'évolution accélérée a duré trois semaines.

L'autopsie a montré l'existence d'un cancer du poumon à petites cellules sous forme de nappes néoplasiques diffuses au-dessous du hile droit. De très nombreux nodules métastatiques de petit volume étaient disséminés dans le foie, la rate, les capsules surrenales, le squelette et particulièrement les côtes. Au point de vue histologique, la tumeur était constituée par des nappes de petites cellules ovalaires ou fusiformes, tant au niveau du poumon que dans toutes les métastasee. Les auteurs discutent l'origine épithéliale ou conjonctive de ces tumeurs du poumon à petites cellules et, s'appuyant sur des études expérimentales antérieures attestant le rôle macrophagique éminent de la cellule alvéolaire, pensent qu'on pourrait en soutenir l'origine alvéolaire.

On peut enfin se demander si l'action du thorium a été indifférente. Une anémie pernicieuse mortelle à évolution très rapide a coïncidé avec le début de ce traitement. De nombreuses mitoses, des essaimages multiples attestent au point de vue histologique la grande activité cellulaire récente de ce néoplasme de volume encore réduit dont la généralisation rapide a constitué le facteur de gravité. Roussy, Oberling et Guérin ont montré le pouvoir cancérigène du dioxyde de thorium chez le rat et ont pu provoquer par injection des sarcomes sous cutanés et intra-péritonéaux avec infiltration envahissante et possibilité de transplantation, caractères démontrant leur malignité. Le pouvoir cancérigène du thorium doit faire penser que le traitement par les substances radio-actives peut ne pas être indifférent chez les sujets porteurs de néoplasies à leur stade initial et difficiles à dépister.

M. Coste fait remarquer que dans la presque totalité des accidents sanguins survenus à la suite d'injections de thorium, on peut relever un surdosage évident. Dans le cas précédent, l'anémie pernicieuse mortelle apparue au cours d'un


Amène un abaissement
immédiat et durable
de la Tension
artérielle.
DESARTYL ex DETENSYL
HYPOTENSEUR VÉGÉTO - POLYHORMONIQUE
Gui,
Hépatine,
Pancréine, Pulmine.
4 dragées par jour

traitement par des doses usuelles ne peut s'expliquer que par une fragilité exceptionnelle du système hématopoïétique. Il ajoute que les indications du thorium doivent être limitées et qu'il est illogique et dangereux de l'employer dans le traitement des tumeurs malignes.

M. Hagueneau expose les dangers de la curiethérapie interne. Il a observé à plusieurs reprises une évolution foudroyante de leucémies ou de maladies de Hodgkin soumises au traitement par le thorium. La formule sanguine doit être surveillée tant au point de vue de la série blanche qu'au point de vue des hématies.

M. Béclère pense qu'on ne saurait trop insister sur les dangers de l'introduction dans l'organisme de substances radioactives, aussi bien dans un but diagnostique que dans un but thérapeutique. Il serait désirable que la curiethérapie interne fut abandonnée en raison des dangers qu'elle comporte.

M. Coste n'est pas aussi formel. Si les substances radioactives sont maniées avec prudence, les accidents sanguins ne sont jamais graves. Les émanations de radium ne lui paraissent pas devoir être exclues de la thérapeutique.

M. Marquézy rappelle la mortalité considérable par cancer du poumon qui frappe un tiers des mineurs extrayant le minerai de radium en Tchécoslovaquie.

M. Coste croit que ce ne sont pas les émanations de radium qui sont nocives, mais les particules solides inhalées.

M. Hagueneau fait remarquer que les mineurs seuls sont atteints a l'exception des ouvriers qui manient ou purifient le minerai.

Réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre à évolution rapide. Images radiologiques. Diagnostic histologique. — ***MM. P. Nicaud*** et ***A. Ravina***. — Chez un malade de 42 ans ayant présenté comme seuls signes, des signes généraux : grande fatigue et rapide amaigrissement et une toux persistante suivie de quelques crachats hémoptoïques, une radiographie a montré l'existence de trois masses arrondies et volumineuses dans l'hémithorax droit. La masse supérieure paraissait battante. La maladie, à marche très rapide, a évolué en six semaines vers la mort. L'autopsie a révélé que la tumeur supérieure battante était constituée par la crosse aortique sous-tendue par une des masses tumorales. Les deux masses inférieures comme la masse sous-aortique, paraissaient développées aux dépens de la plèvre et le poumon en pouvait être facilement dissocié. Il n'y avait aucune propagation pulmonaire et aucune métastase.

Au point de vue histologique, la tumeur était constituée par des nappes cellulaires de type sarcomateux à grande activité nucléaire présentant dans leurs intervalles un reticulum irrégulier. Des néoformations vasculaires très importantes à revêtement endothélial épais paraissaient incluses dans les nappes cellulaires qui à leur pourtour présentaient une ordination péri-vasculaire. Il s'agissait d'un réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre.

Méningo-radiculo-névrite mélitococcique à forme pseudo-myopathique : isolement de brucella mélitensis du liquide céphalo-rachidien. — ***MM. H. Roger, J. Paillas*** et ***J. Vague*** (de Marseille). — Au cinquième mois d'une mélitococcie, évolution progressive d'une parésie flasque incomplète, prédominant à la racine des membres inférieurs avec lordose et démarche pseudomyopathique, avec bande d'hypoesthésie radiculaire. Liquide céphalo-rachidien légèrement xanthochromique avec 104 lymphos et 2 gr. 50 d'albumine ; rachiculture positive pour le mélitensis au quinzième jour d'ensemencement.

A signaler le léger léchage de la moelle (dysurie, Babinski droit unilatéral) et un épisode méningé crânien avec diplopie passagère et hypoaccousie persistante.

Comportement de la natrémie dans un cas de maladie d'Addison ayant évolué chez un brightique hypertendu. — ***MM. Eric Martin, R. Janet*** et ***J. Steinmann*** rapportent l'observation d'une malade de 61 ans dans le sang de laquelle ils ont suivi les taux du chlore, du sodium et de la réserve alcaline. Un régime carencé en chlorure de sodium a entraîné un abaissement du sodium « de reste » combiné aux albumines et aux sulfates sans abaissement du chlore que le rein était incapable d'éliminer. L'administration de chlorure de sodium n'a pas amélioré l'hyponatrémie qui l'a été nettement par l'absorption de bicarbonate de soude. Cette observation montre l'importance de la fraction de sodium dite « de réserve » qui n'a pas été suffisamment étudiée chez les addisonniens.

A propos d'un cas d'engorgement mammaire de la puberté. — ***M. Comby*** rapporte l'observation d'un garçon de 11 ans, parfaitement constitué, qui présentait un engorgement mammaire unilatéral de la puberté.

A propos de ce cas très banal, il fait remarquer que le diagnostic doit être posé et ne doit entraîner aucune sanction thérapeutique intempestive, la tuméfaction régressant toujours spontanément au bout d'un temps variable.

Michelle Zagdoun-Valentin.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1937

Syndrome péritonéal aigu par injection vaginale d'eau sous pression. — Une femme se croyant enceinte, s'injecte de l'eau pure à deux reprises. Prise de malaise peu après, elle appelle le médecin qui trouve une contracture péritonéale importante. La laparotomie, douze heures après le début des phénomènes, montre du liquide séro-purulent, un utérus gros avec piqueté hémorragique sur les ovaires. Hystérectomie.

Le liquide était stérile et ne contenait pas de savon. (Observation de ***M. Biérent***. Rapport de M. Huet.)

Hémorragies intestinales par diverticule de Meckel. — ***M. Huet*** rapporte une observation de ***M. Biérent*** concernant des hémorragies intestinales chez un enfant de 11 ans. La famille refusant l'intervention, celle-ci ne peut être faite que deux ans après. Elle décèle un diverticule de Meckel qui fut excisé. L'examen histologique du diverticule révèle l'existence de tissu à type stomacal.

Ces hémorragies d'ulcère du diverticule de Meckel sont actuellement bien connues. Chez l'enfant l'existence d'hémorragies doit donc inciter à faire ce diagnostic.

Névralgie occipitale. — Cette névralgie survenant par crises paroxystiques douloureuses, irradie parfois jusque dans la région frontale, et sur le trajet du plexus cervical.

MM. Wertheimer et ***Soustelle*** dans un cas invétéré, ont sectionné les deux premières racines cervicales. Dans un deuxième cas, secondaire à une stomatite, il ne fut fait qu'une alcoolisation, suivie de succès. La section du deuxième nerf cervical, préconisée par Ody, est l'intervention logique, puisque c'est cette racine qui est à l'origine du nerf sous-occipital.

M. de Martel pense que le diagnostic de névralgie occipitale est en règle bien difficile à poser. C'est aussi l'avis de ***M. Welti*** qui a vu une névralgie occipitale être le premier signe d'une syringomyélie.

Œdème traumatique cérébro-bulbaire. — ***M. Curtillet*** (Alger) a vu chez un malade âgé de 40 ans, après une chute sur le crâne datant de huit jours, l'apparition progressive d'un coma. La ponction lombaire donne une tension à 6 avec Queckensted positif. L'auteur fit une ponction ventriculaire qui montra l'affaissement des ventricules sans œdème cérébral par le trou de trépanation. Il intervient et constate un hématome sous dure-mérien. Le lendemain, état aggravé, apparition d'un signe de Babinski, tension artérielle très élevée. A la ponction lombaire, pas d'hypertension. Par voie postérieure, l'intervention type Ody ne montre pas de sang dans la citerne postérieure, mais un œdème cérébral localisé du bulbe et du cervelet. Le drainage ne donne pas issue à du liquide abondant et cependant après l'intervention le coma cesse.

M. Petit-Dutaillis, rapporteur, recherche les indications de l'opération d'Ody. L'indication majeure réside dans l'apparition de signes de souffrance bulbaire, à condition qu'on ait fait l'exploration ventriculaire par ponction. Dans ce cas s'il existe certainement une hypertension intracrânienne, sans cause traduite à l'exploration des ventricules, l'intervention d'Ody semble actuellement logique.

M. de Martel pense que l'opération d'Ody est une excellente méthode parce qu'elle permet en enlevant le rebord du trou occipital, de supprimer l'agent habituel d'étranglement du bulbe œdématié.

Résultats éloignés des résections diaphysaires dans les ostéomyélites aiguës. — ***MM. Sorrel*** et ***Guichard*** apportent 38 observations d'ostéomyélite aiguë de forme très grave, traitées par resection. Il s'agit en règle de cas très sévères

bien qu'actuellement les auteurs en étendent les indications. Dans les 21 cas suivis depuis longtemps, la reconstitution osseuse a été excellente dans 17 cas et il a fallu quatre fois faire une greffe ostéo-périostique qui a d'ailleurs eu un plein succès. La rapidité de la reconstitution est assez variable ; si on reconstitue l'étui périosté, elle est beaucoup plus précoce.

Les os reconstitués deviennent à la longue des os solides, de fonctionnement excellent, de forme remodelée presque normale, d'accroissement normal, et au niveau desquels n'évolue plus d'osteomyélite chronique.

Il faut opérer les ostéomyélites aiguës lorsqu'il y a du pus cliniquement constatable. Dans tous les cas graves avec abcès décollant le périoste de toute part, on fait une résection d'emblée. On fait aussi la resection si une trépanation anterieure n'a pas donné une amélioration franche. Les résultats de ces deux sortes de réactions sont les mêmes pourvu que le périoste soit suffisamment conservé. Hors des cas graves, il y a des cas moins alarmants, de gravité moyenne, mais qui deviennent chroniques. Si on trouve un abcès périosté, l'inciser, examiner l'os, trépaner s'il apparaît du pus par des pertuis osseux, mais si on trouve un abcès sous-périosté, décollant complètement le tour de l'os, la trépanation ne suffit pas, il est plus sage de faire une résection. Celle-ci doit être large, dépasser le sommet du décollement sous-périosté, elle sera souvent presque totale. Il y a intérêt à fermer le périoste par quelques points. Les chairs sont laissées ouvertes et pansées à plat sans antiseptiques. Un plâtre est mis en place et laissé le plus longtemps possible, jusqu'à un mois.

Greffe pour pseudarthrose après résection diaphysaire. — ***M. Richard*** apporte des observations d'échec après résection diaphysaire pour ostéomyélite grave. Ces cas concernent presque toujours des formes très sévères. Des greffes ostéopériostiques totales ont permis dans tous les cas un excellent résultat. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées d'infection. Si l'os néoformé se fracture, il se consolide bien. Enfin le greffon est toujours bien toléré malgré l'infection ancienne du foyer. L'auteur fait précéder sa greffe d'une vaccination au propidon. Il pense donc que si la résection diaphysaire donne de bons résultats, on ne peut toujours prévoir exactement les suites de cette opération.

Septicémie staphylococcique avec lésions multiples osseuses. — ***M. Leveuf*** présente un cas d'ostéomyélite à forme septicémique, traite par des plâtres, l'abstention chirurgicale et des transfusions sanguines répétées. L'évolution en est favorable et les lésions osseuses, très importantes à la radiographie, semblent se cicatriser. Jean CALVET.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Le traitement des diphtéries graves par la strychnine à fortes doses

Depuis qu'ils ont fait connaître, en 1935, les résultats qu'ils avaient obtenus par la strychnothérapie dans les diphtéries graves, MM. Paisseau et Carrez ont poursuivi leurs observations et ils en exposent les résultats (*Archives de médecine des enfants*, novembre 1937).

L'efficacité de la strychnothérapie intensive paraît établie, disent-ils, tout d'abord par la guérison de formes malignes ayant présenté des signes de gravité généralement considérés comme de pronostic fatal : états d'insuffisance cardiaque avec vomissements, troubles du rythme, hypertrophie du foie, formes hémorragiques avec vastes ecchymoses, éruptions purpuriques, hématomes sous-cutanés.

D'autre part la guérison est survenue dans certains cas malgré la constatation de un ou plusieurs des signes de malignite unanimement considérés comme habituellement incompatibles avec une issue favorable.

En raison de la surveillance incessante qui est nécessaire pour l'administration des hautes doses, l'inconvénient principal de ce traitement est de ne pouvoir être utilisé que dans des conditions particulières. Toutefois, il paraît aux auteurs que la strychnine pourrait encore rendre des services à des doses très supérieures à celles qui sont communément employées et sans aucun danger à la faveur de son emploi fractionné et de sa tolérance.

La sérothérapie dans le traitement des paralysies diphtériques

Une expérience de quarante ans permet à MM. R. Cruchet et G. Ginestous (*Archives de médecine des enfants*, novembre 1937) d'affirmer que la guérison des paralysies diphtériques est plus rapide et plus sûre quand on emploie la sérothérapie.

On doit pratiquer la sérothérapie dans les paralysies diphtériques, disent-ils, même quand elles surviennent isolément après la disparition de fausses membranes et la guérison tout au moins apparente de la diphtérie.

Les doses doivent être de 40 à 60 centimètres cubes de sérum les premiers jours en diminuant les jours suivants. MM. Cruchet et Ginestous ne dépassent pas au total 100 à 200 centimètres cubes, sauf dans certains cas exceptionnels où ils ont poussé jusqu'à 500 centimètres cubes (chaque flacon de 10 centimètres cubes représente 5.000 unités). Les injections intraveineuses (10 à 20 centimètres cubes) sont à conseiller dans les cas graves.

Dans les formes malignes, ils ont l'habitude de faire conjointement des injections de sérum antigangréneux et de sérum antistreptococcique.

La sérothérapie agira mieux si on l'associe au traitement phylactique, notamment par le chloroforme (sous anesthésie ou en ingestion), ou par l'uroformine en injections intraveineuses.

Tous les autres traitements devront être également associés. Selon les circonstances, on utilisera l'adrénaline à raison de X à XXX gouttes par jour, l'ouabaïne au quart de milligramme, le sulfate de strychnine de 1 à 2 et 3 milligrammes par jour.

Dans les formes toxiques avec oligurie, le goutte à goutte anal avec du sérum physiologique est à conseiller.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

A propos de la Suractivation du salicylate de sodium

Des travaux récents ont démontré que certaines médications acquièrent des propriétés thérapeutiques très sensiblement accrues lorsqu'elles sont ingérées ou injectées simultanément avec d'autres substances judicieusement choisies.

C'est là un phénomène depuis longtemps constaté et auquel Loeper a donné le nom d'*auxothérapie*.

Ce pouvoir accru des « Associations médicamenteuses » sur lequel MM. Burgi, Zung et Guy Laroche, ont attiré l'attention lors du Congrès français de thérapeutique d'octobre 1933, avait été mis à profit en maintes circonstances au cours des dernières années dans le double but :

- d'augmenter la valeur thérapeutique de certaines substances aux doses habituellement admises ;
- de favoriser l'administration de hautes doses en évitant de provoquer des accidents d'intolérance.

L'expérience a montré entre autres, que l'adjonction simultanée de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium solubilisés en milieu marin, au salicylate de sodium est susceptible :

- d'en hâter et d'en accroître la fixation sur la fibre cardiaque du lapin dans une proportion de 70 % supérieure à la normale ;
- d'améliorer largement les résultats thérapeutiques de la médication salicylée ;
- de favoriser, dans une grande mesure, la tolérance du médicament. ;
- d'éviter le choc salicylé au cours des injections intraveineuses.

Tous ces avantages expliquent la supériorité si souvent constatée du *salicylate suractivé Ana*.

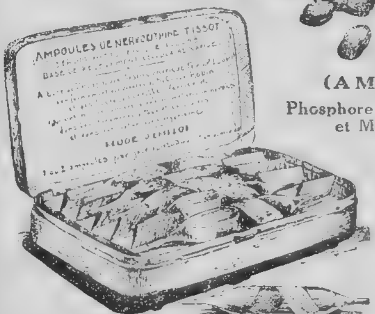
Du point de vue pratique le salicylate suractivé Ana permet :

Au cours de la *cure d'attaque* dans la maladie de Bouillaud, d'associer la médication *intraveineuse* (1 gr. de salicylate suractivé par ampoule de 10 c. c. en solution glucosée) aux prises *per os* de *solution* (2 gr. par cuillère à café ou 70 gouttes au gramme) ou de *dragées* glutinisées ne livrant leur contenu (0 gr. 50 de salicylate suractivé) qu'au niveau de l'intestin.

Pendant les *cures d'entretien*, d'alterner les prises *per os* de solution et de dragées.

Le salicylate suractivé Ana réalise la médication salicylée intensive.





Echos et Glanures

Les femmes médecins en U. R. S. S. — *Sous le titre* Femmes soviétiques, *Mme Helène Iswolsky vient de publier (Desclée de Brower) un petit livre où elle a cherché à dégager ce que vingt ans d'expérience communiste ont fait pour la femme. Et voici ce qu'elle écrit à propos des femmes-médecins :*

Environ un demi-million de femmes sont actuellement inscrites dans les universités et les écoles supérieures techniques. Au sortir de ces établissements, elles embrassent les professions les plus diverses : ingénieurs, agronomes, femmes-médecins, directrices de Kolkhozes, employées de laboratoires de recherches scientifiques, juges et gérantes de crèches, aviatrices et infirmières.

C'est surtout dans le domaine de la médecine que la femme soviétique travaille le plus activement : le nombre des femmes médecins s'élève aujourd'hui en U. R. S. S. à 42.000. C'est là un chiffre réellement imposant, mais il ne faut pas oublier que la profession médicale fut largement ouverte aux femmes bien avant la Révolution et que le travail social médical, dans les campagnes et les agglomérations ouvrières, fut toujours rempli avec le plus grand dévouement par les doctoresses et les infirmières diplômées.

Les statistiques soviétiques, surtout en ce qui concerne les bilans de l'instruction, sont extrêmement impressionnantes. Sans aucun doute, la soif d'apprendre et d'atteindre un haut niveau culturel est un des phénomènes qui caractérisent le mieux les aspirations actuelles des masses. L'effort entrepris par le gouvernement soviétique pour satisfaire cette soif a été, on le sait, considérable.

Mais ce que les statistiques ne disent pas, et ce que l'autocritique des dernières années a révélé, c'est que cette instruction demeure souvent par trop superficielle, hâtive, incomplète. Les élèves sortis des universités et des écoles techniques supérieures ne possèdent qu'un bagage scientifique et culturel extrêmement restreint et sont souvent obligés d'embrasser une profession sans préparation suffisante et de parachever leur instruction technique sur place. C'est ce que nous montre la lettre d'une jeune doctoresse récemment publiée par les *Izvestia* ; document humain réellement émouvant qui nous fait comprendre, mieux que tous les bilans et toutes les statistiques, les difficultés rencontrées par les jeunes intellectuelles soviétiques, difficultés qui ne sont surmontées que grâce à une constante bonne volonté et à un inlassable dévouement ; en voici les principaux passages.

Il s'agit d'une missive envoyée par la femme médecin Anissimova (directrice d'une clinique de village de la province de Tver) à son ancien professeur, G. Djanelidze, de l'Institut médical de Léningrad :

25 décembre 1936

Cher Professeur,

« Cette lettre vous étonnera, sans doute. Pendant les cinq mois qui se sont écoulés depuis le jour où j'ai quitté l'Institut, après avoir obtenu mon diplôme de médecin, vous avez certes pu oublier.

« Pourtant j'ai décidé de vous écrire. Car c'est vous qui nous avez enseigné quelle attitude doit observer le jeune médecin dans quelque petit village, loin des centres culturels, où l'on ne saurait compter sur l'aide de personne et où il faut prendre l'initiative de ses actes.

« Depuis le 20 août, et jusqu'à ce jour, je dirige la clinique du village de Molokhovo. Imaginez quelques dizaines de petites masures en bois, penchées, noircies par les années, qui se dressent sur une plaine marécageuse, couverte de maigres trembles. Les routes ne sont praticables que durant certaines périodes de l'année, les ponts estropient les chevaux. A la suite de ces conditions, notre clinique a institué des saisons spéciales de traitement. On vient se faire soigner chez nous, non pas quand on a besoin de soins, mais quand on peut se rendre dans notre village.

« Nous n'avons ni bureau de poste, ni coopérative, ni soviet. Tout cela se trouve ailleurs, disséminé dans le pays, à plusieurs kilomètres de distance. La clinique, contenant quinze lits, l'école, la baraque des pompiers et l'administration d'un Kolkhose de culture de lin, voilà toutes les institutions de notre village.

« Je n'avais jamais vécu à la campagne. C'est la première fois que j'ai vu pousser du lin... Au début, j'avais l'impres-

sion d'habiter dans un pays sauvage. Lorsque le soir tombait, je cherchais le commutateur d'un geste instinctif. Mais il n'y avait pas d'électricité. L'infirmière apportait une lampe. Les soirées ici sont calmes, terriblement calmes.

« La clinique dont j'ai pris la direction était dans un fort mauvais état. Depuis quinze ans, c'est-à-dire depuis sa fondation, elle n'a jamais été remise à neuf. Saleté, vermine, cafards, linge déchiré, savates de bois. Des instruments rouillés étaient jetés pêle-mêle sur l'enseuillement de la fenêtre. Il n'y avait même pas d'armoire... Mon prédécesseur avait été chassé pour ivrognerie. Quant à l'infirmier et la sage-femme, leur stage pratique est à peine plus long que le mien.

« Comme un fait exprès, je suis arrivée ici en pleine épidémie de dysenterie. Les routes à ce moment étaient en bon état, et nous recevions à la consultation soixante à soixante-dix personnes par jour. Sans compter les visites urgentes. C'est alors, professeur, que je compris ce que c'est que les difficultés !

« Nous parvînmes à liquider rapidement l'épidémie de dysenterie. Je commençais en même temps, et dès le premier jour, à mettre de l'ordre à la clinique. Je n'avais pas le temps de m'ennuyer.

« Je fis un devis pour l'outillage et les réparations, et j'obtins des subsides du centre sanitaire local. Nous pûmes nous procurer tout ce dont nous avions besoin, et même plus que nous ne pouvions espérer... Nous remîmes en état les poêles et les fourneaux, nous peignîmes et nous blanchîmes les murs. Des fleurs, des rideaux blancs aux fenêtres, et surtout la propreté.

« Lorsque je m'occupai de l'outillage de la clinique, je m'aperçus des lacunes dans ma préparation médicale... Les appareils arrivèrent ; l'infirmier n'en avait jamais vu, la sage-femme non plus. Je fus obligée de m'enfermer, loin des yeux curieux, afin de me rendre compte par moi-même...

« Un jour, je fus appelée dans un village voisin. Une épidémie de trachome avait éclaté à l'asile d'enfants. Que devais-je faire ? Je ne sais pas retourner les paupières. J'avais pitié des gosses, je les faisais souffrir. Parmi quarante cas suspects, j'en choisis vingt-huit pour être emmenés à la ville. On m'en renvoya dix-sept. Ils étaient bien portants, je les avais tourmentés en vain.

« Au cours de nos travaux pratiques à l'Institut, nous ne recevions jamais de malades, nous ne dirigions jamais de consultations d'une façon indépendante, en tant que médecins... Selon moi, c'est là quelque chose de tout à fait anormal.

« Actuellement je suis restée seule dans ma clinique de Molochovo. L'infirmier est allé suivre des cours dentaires, la sage-femme est en congé de grossesse. Or, j'ai une femme enceinte à la section de maternité, qui doit accoucher cette nuit. Elle va accoucher pour la première fois de sa vie, et moi, je vais assister une naissance pour la première fois de ma vie.

« Voici, on m'appelle, elle crie... Elle me supplie de rester à son chevet : « Cher Docteur, pourquoi t'en vas-tu ? » Je ne puis pourtant pas étudier mon manuel de médecine sous ses yeux. Et je ne sais ce qu'il faut faire : perforer ou ne pas perforer la poche d'eau ?

«... Vous pouvez me féliciter, Professeur ! c'est une petite fille. Au dernier moment j'ai pourtant décidé de perforer la poche d'eau. J'ai longtemps réfléchi... L'enfant est un peu congestionné, mais sain. Un nouvel être est né au monde. Et la nouvelle maman dort comme un ange. »

Le prix Nobel de chimie. — *De MM. G.-G. Bossière* (LE TEMPS, 14 novembre 1937) :

Le prix Nobel de chimie pour 1937 a été partagé entre deux savants par l'Académie des sciences de Stockholm. Les lauréats sont M. Walter Norman Haworth, de Birmingham, et M. Paul Karrer, de l'Université de Zurich. Leurs travaux les plus marquants, comme ceux du grand physiologiste hongrois Szent-Gyœrgyi, autre lauréat du prix Nobel, se rapportent aux vitamines.

La nature chimique de la vitamine C, antiscorbutique, a été découverte par Szent-Gyœrgyi, qui l'a obtenue à l'état cristallisable à partir de la substance cortico-surrénale, et l'a extraite ensuite du jus d'orange, du jus de choux, du paprika, etc.

M. Haworth et ses collaborateurs Herbert, Hirst, Cox et Reynolds, ont établi la formule développée de la vitamine C, qui a reçu le nom d'acide ascorbique, et sont parvenus, en 1933, à en effectuer la préparation synthétique. Actuellement, l'acide ascorbique de synthèse est d'un usage courant.

Le nom de M. Haworth est attaché, en outre, à d'intéressants travaux sur les hydrates de carbone, en particulier sur les amidons, les sucres de lait : lactose et galactose, l'arabinose

obtenu à partir de la gomme arabique, de la gomme de cerisier, etc.

M. Paul Karrer a fait, lui aussi, de fructueuses recherches dans le même domaine de la chimie organique : sur les amidons, l'amidon de pomme de terre en particulier, les amyloses formées par l'action du *bacillus macerans* sur l'amidon, le glycogène qui joue, en somme, dans les organismes animaux un rôle analogue à celui de l'amidon chez les plantes.

Mais le savant professeur à l'Université de Zurich a surtout conquis la célébrité par ses belles études sur les vitamines. Un pigment très répandu dans la nature et qui est chimiquement un carbure d'hydrogène, le carotène, est mis en réserve par l'organisme dans le foie. Il subit dans cet organe — et dans d'autres peut-être — une transformation qui donne naissance à la vitamine A, dont l'absence détermine chez les jeunes animaux un arrêt de la croissance, une chute du poids et enfin la mort. C'est M. Karrer qui a établi la formule brute et la formule développée de cette vitamine, montrant que sa molécule est celle du carotène partagée en deux.

M. Karrer a encore repris et confirmé les travaux du biologiste allemand R. Kuhn sur la nature chimique de la vitamine B2, facteur d'utilisation nutritive par l'organisme. En 1934, Kuhn et ses collaborateurs réalisèrent la synthèse de la vitamine B2 et en publièrent la formule développée. Le sucre employé pour cette synthèse était précisément l'arabinose qu'avait étudié M. Haworth, M. Karrer reprit la question et montra que le sucre contenu dans la vitamine B2 naturelle — que l'on trouve en grande quantité dans la levure et dans le foie — était non pas l'arabinose, mais un autre sucre : le ribose. On a donc refait la synthèse sur ces nouvelles données et l'activité vitaminique du produit obtenu a pu être vérifiée, de même que la liaison étroite de cette activité biologique à une configuration chimique bien déterminée.

Ainsi se trouve confirmée — une fois de plus — la grande utilité de la méthode scientifique rigoureuse, même dans l'étude des phénomènes biologiques.

BIBLIOGRAPHIE

DIVERS

Revue d'Histoire littéraire de la France. Publiée par la *Société d'Histoire littéraire de la France.* Paraît tous les trois mois. Abonnement : France : 60 francs. Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel. Paris.

Sommaire du numéro d'avril-juin 1937 :

I. L. Baronneix : Lamartine, « auteur rosse » (*suite et fin*). — H. Chobaut et L. Roger : La famille maternelle de Stendhal : Les Gagnou. — Mme Paul de Samie : Chateaubriand et la Marquise de Custine.

II. Mélanges. — Une demi-page de la nouvelle « Institution chrétienne (Jean Demeure). — Sur un sonnet attribué à Racine (Victor Giraud). — Vauvenargues et l'Académie française en l'an XI (G. Saintville). — Voltaire éditeur de Rousseau (Raymond Naves). — La diffusion des idées matérialistes et antireligieuses au début du XVIIIe siècle : Le « Theophrastus redivivus » (John-Stephenson Spinck). — Autour de « René » (A propos d'une édition récente (Jean Pommier). — Les sources des vers pyrénéens du « trapiste » de Vigny (Jean Fourcade). — Sur un passage de « La nouvelle idole » (E. Drougard).

III. Comptes rendus.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Blanc (P.) et Bordes (L.-A.). — **Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés.** 244 p. Br. : 30 francs. (*Doin*).

Desnoyes (Dr Paul). — **Appendice et radiologie.** 232 p. Br. : 50 francs. (*Vigot*).

Ferdière (G.). — **L'érotomanie.** 170 p. Br. : 28 francs. (*Doin*).

Laubry (Ch.). — **Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres.** Coll. Nouveau traité de pathologie interne. 1.170 p. Rel. 1 vol. : 360 francs ; en 2 vol. : 390 francs. (*Doin*).

Maisonnet (J.). — **Petite chirurgie.** 3e édit. 1.038 p. Br. : 125 francs (*Doin*).

Étienne-Martin. — **Précis de médecine légale.** 2e édit. Col. Testut. 760 p. (1.100 gr.). Cart. : 135 francs. (*Doin*).

Niehans. — **La sénescence et le rajeunissement.** 72 p. Br. : 12 francs. (*Vigot*).

Le Gérant : Dr Victor GENTY CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO (avec SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) : 1 FRANC — N° 48 — 27 NOVEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685 595

Les demandes de changement d adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses de médecine.* — 1er décembre. — M. ORIOL : Contribution à l'étude de la neuromélitococcie.

2 décembre. — M. ASLAN : Etude de l'influence de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein normal par l'urétéropyélographie rétrograde. — M. LECOQ : Contribution à l'étude du choc traumatique. — Mme CAUVY-SAINT-PAUL : Contribution à l'étude des complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. — M. KIEFFER : Luxations spontanées non traumatiques du globe oculaire.

3 décembre. — Mlle SIMON : A propos du rôle obstétrical d'Ambroise Paré. Critique de textes. — M. LABORDE : Considérations sur un cas de myosite ossifiante progressive. Maladie de Munchemeyer. — M. KAPLER : Grossesse, tuberculose, sels d'or.

— *Certificat et diplôme d'électroradiographie.* — 1° Les externes et internes titulaires peuvent être autorisées par M. le doyen à s'inscrire pour l'enseignement du certificat d'électrologie et de radiologie médicales, à la condition d'être affectés dans un service d'électroradiologie des hôpitaux de Paris, pendant la période des stages.

2° Ce privilège n'est pas accordé aux étudiants remplaçant ces externes et internes, ni aux externes et internes d'une Faculté ou d'une Ecole de province.

3° Aucun stage ne peut compter s'il n'est accompli pendant la période de l'enseignement, donc après l'inscription du certificat.

4° En ce qui concerne les étudiants pourvus du certificat et non docteurs en médecine, ils peuvent être autorisés à s'inscrire pour les stages en vue du diplôme, mais ne peuvent passer l'examen du diplôme que s'ils sont docteurs en médecine.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Docteur Delherm, chef du Service d'électroradiologie de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris (XIIIe).

Académie de médecine. — L'inauguration de la statue d'Hippocrate, offerte à l'Académie par le Docteur Skevos Zervos aura lieu le mardi 30 novembre, à 15 heures, sous la présidence de M. Jean Zay.

Assistance publique. — MÉDAILLES D'HONNEUR. — *Médaille d'or* : MM. les Docteurs Dézarnaulds, ancien sous-secrétaire d'Etat à l'éducation physique, à Paris ; Senglar, à Maréville ; Harvey Burkhart, à Rochester (U. S. A.) ; Le Page, à Orléans.

Médaille d'argent : MM. les Docteurs Gautier et Mahoudeau, à Amboise ; Butzbach, Charmoille, Œang, Mettey, Müller et Polony, à Belfort ; Dubois, au Havre.

Médaille de bronze : M. le Docteur Troncy, à Saint-Etienne.

— CONCOURS DE STOMATOLOGIE DES HÔPITAUX (admissibilité). — Epreuve écrite. Cancer de la langue. Signes, diagnostic et traitement.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT (médaille d'or). — Jurys après tirage :

Section de médecine : MM. les Docteurs Chabrol, Armand Delille, Paraf, Hallé et Lamy (MM. Hallé et Paraf ont accepté).

Section de chirurgie et d'accouchement : MM. les Docteurs Desmarest, Leibovici, Jean Gosset, Moulonguet et Prof. Couvelaire (a accepté).

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Applications cliniques de l'ozone.* — Le lundi 13 décembre et les jours suivants, à 11 heures, six conférences, suivies de présentations de malades, seront faites, au Laboratoire Central, par M. P. Aubourg, électro-radiologiste de Beaujon-Clichy, sur la théorie et la pratique de l'ozone médical. Lundi 13 : Physique et chimie de l'ozone. Modes actuels d'applications cliniques. — Mardi 14 : Action bactéricide de l'ozone : actions sur les humeurs de l'organisme. — Mercredi 15 : L'ozone dans les formes cliniques de la colibacillose. — Jeudi 16 : L'ozone dans les intoxications, les diathèses et les infections médicales et chirurgicales. — Vendredi 17 : L'ozone en parasitologie en O. R. L., en stomatologie, en dermatologie. — Samedi 18 : Pourcentage des résultats cliniques et biologiques sur une statistique de 350 premiers cas traités par l'ozone à Beaujon-Clichy.

Conférences de séméiologie radiologique. — A l'usage des praticiens, elles seront faites sous la direction de M. le Docteur Charles Guilbert, à l'hôpital Lariboisière. Elles commenceront le jeudi 16 décembre 1937, pour être terminées le 24 décembre, à midi. Le matin, interprétation des clichés, examens à l'écran, conférences ; l'après-midi, exercices pratiques. En voici le programme :

16 décembre : Conférence d'ouverture. Préparation aux examens, méthodes spéciales.
17 décembre : Appareil pleuro-pulmonaire. Aspect normal. tuberculose, lésions aiguës et chroniques.
18 décembre : tube digestif. Œsophage, estomac, duodénum.
20 décembre : Tube digestif, vésicule biliaire, périviscérite du carrefour supérieur. Côlons, carrefour inférieur.
21 décembre : Cœur, vaisseaux de la base.
22 décembre : Système osseux, lésions traumatiques, tuberculose. Tumeurs des os.
23 décembre : Appareil urinaire, reins, uretères et vessie.
24 décembre : Crâne et dents.

Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire au Laboratoire Central de radiologie de l'Hôpital Lariboisière.

Médecine et travail. — L'Association « Médecine et Travail » organise le jeudi 2 décembre, à 21 heures, au Palais de la Mutualité (salle G), rue Saint-Victor, Paris (Ve), une conférence de Mlle Germaine Dreyfus-Sée, sur le sujet suivant : « L'inspection médicale scolaire, ce qu'elle est, ce qu'on serait en droit d'en espérer ».

Ecole de médecine de Dijon.— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le lundi 16 mai

1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Externes* : MM. Dufays, Poinsot, Cayotte, Schalow, Blum, Jupille, Mlle Lacaque, MM. Dambrine, Tarralle, Renauld.

2° *Externes à la suite* : MM. kchmitt, Seigle, Aulon, Zappel, Arbonville, Corradini.

Mission sanitaire en Chine.— La section d'hygiène de la Société des Nations envoie en Chine une mission, dont feront notamment partie le médecin général inspecteur Lasnet, membre de l'Académie de médecine, et le Docteur Laigret, de l'Institut Pasteur de Tunis.

Journées médicales franco tchécoslovaques. — La prochaine réunion aura lieu à Prague en septembre 1938 et comportera de même deux jours de conférences couplées.

Journées médicales de Bruxelles. — Elles auront lieu, exceptionnellement, du 16 au 20 avril, sous la présidence du Professeur Neuman.

Association internationale de prophylaxie de la cécité. — L'Assemblée générale de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité aura lieu au Caire, à l'occasion du XVe Congrès international d'ophtalmologie.

Ordre du jour. — Rapport du président. — Programme national de prophylaxie de la cécité dans un pays tropical. Rapporteur principal : M. A.-F. Mac Callan. Rapporteurs : Egypte, M. M. Tewfik ; France, Professeur Toulant : Indes, lieutenant-colonel R.-E. Wright ; Pays-Bas, Professeur H.-J. M. Weve. — Aspect social de la prophylaxie de la cécité. Rapporteur principal : M. Park Lewis. Rapporteurs : M. P. Baillart ; Professeur Marquez ; M. El Maziny Bey ; M. Lewis, H. Carris et M. Merril.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Association, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 1er décembre 1937.

Préfecture de la Seine. — Candidats admis à la suite des concours sur titres ouverts en vue du recrutement de médecins suppléants des circonscriptions de contrôle médical du personnel. — 1re circonscription : M. le Docteur Bousser (Jacques). - 2e circonscription : M. le Docteur Gole (Laurent). — 3e circonscription : M. le Docteur Bonnard (Robert). — 4e circonscription : M. le Docteur Gorse (Jean). — 5e circonscription : M. le Docteur Salleron (Pierre). — 7e circonscription : M. le Docteur Friedmann (Elias). — 9e circonscription : M. le Docteur Bachmann (Sylvain). — 11e circonscription : M. le Docteur Martinie (Jacques).

Le Ve Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine aura lieu à Lisbonne en avril 1938. Quatre questions y seront étudiées : Question scientifique : le pancréas ; question d'organisation : les Assurances sociales ; questions de presse : la Bibliographie médicale et les droits des éditeurs de périodiques.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général, Docteur L.-M. Pierra, 52, avenue de Breteuil, Paris (VIIe).

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 23 et 24 décembre 1937.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du directeur de l'inscription maritime à Bordeaux.

Institut national d'orientation professionnelle (Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris-IIIe). — *Journées d'information sur l'orientation professionnelle à l'intention des médecins* (13-14-15 décembre 1937). — Lundi 13 décembre, 9 h. 30 : L'orientation professionnelle. Position du problème (M. Fontègne). — 10 h. 45 : Le rôle du médecin en orientation professionnelle (Docteur Bonnardel). — 14 heures : La consultation d'orientation professionnelle de l'institut national d'orientation professionnelle (Mlle Biscay): Le service de documentation (Mme Fessard).

Mardi 14 décembre, 9 h. 30 : Le médecin en face des métiers et des professions (M. Fontègne) . — 10 h. 45 : La psychiâtrie en orientation professionnelle (Docteur Heuyer). — 14 heu-

res. — Visite du laboratoire du travail du réseau de l'Etat à Viroflay (2, rue Hippolyte-Marc, au sortir de la gare) : prendre le train de 1 h. 30 à Invalides ou de 1 h. 31 à Montparnasse : Descendre à Viroflay (Mlle Weinberg).

Mercredi 15 décembre, 9 h. 30 : L'examen psychologique en orientation professionnelle (Prof. Pieron). — 10 h.45 : L'orientation professionnelle des déficents physiques (Docteur Bonnardel). — 14 heures : Démonstrations de technique d'examen (anthropométrie, dynamométrie, vision, audition, etc.)au laboratoire de physiologie du travail du Conservatoire national des arts et métiers (Docteur Bonnardel). — 15 h. 30 : Allocution de clôture (M. Luc).

S'inscrire avant le 9 décembre par lettre adressée au secrétariat de l'Institut national d'orientation profesionnelle, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe). L'inscription est gratuite.

Pour tous renseignements s'adresser à Mme Fessard, secrétaire générale qui reçoit tous les jours de 15 heures à 18 heures.

Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. — Programme. — Troisième conférence : *Les ennemis de la famille.* Taudis, alcool, prostitution. M. le Docteur Anthelme Rochaix, vendredi 17 décembre 1937 à 20 h. 30.

Quatrième conférence : *Les maternités hors des cadres sociaux.* M. le Docteur André Brochier, vendredi 14 janvier 1938,à 20 h. 30.

Cinquième conférence : *Les grossesses tragiques.* M. le Docteur Joseph Okinczyc, vendredi 28 janvier 1938, à 20 h. 30.

Sixième conférence : *Le malade et son entourage familial.* Influence réciproque. M. le Docteur Marcel Poumailloux, vendredi 11 février 1938, à 20 h. 30.

Septième conférence : *La famille disloquée et la santé.*Les névroses de mésentente. Les enfants de divorcés. M. le Docteur Edouard Larrive, vendredi 25 février 1938, à 20 h. 30.

Huitième conférence : *Protection sociale et juridique de la famille.* Maître Padis, vendredi 11 mars 1938, à 20 h. 30.

Neuvième conférence : *Hygiène et moralité.* M. le Docteur Pierre Delore, vendredi 25 mars 1938, à 20 h. 30.

Les réunions auront lieu, sauf celle du 3 décembre, à la salle Saint-Dizier, 15, quai Saint-Antoine, rez-de-chaussée.

L'inscription sur les listes de convocation comporte cette année un versement de trente francs au compte postal du trésorier : Lyon 72-90.

XVIIIe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires. — Le XVIIIe Salon des médecins et du Corps médical aura lieu du 30 janvier au 31 février 1938, en « La nouvelle galerie de Paris », 212, faubourg Saint-Honoré, Paris. Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs après un vernissage présidé par le Ministre de la Santé publique et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les Sections peinture, sculpture, arts décoratif et appliqué seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'Art de Paris. Il faut que cette année la Section de photographie soit particulièrement brillante car une salle spéciale lui sera réservée. Comme l'année dernière, une section de l'art dans les Revues médicales réunira au Salon toute la littérature corporative dont l'esprit est empreint d'une note artistique.

Enfin la durée de l'exposition sera doublée et portée à quinze jours.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures, répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 30 décembre 1937.

Pour tous renseignements, écrire au Secrétaire général : Docteur Pierre Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris-XVe.



TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du traitement du furoncle et de l'avenir du bactériophage

Par M. **André RAIGA**
Ancien interne lauréat des hôpitaux
ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Le traitement des diverses manifestations de l'infection staphylococcique a été, surtout depuis quelques années, l'objet de nombreux travaux. Après l'enthousiasme soulevé par l'anatoxithérapie qui, cependant, n'a pas rallié tous les suffrages, M. R. Houlié (de Rouen) aborde à nouveau dans un article récent (1) la question du furoncle. Tout en passant en revue un certain nombre de procédés employés pour combattre cette infection, procédés parmi lesquels il tente de réhabiliter l'ancienne ignipuncture, l'auteur écrit ceci : « Le bactériophage, semble-t-il, ne connaît plus sa fortune passée. On lui a imputé des accidents de sensibilisation relevés par Raiga à la Société des Chirurgiens de Paris ».

Cette citation traduit d'une manière fort incomplète et tout à fait inexacte l'opinion que j'ai exprimée dans la communication à la Société des Chirurgiens de Paris (2) à laquelle il est fait allusion. Voici ce que, en réalité, j'ai écrit dans cette étude qui, consacrée au « traitement des furoncles et anthrax de la face par le bactériophage », groupait 352 observations personnelles comportant un taux global de mortalité qui ne dépassait pas 0,85 % : « Je sais que plusieurs auteurs préconisent de pratiquer, au moyen d'aiguilles plus ou moins fines, des injections en couronne à la périphérie d'un anthrax ; c'est, à mon avis, non seulement provoquer de violentes douleurs qui nécessitent parfois une anesthésie générale et que l'on pourrait éviter en agissant autrement, mais encore transformer l'instillation *in situ* en une véritable injection sous-cutanée. Or, je me suis rendu compte que l'injection sous-cutanée de bactériophage n'est pas sans danger : si ce mode d'inoculation a pu donner des succès immédiats, d'ailleurs très inconstants, d'une part, il ne permet pas de les obtenir plus rapidement que par la voie directe et, d'autre part, il confère à l'organisme qui l'a subie un certain état de sensibilité vis-à-vis de l'infection qu'on voulait combattre. De nombreuses analyses sanguines m'ont montré que les anti-phages, mis en évidence en milieu liquide, n'en sont pas responsables et que l'autohémothérapie n'a pas, contre cet état qui peut persister longtemps, l'action décisive qu'elle a contre ces anti-phages ».

En outre, lors de la discussion qui a suivi ma communication, j'ai pris le soin, pour éviter toute interprétation erronée à ce sujet, de bien préciser ma pensée en ajoutant : « J'ai traité jusqu'à ce jour 1.230 cas de staphylococcie par le bactériophage : si dans les 100 premiers cas j'ai utilisé les injections sous-cutanées conjointement aux inoculations locales, j'ai au moins 1.100 observations qui, par les résultats obtenus, viennent plaider en faveur de l'application strictement locale du bactériophage, technique qui est apparue également la meilleure à notre collègue Petit de la Villéon : je suis donc tout à fait de son avis puisque la technique qu'il préconise est strictement la mienne ». J'avais en effet insisté sur ce mode d'utilisation du bactériophage dès 1929 c'est-à-dire bien avant les premiers travaux de cet auteur.

Les *accidents de sensibilisation* que signale M. R. Houlié en citant mon nom sont donc *exclusivement consécutifs à l'introduction du bactériophage par la voie sous-cutanée*. Cette distinction entre les injections sous-cutanées et les inoculations *in situ* est, à mes yeux, d'une importance capitale. Aussi ai-je tenu à rappeler les textes qui la mentionnent pour que le lecteur qui prendra connaissance de l'article de M. R. Houlié ne puisse pas en induire que toutes les techniques d'utilisation du bactériophage exposent à la production de cette sensibilisation et ait quelque appréhension à recourir à la phagothérapie dans tous les cas où elle est avantageusement indiquée. D'ailleurs, au cours de quelques 40 mémoires que j'ai déjà publiés sur la thérapeutique par le bactériophage, je n'ai cessé de dire et de redire que *l'inoculation locale est*, à mon avis, *le seul mode d'emploi du bactériophage capable de donner des succès certains*. Dans tout traitement, à côté de mauvaises techniques, il y en a de bonnes et l'important est de faire un choix entre les deux manières d'agir. M. R. Houlié est certainement de mon avis, puisqu'il a écrit lui-même à propos d'un procédé thérapeutique qui lui est cher : « Les échecs du traitement tiennent à ce qu'il n'est pas pratiqué de façon correcte » (1). Trop souvent les échecs de la phagothérapie n'ont pas d'autres raisons.

Je ne suis pas non plus d'accord avec M. R. Houlié au sujet de l'avenir de la bactériophagie et aussi en ce qui concerne le traitement des furoncles et des anthrax par les pointes de feu.

Je n'ai pas personnellement l'impression que le bactériophage « ne connaît plus sa fortune passée ». Je suis même persuadé du contraire car, depuis plus de neuf ans, je n'ai cessé, avec un égal succès, d'employer le bactériophage dans le traitement des infections.

Ainsi, lors de ma dernière statistique dressée en mars dernier, je comptais déjà 2.759 observations intéressant exclusivement la pathologie staphylococcique, puisque c'est d'elle qu'il s'agit ici.

Ces observations comprenaient :

— 685 lésions de la face, dont 187 siégeant à la lèvre supérieure,

— 1968 cas de furoncles et anthrax siégeant en d'autres régions anatomiques,

— 106 cas de septicémie et ostéomyélite :

Pour apprécier l'efficacité du traitement par le bactériophage on peut à la rigueur ne considérer que le taux de mortalité qu'il comporte, bien qu'il serait plus juste et plus exact de faire entrer en ligne de compte, d'une part, le stade d'évolution auquel le traitement a été institué, d'autre part, la gravité des lésions et enfin la qualité des résultats obtenus. Ces réserves une fois faites, livrons nous à ce calcul : la mortalité globale a été de 1,3 %, et, en ce qui concerne les furoncles et anthrax de la face, le pourcentage de la mortalité n'a pas excédé 1,4 %. De tels résultats ne sont pas pour m'inciter à rechercher un procédé thérapeutique meilleur. D'ailleurs dans l'état actuel de la science en existe-t-il un puisque *la phagothérapie est le seul traitement qui reproduise intégralement le processus que la nature elle même suit pour provoquer la guérison*. En effet, ainsi que l'a démontré d'Hérelle, la bactériophagie spontanée est la cause de la guérison naturelle comme la bactériophagie provoquée est la cause de la guérison thérapeutique. Si, comme l'a fort bien dit mon ami Arnault Tzanck (2), au théra-

(1) R. HOULIÉ. Le traitement du furoncle. *Le Progrès Médical*, nos 32-33, 7 et 14 août 1937.

(2) A. RAIGA. *Bulletin et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXIV, n° 17, séance du 16 décembre 1932, p. 571-616.

(1) R. HOULIÉ. *Loc. cit.*

(2) A. TZANCK. — Immunité. Intolérance. Biophylaxie, p. 116. Masson, édit. 1932.

peute digne de ce nom est dévolu le rôle « d'aider la nature et de ne point contrarier son action », il me paraît difficile d'être plus en accord avec les lois de la biologie qu'en ayant recours à la phagothérapie.

Quant à l'ignipuncture que préconise M. R. Houlié pour le traitement des furoncles, je suis loin d'adopter l'optimisme qu'il nourrit à l'égard de ses indications et de la constance de ses résultats.

La technique de cet auteur comporte deux points essentiels :

— « 1° faire la pointe de feu aussi précocement que possible au siège du mal ;

— 2° pratiquer une cautérisation du follicule sur toute la hauteur ». Appliquée précocement suivant cette technique, « l'ignipuncture arrête toujours l'évolution du furoncle ». Quand le furoncle est plus avancé en évolution « l'ignipucture donne des résultats moins beaux mais néanmoins très satisfaisants » et « il ne faut pas craindre de répéter les cautérisations profondes qui détruisent bourbillon et pus au fur et à mesure de leur production ». Et cet auteur ajoute : « la suppression du foyer infectieux ainsi réalisée permet à l'organisme de rétablir ses défenses ».

A cette thérapeutique, je ferai deux objections :

— d'abord, détruire, ou, tout au moins, tenter de détruire le bourbillon et le pus au fur et à mesure de leur production, c'est délibérément suivre l'infection au gré de ses progrès alors que, à mon sens, le but essentiel à atteindre est d'en entraver le plus tôt possible l'évolution ;

— ensuite supprimer le foyer infectieux par le feu, si tant est qu'on y parvienne, c'est peut-être décharger l'organisme d'un surcroît d'effort qu'il aurait eu à fournir pour se défendre contre l'infection locale, mais ce ne peut en rien modifier l'état primitif de ses moyens de défense.

L'ignipuncture ayant pour résultat supposé de détruire le bourbillon, c'est donc aux tissus nécrosés qu'elle s'attaque. Or, *les tissus nécrosés ne représentent qu'un effet*, alors que *le microbe est la cause vraie du mal* ; contre lui, aucune action directe n'est alors engagée, à moins de prétendre qu'une pointe de feu soit capable de détruire les milliards de microbes qui se multiplient au centre et à la périphérie du follicule pileux, ce qui serait une utopie.

Et l'organisme, que devient-il dans cette destruction locale par le feu ? Cette question mérite un examen approfondi. M. Houlié a remarqué lui-même que le malade se débat dans un véritable « cercle vicieux » : il « a des furoncles parce qu'il y a chez lui quelque chose d'anormal et ce quelque chose d'anormal s'accroît parce qu'il fait de l'infection staphylococcique ». Cela revient à dire, et c'est du reste mon absolue conviction, que *dans l'évolution de l'infection le terrain organique joue un grand rôle*. Dans ces conditions, il est permis de se demander quelle influence l'ignipuncture, même pratiquée avec tout le soin désirable, va pouvoir exercer sur l'état humoral du malade. D'après ce que j'ai observé, si les « forces naturelles de défense », expression qui par sa généralité veut tout dire mais en réalité reste bien obscure, sont par bonheur normales, la malade peut guérir après et malgré la cautérisation ; si elles sont au contraire en état de défaillance, elles le resteront malgré les pointes de feu et le pire est à redouter. Aussi suis-je arrivé à cette conclusion : *le résultat de toute manœuvre locale, mécanique ou antiseptique, dirigée contre un furoncle dépend avant tout du terrain organique sur lequel évolue cette lésion.* Comme ces manœuvres locales sont toujours pratiquées sans que la valeur du terrain organique ne soit estimée, c'est alors le hasard qui fait la loi ; j'avoue ne pas accepter volontiers qu'une telle autorité régisse les suites d'un acte thérapeutique.

Il est encore un point de vue, anatomo-pathologique celui-là, qui ne doit pas être laissé dans l'ombre : c'est celui de la variété de furoncle auquel on a affaire. S'agit-il d'une lésion circonscrite ou d'une lésion diffuse ? Ce diagnostic auquel il n'est fait aucune allusion dans les ouvrages classiques de pathologie, est extrêmement important : sans lui, toute étude des staphylococcies cutanées est impossible, car l'imprécision habituelle des termes employés empêche aussi bien de porter un jugement exact sur la gravité d'une lésion que d'estimer à sa juste valeur le résultat obtenu par un traitement.

Que la technique de M. R. Houlié soit suivie de succès dans une lésion nettement circonscrite, c'est-à-dire dans le furoncle vrai, je veux bien l'admettre, car ici le follicule pilo-sébacé est seul atteint et sa « destruction totale » par une pointe de feu bien appliquée est possible. Mais en cas de lésion diffuse, forme clinique et anatomo-pathologique que l'auteur n'a pas envisagée, on ne peut plus parler de follicule. Que va faire et que peut faire l'ignipuncture ?

Cette lésion diffuse qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne semble le croire, qui n'a plus aucun des caractères cliniques du furoncle ou de l'anthrax vrais, et qui, en outre, comporte d'emblée un pronostic sévère, a droit à une attention toute spéciale de la part du thérapeute. Elle débute par une petite induration plus palpable que visible, plus prurigineuse et gênante que vraiment douloureuse. C'est dès ce moment qu'il faut la dépister car les chances de guérison qui sont alors toutes réunies vont rapidement diminuer dès que la lésion diffuse se transformera, ce qui ne tarde guère, en ce placard cartonné qui s'étend sans limites en surface et en profondeur et qui va bientôt ressembler davantage à un phlegmon diffus qu'à un furoncle ou à un anthrax. Ce n'est pas sur l'ignipuncture qu'il faut compter pour arrêter l'évolution d'une lésion diffuse, même à son début, et je ne saurais trop insister, comme l'a fait si judicieusement mon collègue Diamant-Berger (1), sur les effets désastreux que dans ces cas l'ignipuncture peut avoir. Les évolutions fatales auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister m'ont en effet appris que *dans ces staphylococcies diffuses toute cautérisation est absolument inefficace et particulièrement dangereuse*, même et d'autant plus qu'elle est pratiquée d'une manière précoce.

Le danger que fait courir la pointe de feu est égal et peut-être plus grand encore dans les lésions de la face pour lesquelles, d'ailleurs, M. Houlié juge « indispensable » « un débridement large et profond qui provoque une certaine hémorragie ». Qu'il s'agisse du thermocautère ou du bistouri, je crois utile et je suis obligé par l'expérience que j'ai pu acquérir, d'opposer à l'opinion de l'auteur celle qui m'a été imposée par de multiples observations : celles-ci sont, à l'heure présente, au nombre de 717 et comprennent 196 lésions de la lèvre supérieure, 180 lésions du nez et 37 lésions de la lèvre inférieure. Il m'est apparu, et je ne suis pas le seul à avoir fait cette importante constatation, que l'acte chirurgical est particulièrement et incontestablement nocif dans l'infection staphylococcique diffuse de la face. Il faut également bien savoir que ce ne sont ni les ondes courtes ni les rayons X, procédés empiriques dont personne actuellement, à ma connaissance, n'est arrivé à élucider le mode d'action quand une action heureuse se manifeste (ce qui est loin d'être la règle) qui seront capables d'aider l'acte chirurgical à conjurer la diffusion menaçante du mal. Quels que soient en effet les succès observés, car tout procédé thérapeutique en a à son actif à un moment donné, c'est la répétition des résultats heureux dans des circonstances anatomiquement et biologiquement comparables qui, seule, administrerait la preuve de leur efficacité. Or, de trop nombreux faits plaident tous les jours en faveur du contraire.

En conséquence, si, à l'occasion d'une infection staphy-

(1) DIAMANT-BERGER. — *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, séances du 20 novembre 1936 (p. 522) et du 1 décembre 1936 (p. 551-555), et *Le Bulletin Médical*, 20 mars 1937.


SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE



lococcique siégeant à la nuque, aux membres ou à la région fessière, on peut, à la rigueur, se livrer à des essais thérapeutiques empiriques, c'est-à-dire à des tentatives guidées par la simple observation clinique et non soumises au contrôle rigoureux de la véritable méthode expérimentale que nous a enseignée Claude Bernard, cette manière d'agir doit, à mon avis, être délibérément rejetée dans les lésions staphylococciques de la face. Chaque heure compte dans l'évolution de semblables lésions ; la plus minime perte de temps due à l'attente d'un résultat imprévisible ou incertain et la moindre erreur thérapeutique commise risquent de se payer d'une vie humaine.

Il convient de se souvenir à tout instant qu'il existe suivant l'heureuse expression du Professeur Lemierre, des « staphylococcies malignes de la face » dont la guérison est l'exception et la mort la règle. Mais il faut savoir aussi que ces catastrophes sont évitables car elles proviennent de l'évolution progressive d'une infection qui, bénigne en apparence à son début, n'a pas été arrêtée en temps voulu. C'est en s'attaquant à la lésion initiale qu'on réussit à empêcher cette complication terminale de se produire. Telle est la conviction que j'ai acquise par l'étude de multiples cas de lésions faciales dont des photographies qui ont illustré ma communication présentée en 1932 à la Société des Chirurgiens de Paris montrent la gravité et parmi lesquels 413 se rapportent à des lésions siégeant dans la zone médio-faciale reconnue unanimement comme étant la plus dangereuse. *Grâce à la phagothérapie, une guérison rapide et complète a été obtenue dans tous les cas qui ont été soumis à cette thérapeutique dans les trois ou quatre premiers jours de leur évolution.*

A tous ces cas dans lesquels les complications ont été constamment évitées, s'opposent ceux que j'ai eu à examiner et à traiter à une période plus tardive de leur diffusion et dont la plupart ont pu quand même être guéris par la phagothérapie. Ces dernières observations portent avec elles de très utiles enseignements. D'un côté, elles prouvent que ni la continuation de l'évolution du processus infectieux, ni l'apparition de complications plus ou moins graves, y compris les complications mortelles, n'avaient été empêchées par les traitements dits classiques auxquels on avait eu antérieurement recours, qu'il se soit agi de chirurgie, d'ignipuncture, et même de pulvérisations, de vaccination ou d'anatoxithérapie. D'autre part, elles m'ont appris que ces infections staphylococciques diffuses de la face sont susceptibles d'évoluer en trois stades successifs :

— Le premier comprend les trois ou quatre premiers jours : à ce moment, la guérison est facile à obtenir avec une absolue constance à condition de mettre en œuvre une méthode qui a fait ses preuves, je veux dire la phagothérapie ;

— Le deuxième s'étend du quatrième au septième jour après l'apparition des premiers symptômes : les complications commencent à apparaître ; à cette période, la guérison est plus aléatoire, quoique encore très souvent possible ;

— Le troisième voit s'épanouir le tableau clinique de la « staphylococcie maligne » (A. Lemierre) et de la « septicémie érysipélatoïde » (A. Giroire) : c'est la période terminale et, quoi qu'on fasse, le pronostic est effroyable comme le prouve la thèse récente de M. J. Terrasse (1) dans laquelle 23 observations sur 28 se sont terminées par une issue fatale.

De cette évolution clinique, on peut déjà conclure que la guérison des lésions staphylococciques diffuses de la face dépend essentiellement, dans ses possibilités et sa réalisation, de la précocité de l'action thérapeutique. N'en est-il pas de même en Chirurgie et n'est-ce pas en respectant ces indications impératives de l'acte curatif précoce que la Chirurgie a pu progresser et connaître ses plus beaux succès ? L'histoire de l'appendicite aiguë et de la perforation de l'ulcère de l'estomac en est un exemple tout à fait démonstratif. Depuis quand en effet, n'assiste-t-on plus à ce tableau lamentable de la péritonite aiguë généralisée avec ce faciès pincé et cet abdomen distendu, décrits longuement dans les livres, sinon à partir du moment où on a reconnu l'utilité d'opérer d'extrême urgence les appendicites aiguës ? Depuis quand également la perforation de l'ulcère gastrique n'a-t-elle plus cette évolution catastrophique, sinon à partir du jour où l'on s'est aperçu que la fréquence de sa mortalité croît d'heure en heure avec le retard apporté à l'opération ? On ne peut que rester étonné en constatant que le traitement de l'infection staphylococcique n'ait tiré aucun bénéfice de cette expérience chirurgicale.

Aussi hasardeuses que soient en général les comparaisons tentées entre des affections différentes, je crois qu'ici la comparaison s'impose et qu'elle présente le grand avantage de remettre la staphylococcie à la place exacte qu'elle doit occuper dans la pathologie et la thérapeutique. Il est en effet inconcevable de voir encore à l'heure actuelle certaines lésions provoquées par le staphylocoque, à l'exclusion d'autres comme l'ostéomyélite aiguë, appartenir au double point de vue clinique et thérapeutique à la « Petite Chirurgie », cette parente pauvre de la Médecine et de la Chirurgie. Je me refuse à admettre qu'il puisse y avoir une véritable hiérarchie entre des syndromes pathologiques provoqués par le même germe pathogène et que l'attention que l'on porte à leur traitement puisse varier pour les uns et pour les autres.

Les liens qui unissent entre eux les trois stades successifs par lesquels passent les infections staphylococciques diffuses de la face ne sont pas seulement cliniques ; ils sont également biologiques. Ces notions révèlent les raisons qui président à l'évolution souvent inéluctable de ces lésions et elles permettent en même temps de formuler des conclusions thérapeutiques des plus utiles.

Pendant longtemps, les regards ont été tournés presque exclusivement vers le staphylocoque qui, par sa virulence propre et indépendamment de tout autre facteur, était responsable, croyait-on, de la gravité.

Tel n'est pas mon avis. Tout d'abord l'existence clinique si fréquemment observée d'un intervalle libre de bénignité trompeuse entre l'inoculation du germe pathogène et l'apparition des complications graves détruit la conception classique, car il est évident que si la bactérie était d'emblée hypervirulente, l'infection acquérerait immédiatement son maximum d'acuité. En second lieu un argument scientifique d'une grande valeur est fourni par M. J. Terrasse qui s'est attaché à rechercher la cause probable de l'extrême gravité des staphylococcies malignes de la face. « ... Dans plusieurs cas, a-t-il écrit, la toxicité propre du germe a été étudiée par la méthode de Nicolle et Cesari, une de nos souches fut confiée au Professeur Ramon, et contrairement à toute prévision, il ne fut dans l'ensemble possible de mettre en évidence un pouvoir pathogène, une toxicité particulière » (1). Ainsi se trouve nettement démontré qu'une infection peut avoir une évolution mortelle sans que l'hypervirulence pré-existante de la bactérie puisse être incriminée. Il faut donc qu'un autre facteur intervienne : d'après ce que l'expérience m'a appris, *c'est la défaillance de la résistance antibactérienne de l'organisme qui est responsable de la gravité de l'infection.* Pour s'en convaincre il suffit d'explorer le terrain organique. La découverte de d'Hérelle nous en donne le moyen.

Grâce au phénomène de bactériophagie, le processus

(1) J. Terrasse. — *Staphylococcies malignes de la face.* Thèse Paris 1937, Degrange, édit.

(1) J. Terrasse. — Thèse Paris, 1937, *loc. cit.*, p. 122.

naturel de la guérison nous est connu. Les variations réciproques de la virulence de la race de bactériophage et de la sensibilité de la bactérie à son égard éclairent déjà d'une clarté toute nouvelle les vicissitudes par lesquelles passe la maladie au cours de son évolution et nous apprennent que *si la guérison est l'image de la victoire du bactériophage sur le germe pathogène, la mort est l'expression de sa défaite.*

En outre, j'ai étudié les variations imposées au phénomène de bactériophagie par l'intervention du sérum sanguin du malade infecté et j'ai confronté ces variations avec les faits cliniques. Cette étude, qui comporte actuellement plusieurs milliers d'analyses et d'observations, m'a appris à reconnaître aux propriétés dites « antiphages du sérum sanguin » la valeur de véritables tests autorisant à porter un pronostic sur l'évolution des lésions staphylococciques, c'est-à-dire à prévoir leur éventuelle gravité et les conséquences pathologiques qui en découlent.

Il n'existe d'ailleurs pas seulement des antiphages en rapport avec la lyse du staphylocoque ; ces propriétés peuvent être mises en évidence à l'égard du B. coli et du streptocoque, ce qui me donne l'occasion d'affirmer que, contrairement à ce que M. Gaston Lyon a écrit dans un ouvrage récent (1), de nombreuses races de bactériophage lysant le streptocoque ont été isolées depuis longtemps et que les infections streptococciques peuvent être aussi bien traitées et guéries par le bactériophage que les infections staphylococciques. Du reste le strepto-bactériophage sert journellement à la recherche de *l'antistreptophage* que j'ai signalé depuis 1929 comme exerçant une influence sur l'allure clinique de certaines furonculoses prolongées et qui *représente le test biologique de la récidive des infections provoquées par le staphylocoque doré.*

Le pronostic, établi d'après l'absence ou la présence des antiphages du sérum sanguin et d'après leur plus ou moins grande activité, ne repose pas sur de simples coïncidences entre des examens de laboratoire et des observations cliniques. Il acquiert à mes yeux une toute autre valeur du fait qu'il est la conséquence et l'expression des modifications apportées au processus naturel de la guérison par l'organisme qui subit l'envahissement microbien.

Les antiphages font en effet intimement partie du processus suivant lequel l'infection se développe et évolue soit vers la guérison, soit vers la mort, parce qu'ils représentent à la fois les obstacles que l'organisme infecté est susceptible d'opposer à la production du phénomène naturel de guérison et les éléments principaux qui donnent à l'évolution de l'infection ses aspects cliniques différents. C'est ainsi que leur absence est *constamment* constatée dans les formes abortives ou spontanément curables et que leur présence est *constamment* mise en évidence dans les formes graves ou prolongées de ces mêmes infections. Inversement, et ce contrôle par recoupement a une importance capitale, jamais je n'ai vu une infection staphylococcique guérir facilement en présence d'antiphages et surtout se compliquer en leur absence au cours du traitement par le bactériophage. Enfin, ce pronostic comporte une sanction thérapeutique qui, d'ailleurs, contribue à confirmer et l'existence et la valeur de ces antiphages. Si ces propriétés ont bien, comme je l'ai énoncé, une influence effective sur le sort de l'infection abandonnée à son évolution spontanée, on devrait observer une modification de cette évolution quand l'activité des antiphages se trouve elle-même modifiée. C'est justement ce que l'expérience démontre. L'autohémothérapie est le procédé qui, pratiqué suivant une technique particulière, me permet de faire disparaître les propriétés antiphages : dès que cette transformation humorale est ébauchée, l'allure clinique de l'infection change à son tour si bien que la disparition progressive des antiphages coïncide d'une manière absolue avec l'évolution progressive du malade vers la guérison (1). Cette coïncidence est identique quand il s'agit de guérison spontanée et quand il s'agit de guérison thérapeutique, car d'une part, la guérison provoquée par le bactériophage utilisé comme méthode thérapeutique est, comme je l'ai déjà dit, la reproduction intégrale de la guérison naturelle dite « spontanée », d'autre part les obstacles humoraux qui s'opposent à la production de l'une sont les mêmes qui s'opposent à la production de l'autre, et enfin la disparition des antiphages rend possible la première comme elle rend possible la seconde (2).

Mais, pourra-t-on m'objecter, il existe des cas d'infection qui restent, suivant l'expression consacrée, « au-dessus des ressources de l'art ». Comment expliquer ce fait connu de tout thérapeute ? Ma conception du rôle clinique et thérapeutique des antiphages du sérum sanguin ne se trouve nullement ébranlée par cette objection.

Il convient, pour donner une réponse précise à cette question, de distinguer les infections arrivées à leur ultime période d'évolution de celles qui, bien que traitées activement d'une manière précoce, ont quand même évolué vers une issue fatale.

Dans les premières, le syndrome humoral que j'ai été conduit par l'expérience à appeler *syndrome de la staphylococcie maligne* (3) a toujours été le même :

— présence d'antistaphyphage en milieu liquide et souvent aussi en milieu solide

— présence d'antistreptophage en milieu liquide

— hyperglycémie constante.

Je me suis rendu compte, en examinant des cas d'infection à toutes les périodes de leur évolution jusques et y compris la période de coma terminal, que ce syndrome, partant d'un stade auquel l'autohémothérapie conjuguée à une insulinothérapie judicieuse peut provoquer la transformation humorale désirée, arrive peu à peu à un degré d'activité inhibitrice tel que ces mêmes méthodes ne parviennent plus à le modifier car le temps manque pour que leur activité bienfaisante se manifeste. Dans ces cas, l'échec provient indubitablement d'une attaque thérapeutique trop tardive car il n'existe pas de traitement, fut-il médical ou chirurgical, qui soit capable de remédier à une situation définitivement compromise. C'est ce qui explique la mortalité quasi-constante observée dans les staphylococcies arrivées à ce stade ultime de malignité qui a été décrit dans ses moindres détails cliniques par le Professeur A. Lemierre et son élève M. J. Terrasse. Ainsi la connaissance du *syndrome humoral de la staphylococcie maligne* permet-elle d'agir avec précision aussitôt que ce diagnostic est posé, au lieu d'attendre l'apparition des signes cliniques de malignité, moment où l'action thérapeutique n'est plus représentée que par de vains gestes de désespoir.

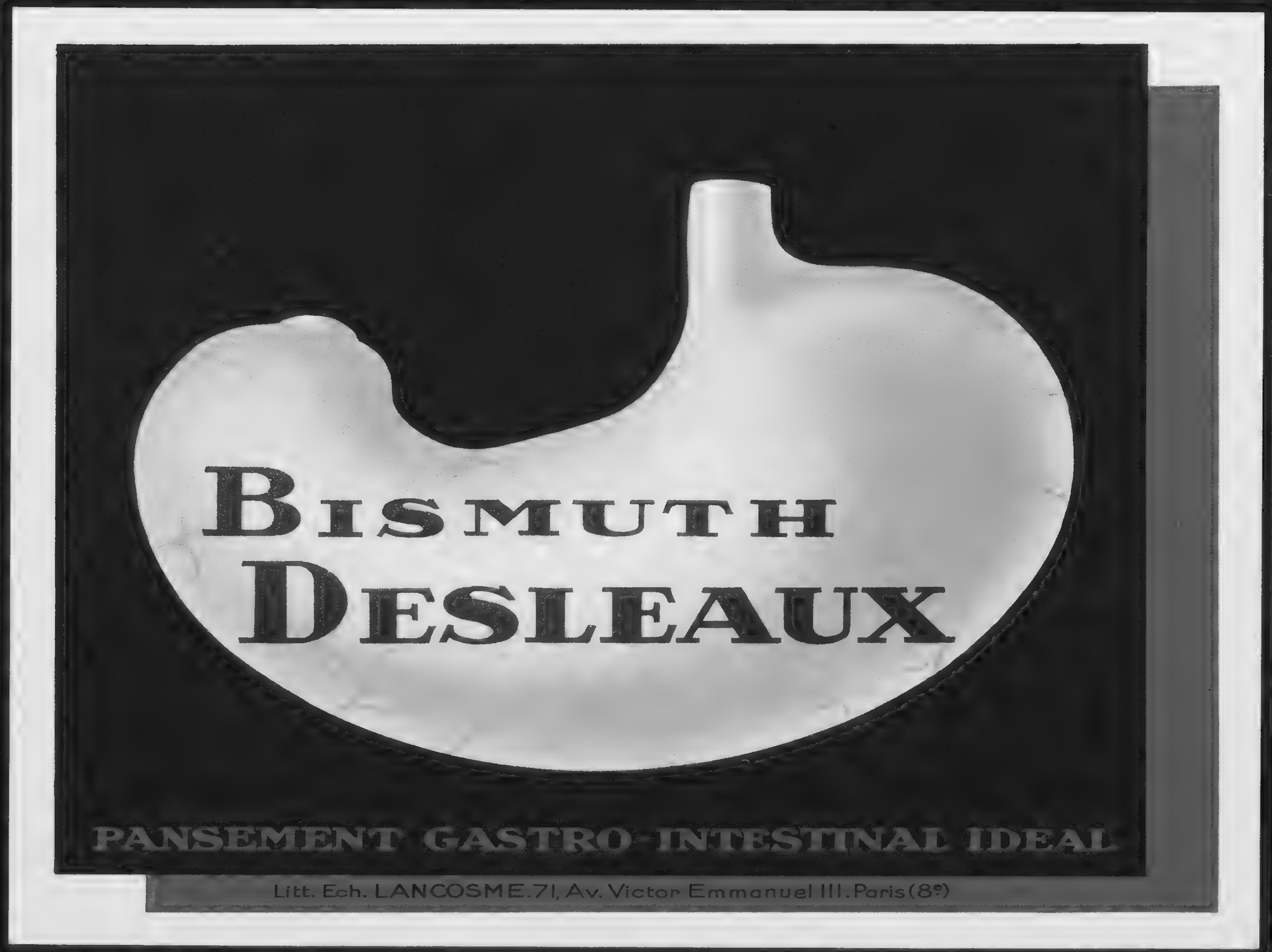
Quant aux infections qui évoluent en quelques jours vers la mort malgré une thérapeutique active instituée dès leurs premières manifestations, elles possèdent des caractères biologiques et bactériologiques très particuliers. Elles sont d'ailleurs tout à fait exceptionnelles : je n'en ai observé que trois cas — deux lésions staphylococciques diffuses du nez et une ostéomyélite scapulaire — mais ces cas se trouvent confirmés du double point de

(1) Gaston Lyon. Thérapeutique biologique, p. 11. G. Doin, édit. 1937.

(1) A. Raiga. Deux septicémies à staphylocoque guéries depuis quatre et cinq ans. Le processus de la guérison naturelle et son utilisation thérapeutique. Société des Chirurgiens de Paris, séance du 7 février 1937.

(2) Raiga. Guérison par une inoculation intraveineuse de bactériophage, d'une septicémie à staphylocoque, compliquée d'une ostéomyélite vertébrale à deux foyers, corporéal et lamellaire. Acte chirurgical réduit. Résultat éloigné de deux ans. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, séance du 20 octobre 1933.

(3) A. Raiga. Les formes cliniques de la furonculose. *La Médecine Internationale*, 1935.


BISMUTH
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDEAL
Litt. Ech. LANCOSME. 71, Av. Victor Emmanuel III. Paris (8e)

vue clinique et biologique par les constatations que j'ai faites dans des infections provoquées par d'autres germes, et en particulier dans une observation toute récente de maladie d'Osler. Le syndrome biologique de ces infections foudroyantes diffère du précédent, dont je viens d'énoncer les caractères, par l'adjonction d'un nouveau facteur : l'état de résistance de la bactérie à l'égard du bactériophage. Si l'on veut bien se remémorer les facteurs essentiels qui conditionnent la production du phénomène de d'Hérelle :

— bactérie sensible,
— bactériophage hypervirulent,
— milieu favorable,

on se rend compte que dans le syndrome des infections suraiguës aucun des facteurs qui président à l'éclosion de la guérison naturelle ne subsiste plus ; en outre tout concourt à exacerber la multiplication et la virulence du germe pathogène dans le même temps que la résistance de l'organisme est en défaillance complète. En effet :

1° La bactérie est résistante, c'est-à-dire que sa lyse n'est même pas provoquée *in vitro* par les races de bactériophage sélectionnées et entretenues au laboratoire à leur maximum de virulence ;

2° La virulence de cette bactérie, c'est-à-dire son pouvoir de multiplication, est portée au maximum par l'hyperglycémie concomitante ;

3° La virulence du bactériophage est annihilée par l'antistaphyphage en milieu liquide qui rendrait la bactérie encore plus résistante, si elle ne l'était déjà, et même elle peut être considérée comme inhibée ou détruite par la propriété antistaphyphage qui se révèle sur milieu solide.

Ainsi, le terrain organique sur lequel évolue une infection peut conférer à celle-ci une allure clinique et une gravité particulières du fait des obstacles qu'il accumule contre le jeu normal des « forces naturelles de défense » parmi lesquelles le bactériophage occupe la place prépondérante.

La nature elle-même étant de la sorte entièrement désarmée, que peut faire la thérapeutique en semblable circonstance ? Elle échoue, elle aussi, quelles que soient les méthodes chirurgicales ou médicales auxquelles on puisse avoir recours, car aucune d'elles, y compris la phagothérapie, ne possède le don surnaturel de créer de toute pièce un état de guérison en dehors des lois de la nature. La faillite de tous les traitements vient même apporter une nouvelle preuve de l'absolue nécessité de l'intervention de facteurs naturels dans l'acte de guérison.

Cependant, en ce qui concerne la phagothérapie, une éventualité est à considérer. Tant que le syndrome humoral reste entier et inchangé, la bactériophagie thérapeutique échoue de la même manière que la bactériophagie spontanée et l'issue fatale ne peut être conjurée ; ainsi, l'injection intraveineuse de bactériophage qui, en l'absence des propriétés antiphages, provoque immédiatement la lyse de la bactérie sensible et par conséquent la guérison subite de l'état infectieux, fût-ce même une vraie septicémie, reste absolument sans effet ; cette inactivité, soit dit en passant encore une fois, prouve d'une manière évidente que le phénomène de d'Hérelle exige, pour sa production *in vivo*, la réunion de certaines conditions humorales et bactériologiques, ce que l'on oublie trop souvent. Par contre, si l'on arrive à modifier un ou plusieurs des facteurs constitutifs de ce syndrome, comme je l'ai observé dans un cas récent d'ostéomyélite septicémique où l'autohémothérapie et l'insulinothérapie ont réussi à transformer progressivement l'état humoral du malade, le tableau clinique change, l'allure foudroyante de l'infection s'atténue et la mort est évitée. Le syndrome biologique, qu'avant la connaissance de cette observation j'avais cru devoir appeler *syndrome de la mort inéluctable*, est donc susceptible de perdre de sa rigueur à condition que le nombre de jours pendant lequel le malade est encore capable de vivre laisse au traitement le temps d'agir utilement. Cette éventualité commande impérieusement de ne pas se laisser aller à une inaction que la gravité de la situation semblerait autoriser au premier abord. Cette exception ne diminue en rien la valeur scientifique de ce syndrome, car il y a toujours une concordance absolue entre l'état du terrain organique révélé par les analyses et l'évolution de l'infection vérifiée par l'examen clinique et que l'un ne varie pas sans l'autre. Cette concordance jusqu'ici ne s'est pas encore démentie.

Les antiphages du sérum sanguin ne sont donc pas une « vue de l'esprit » ou du « roman » ainsi que certains auteurs ont tendance à le croire par un scepticisme de principe et ils ne représentent pas non plus des « êtres de raison » (Bariety) (1) : témoins sûrs de faits pathologiques, ils participent au contraire activement à la genèse de l'infection. Est-il nécessaire d'ajouter qu'ils n'ont aucun rapport avec les injections de bactériophage puisqu'on peut les mettre en évidence dès le début d'une infection et qu'ils pré-existent ainsi à tout traitement. Aussi suis-je loin d'être d'accord avec M. Gaston Lyon quand il écrit dans un ouvrage que j'ai déjà cité : « Même quand l'emploi du bactériophage est indiqué, son efficacité est annihilée par certaines causes : le sérum sanguin, à la suite d'injections multiples, peut rendre la bactérie résistante à la lyse, par suite de production d'*antiphages*, ou inactiver le bactériophage Raiga) ». Cette assertion est en complète contradiction avec les résultats expérimentaux que je viens d'exposer. Elle est encore plus regrettable car je n'ai jamais formulé pareille opinion et même j'ai toujours combattu cette hypothèse pathogénique qui avait été émise à la légère par des auteurs peu familiarisés aussi bien avec le phénomène de bactériophagie qu'avec ses applications à la thérapeutique humaine. Mon nom n'a donc pas à être cité à l'appui de cette thèse qui n'est pas la mienne, que je condamne, et qui, du reste, n'a jamais été démontrée expérimentalement sous la forme où elle est présentée par cet auteur.

En résumé, l'exploration du terrain organique qu'a permise la découverte de d'Hérelle a deux conséquences : d'une part, en évaluant le « potentiel de guérison » dont est doté le malade, elle pose un pronostic ; d'autre part, en faisant connaître les raisons biologiques par lesquelles la guérison est entravée, elle fixe des indications thérapeutiques.

Le pronostic indiqué par les résultats des analyses sanguines est, à mon avis, d'une importance capitale. Posé dès le début d'une lésion staphylococcique, il révèle aussitôt la gravité ou la bénignité réelle de l'infection et remédie à l'insuffisance des renseignements fournis par l'examen clinique. Muni de cette précision, on ne risque plus de croire qu'on est en présence d'un furoncle banal qui va guérir sans incidents tandis que, en réalité, il s'agit d'une lésion qui, dans quelques jours, après une courte période de calme trompeur, va donner naissance subitement à cette septicémie que l'on a appelée « érysipélatoïde » bien qu'elle ne possède aucun des caractères de l'érysipèle.

C'est grâce à ce pronostic que, sur 413 cas de lésions staphylococciques siégeant dans la zone médio-faciale si dangereuse, je n'en ai encore jamais vu un seul qui, traité à temps, se soit transformé en cette *staphylococcie maligne de la face* que le Professeur A. Lemierre a magistralement décrite et qui comporte une mortalité effroyable, ce qui est normal pour une *complication terminale*. En outre l'examen clinique avait montré dans la plupart de ces cas, qu'il s'agissait d'une lésion diffuse, et non pas d'une lésion circonscrite, diagnostic clinique qu'il n'est pas négligeable de faire dès le début car, aussitôt posé, il doit

(1) Bariety. Les septicémies à staphylocoque. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 février 1936.

éveiller l'attention sur l'imminence du danger que le laboratoire confirme ultérieurement.

Ces différentes notions biologiques et cliniques me paraissent d'autant plus importantes qu'elles viennent combler une lacune dans nos connaissances sur la pathogénie des infections. M. J. Terrasse n'a-t-il pas conclu, dans l'intéressante étude qu'il a consacrée aux « staphylococcies malignes de la face », que le déterminisme qui préside à l'évolution d'un furoncle initialement banal semble obscur (1).

D'après ce pronostic et d'après l'évolution dont j'ai schématisé les trois stades successifs, il tombe sous le sens que l'attaque thérapeutique doit être déclenchée le plus précocement possible. A ce point de vue, j'ai été fort étonné de lire dans l'ouvrage de M. Gaston Lyon (2) au cours de l'exposé des « conditions de succès de la bactériophagothérapie » ce conseil précis : « il est inutile de l'employer dès le début de l'infection ». Bien que cinq lignes plus loin l'auteur ajoute que « le bactériophage peut agir dès le début de la maladie », cette indication thérapeutique est tout à fait contraire, d'une part, aux principes formels indiqués par le Professeur d'Hérelle pour l'utilisation judicieuse du bactériophage, et d'autre part, aux résultats de mon expérience personnelle. Comme le but poursuivi par M. Gaston Lyon, en groupant dans une publication synthétique tous les traitements biologiques qui ont été décrits et en donnant leur mode d'emploi, a été, suivant les propres termes de l'auteur « d'apporter une aide importante à tous ceux qui sont appelés à mettre en pratique la nouvelle thérapeutique » (3), je ne peux pas ne pas attirer l'attention du lecteur de ce livre sur l'interprétation restrictive et, à mon avis, dangereuse, qui est faite du rôle dévolu au bactériophage dans le traitement des infections. D'ailleurs il serait difficile de concevoir un traitement curatif qui ne serait actif qu'à la fin de l'évolution d'une infection sans qu'il le soit également à son début. Ou bien le bactériophage possède une activité curative certaine et il faut la mettre à profit sans retard, ou bien il n'en a pas et son emploi systématique et exclusif à une période avancée de l'évolution de l'infection est un geste qui ne se comprend pas.

Etant donné que les facteurs humoraux, ainsi que je l'ai montré, s'opposent aussi bien à la production du phénomène de bactériophagie spontanée qu'à celle du phénomène de bactériophagie provoquée, il serait déraisonnable d'attendre du bactériophage inoculé une action heureuse si l'on ne s'attachait pas à modifier concurremment le terrain sur lequel le combat entre bactériophage et bactérie va se livrer, de façon à ce qu'il permette la production intégrale du phénomène qui conditionne la guérison.

Dès que ces propriétés organiques anormales sont révélées par le laboratoire il convient donc de diriger contre elles un traitement raisonné pour en obtenir la disparition hâtive. L'insulinothérapie est l'arme indispensable en cas d'hyperglycémie car tout régime alimentaire est incapable de faire baisser assez vite le taux anormal du sucre sanguin qui entretient la virulence microbienne et que l'infection tend constamment à faire monter. Contre les antiphages, l'autohémothérapie est le procédé de choix, mais, comme il est lent à agir, il faut y recourir le plus précocement possible.

Une fois ces deux procédés thérapeutiques adjuvants mis en œuvre, l'inoculation de bactériophage pratiquée exactement à l'endroit où se multiplie la bactérie sensible sera alors couronnée de succès. *L'efficacité de la phagothérapie ainsi comprise est telle que j'en suis arrivé personnellement à ne plus pouvoir concevoir l'utilisation du bactériophage sans l'aide fournie par les recherches biologiques dont j'ai brièvement exposé les éléments et la signification.*

Cette étude, que les multiples faits auxquels j'ai été obligé de faire allusion rend peut-être un peu ardue, montre que le traitement par le bactériophage des infections staphylococciques ou autres repose sur des bases scientifiques solides et que sa « fortune passée » est loin de décliner. Je suis même persuadé que si les multiples procédés thérapeutiques employés dans la lutte contre les infections étaient soumis aux mêmes épreuves de contrôle que celles qu'à subies avec succès la phagothérapie bien peu survivraient. Aussi ne me semble-t-elle pas encore avoir vu le jour la méthode qui soit susceptible, suivant l'expression de MM. Grenet et Pélissier, de faire « pâlir les lauriers du bactériophage, désormais délaissé » (1).

(1) J. TERRASSE. Thèse de Paris, 1937, *loc. cit.*, p. 122.
(2) Gaston LYON. *Loc. cit.*, p. 41.
(3) Gaston LYON. *Loc. cit.* Préface, p. 6.

(1) H. GRENET et L. PÉLISSIER. Les maladies infectieuses. *Le Monde Médical*, n° 896. 1er-15 mars 1937, p. 257.

CLINIQUE INFANTILE

De l'érythème noueux (2) Formes familiales

Par M. le Dr Germain BLECHMANN

A propos du petit enfant que vous aviez déjà vu à la consultation et que je vais vous présenter de nouveau aujourd'hui, j'ai cru intéressant de vous parler de l'érythème noueux, maladie sur laquelle on a beaucoup discuté, bien que tout n'ait pas encore été élucidé à son sujet.

Voici l'observation de cet enfant, André G..., que j'ai examiné pour la première fois le 19 octobre 1934, à l'âge de 19 jours, à l'hôpital de la Charité.

Rien n'est à signaler d'important dans les premiers temps de sa vie. C'est le 3 février 1936, à l'âge de 18 mois, qu'à l'occasion de quelques ganglions cervicaux, on fait à ce nourrisson une cuti-réaction qui se montre négative. Son observation nous montrera une fois de plus l'utilité de pratiquer régulièrement la cuti-réaction.

La mère revient à la consultation le 26 octobre 1936, il y a juste un an, parce que son petit garçon faisait de la fièvre : la température oscillait en effet depuis trois jours entre 38°5 et 39° et coïncidait avec une éruption cutanée. Mme le Docteur Montlaur voit d'abord l'enfant, et pensant que ce cas était susceptible de m'intéresser, me le présente : André G..., alors âgé de 26 mois, était atteint d'érythème noueux tout à fait typique.

Je renvoie ceux d'entre vous, qui du point de vue clinique connaîtraient mal la question, à la *Clinique* de Trousseau (t. I, p. 219 : Description de l'érythème noueux, *erythema nodosum*). Le chapitre commence, comme toujours, par une phrase un peu solennelle : « Messieurs, dans les Traités de pathologie, quelques lignes à peine sont consacrées à l'érythème noueux... » Cette maladie se caractérise, dit Trousseau, par des éruptions successives, des douleurs articulaires, des symptômes généraux, des manifestations possibles de diathèse rhumatismale.

On fait à André une cuti-réaction qui se montre très forte-

(2) Leçon clinique faite à l'Hospice des Enfants-Assistés (*Maternité Adolphe Pinard*, service H. VIGNES), le 26 octobre 1937, recueillie par Mlle Ducro.

ment positive, presque vésiculeuse. La radiographie révèle un gros foyer de hilite droite tout à fait caractéristique.

Voilà donc une observation de nourrisson qui, à 26 mois, est atteint d'érythème noueux, avec fièvre, cuti-réaction positive et radiographie typique de hilite droite.

J'insiste sur cet ensemble de signes qui accompagne l'érythème noueux, et sur lequel a bien insisté M. R. Debré. Si ces divers éléments sont parfois dissociés, le plus généralement on les trouve réunis.

Mais en pareil cas, il y a un autre renseignement qu'il faut toujours rechercher : c'est celui apporté par l'enquête familiale.

Vous avez pu vous rendre compte du soin que notre Service social apporte à ces investigations si souvent suggestives comme cela a été le cas chez notre petit malade. Cette enquête a, en effet, révélé que l'enfant avait cohabité en septembre 1936, c'est-à-dire à peu près un mois avant qu'il n'ait présenté son érythème noueux, avec sa grand'mère maternelle âgée de 54 ans, probablement en instance de tuberculose pulmonaire évolutive. Elle avait été atteinte à 40 ans de pleurésie. Et c'est très souvent que nous retrouvons chez ces petits malades la contamination bacillaire.

Le traitement appliqué à l'enfant a été celui que j'ai préconisé, depuis de longues années et que j'ai exposé en 1934 (1) soit les lavements de sérum de Jousset. Grâce à cette médication, rapidement la température a baissé et l'état général est devenu meilleur ; l'enfant qui était pâle, fatigué, qui avait maigri, a repris rapidement du poids. Aujourd'hui, son facies est bon et la radiographie ne montre plus ce que nous appelons un état-séquelle.

L'histoire d'un tel malade soulève une série de problèmes et en particulier ceux-ci : Quelle est la nature de l'érythème noueux ? Cette affection est-elle en rapport avec la tuberculose comme on le dit, ou indépendante de cette maladie, comme certains le pensent ? S'agit-il simplement d'une manifestation cutanée épisodique, dont l'élément provocateur est variable ? Ou bien encore, sommes-nous en présence d'une maladie autonome, contagieuse, épidémique ? Enfin, si l'érythème noueux montre des liens étroits avec la tuberculose, est-ce comme on l'a admis depuis Landouzy et comme cela a été avancé par des centaines d'observations tant en France qu'à l'étranger, une manifestation de *primo-infection tuberculeuse* ?

Un des arguments qu'on a opposé et qu'on oppose encore à cette conception de l'érythème noueux, *manifestation bacillaire* est l'incidence d'un E. N. familial. On a signalé en effet de véritables épidémies de cette affection.

Un des premiers cas d'érythème noueux endémique est celui rapporté par un auteur étranger, Appert, qui sur 9 frères et sœurs observés trouva 6 cas d'érythème noueux.

Dans un pensionnat, Symes sur 100 jeunes filles a noté 12 cas d'érythème noueux en sept mois.

Wallgren dont le nom fait autorité en la matière rapporte deux épidémies : une de 4 enfants en une semaine, une autre de 3 enfants le même jour (l'auteur note que les deux mères étaient atteintes de tuberculose pulmonaire).

Dans les analyses que j'ai publiées dans *L'Année Médicale Pratique*, j'ai cité la fameuse observation de mon collègue Gendron (de Nantes) qui eut l'occasion chez 10 enfants appartenant à deux familles différentes, d'observer une maladie fébrile épidémique avec quatre fois un érythème noueux, trois fois une fièvre miliaire, deux fois une éruption intriquée avec la fièvre miliaire. La primo-infection fut soupçonnée dans le premier groupe familial ; la cuti-réaction et les radiographies se montrèrent positives dans le second.

J'ai moi-même observé à deux reprises l'*érythème noueux familial.*

En mai 1933, avec M. Binet du Jassonneix, je constate que dans une famille de 5 enfants, tous bien portants, un garçon (Jean-Louis, 10 ans) et une fille (Marcelle, 13 ans) commencent à quelques jours d'intervalle un érythème noueux : la cuti-réaction chez le frère et la sœur est positive, tandis qu'elle est négative et le restera chez les trois autres enfants, non atteints d'érythème noueux.

L'examen radiologique de Marcelle est négatif. Au bout de trois mois de campagne, elle se porte d'ailleurs très bien. Puis, un jour, se promenant au bord d'une rivière, elle y reste assez tard ; le jour tombe, quand elle est prise brusquement d'un violent point de côté avec fièvre. Elle est ramenée à Paris. On pratique à domicile un examen radiographique qui montre une opacité des deux tiers inférieurs du poumon gauche et l'on porte le diagnostic, avec réserve cependant, de pneumonie grippale.

Il s'agissait d'une image de spléno-pneumonie tuberculeuse qui, vérifiée à plusieurs reprises, persista pendant des semaines.

Il est à noter qu'en 1929, une radiographie s'était montrée absolument normale ainsi qu'en juin 1933. Après l'érythème noueux, le radiologue avait simplement signalé que de légères modifications constatées à la base gauche nécessiteraient un contrôle radiologique ultérieur.

J'insiste sur cette longue période de latence radiologique.

Nous n'avons pas oublié naturellement de faire une enquête étiologique qui nous apprit ceci : la cuisinière qui servait depuis trois ans avait été hospitalisée à la Salpêtrière chez M. Léon-Kindberg (service de tuberculose) un mois avant qu'éclate le double érythème noueux et elle était porteuse de B. K.

En effet, entre le mois de mai et le mois d'octobre, l'enfant reste en bon état de santé apparente, et la radiologie ne donne rien de précis ; puis occasionnellement et brutalement, les accidents typiquement tuberculeux ont apparu et se sont traduits par des signes radiologiques considérables.

Certains auteurs ont écrit que tous les érythèmes noueux « guérissent sans laisser de traces, sans complications immédiates, ni séquelles tardives » (J. Comby) (1). C'est possible, dans un certain nombre de cas, mais cela tient évidemment à ce qu'aujourd'hui nous sommes mieux prévenus contre les suites possibles de cette maladie ; nous soignons ces enfants, nous les isolons, nous les envoyons au grand air. Mais, si on ne les traitait pas, et surtout si on ne les isolait pas, on irait au devant de véritables catastrophes, et c'est sur ce point que nous insisterons par la suite.

Il y a peu de temps j'ai observé avec M. le Docteur Henri Martin (de Charenton) un groupe de faits analogues des plus instructif.

En janvier 1937, le jeune Edouard M..., âgé de 17 ans, cohabite pendant plusieurs jours avec un garçon de 16 ans qui, très peu de temps après meurt de tuberculose pulmonaire. Ils ont vécu ensemble pendant quatre jours, et couchant dans le même lit.

Or, deux mois après, c'est-à-dire en mars 1937, Edouard M..., tombe malade, et rapidement, en avril, se décèle chez lui des signes de tuberculose pulmonaire. Avant que ce diagnostic ait été posé, Edouard est resté en contact fréquent avec sa famille et plus particulièrement avec trois enfants, sa demi-sœur Jeannine B..., âgée de 10 ans, son cousin Serge, âgé de 7 ans, et sa cousine Huguette, âgée de 13 ans. C'est ainsi que les enfants vont tous se promener en forêt, le 28 mars, dans la même voiture ; ils se voient en moyenne deux fois par semaine.

Il se passe alors par la suite des événements assez impressionnants : en juin 1937, à peu de jours d'intervalle, survient un érythème noueux chez les trois enfants qui avaient été en contact avec leur demi-frère et cousin Edouard.

Chez la demi-sœur Jeannine, la cuti-réaction est positive en septembre.

Chez le cousin Serge, la cuti-réaction est apparue très positive pendant l'érythème noueux.

Je suis appelé par le Docteur H. Martin, en septembre dernier, pour voir mourir l'enfant de méningite tuberculeuse.

Quant à la petite cousine Huguette, la cuti-réaction pratiquée

(1) Blechmann (G.). — Note sur l'emploi des sérums spécifiques par la voie rectale (*Soc. médico-chir. des hôp. libres*, 3 janvier 1934, *in Archives hospitalières*, n° 2, mars 1934).

(1) Comby (J.). — Qu'est-ce que l'érythème noueux. *Clinique et Laboratoire*, n° 4, 20 avril 1937.

par trois fois pendant la durée de l'érythème noueux, se montre successivement négative, puis faiblement positive et elle devient positive au bout de quelques jours.

Comment nier dans ce dernier groupe d'observations que la tuberculose soit en cause ; elle a été apportée par Edouard M..., lequel est traité dans un sanatorium où il guérira probablement.

Jeannine avait été radiographiée le 28 juin à la fin de son érythème noueux et le film montrait une légère densification hilaire bilatérale. Sur celui qui vient d'être pris en septembre, vous constatez l'intensification des signes radiologiques qui s'accompagnent d'une périscissurite typique qui n'existait pas la première fois.

***

C'est Wallgren qui a eu le mérite de montrer que, dans de tels cas, il faut avoir la patience de suivre radiologiquement l'évolution de l'infection tuberculeuse, non pas seulement aussitôt la guérison, mais pendant des semaines et des mois : c'est souvent à longue distance qu'apparaissent les images pathologiques.

Je pourrais vous apporter toute une série de cas tout aussi démonstratifs en ce qui concerne la pathogénie de l'E. N. Voici une observation très intéressante qui concerne une fille, Marie, appartenant à une famille où déjà un bébé de 2 ans était mort de tuberculose pulmonaire.

Etant donné le malheur survenu autrefois, Marie est souvent examinée cliniquement et à l'écran. Voyez une radiographie de 1934 qui est normale. Deux ans après, le film est identique au précédent ; les hiles sont simplement un peu denses et certains aurient pu prendre une telle image pour des ganglions tuberculeux. Vous notez qu'en l'espace de deux ans les ombres hilaires sont absolument superposables.

Jusqu'en fin 1936, la cuti-réaction s'était montrée constamment négative. Or, il y a environ un an, sans raison appréciable, Marie, âgée de 11 ans 1/2, alors très vigoureuse et bien portante, est prise subitement de fièvre, le 16 novembre 1936. La température oscille les jours qui suivent entre 39° et 40°, sans catarrhe des premières voies et sans aucun signe de localisation.

Au cinquième jour la cuti-réaction est positive dès la seizième heure ; l'hémoculture et tous les séro-diagnostics sont négatifs. Alors apparaissent sur les jambes quelques éléments érythémateux difficiles à définir, puis un érythème noueux des plus nets dans les deux jours qui suivent. Nous entendons quelques râles assez fins à la base gauche. T. A. = 9,5-6,5.

Nous prescrivons donc le sérum de Jousset par voie rectale qui fut continué comme le montre la feuille de température jusqu'à la fin de la maladie.

Dou e jours plus tard, la radiographie faite à la maison montre une énorme hilite gauche. Si nous examinons la courbe thermique, elle apparaît comme typique d'une typho-bacillose, suivant le terme classique de Landouzy, forme assez particulière et souvent grave de l'imprégnation tuberculeuse.

En janvier 1937, après plusieurs radiographies pratiquées, il persiste encore une hilite importante, mais dont l'ombre est un peu dissociée, et moins tranchée. Actuellement, en octobre 1937, on note une désintégration de l'ombre du gan glion de primo-infection devant aboutir peu à peu à l'image d'un état-séquelle.

Une expérience déjà longue nous a servi dans un tel cas et si nous n'avions traité par le sérum de Jousset, en lavement et à hautes doses continues, nous sommes persuadé qu'étant donné les signes radiologiques considérables et les données de l'auscultation, enfin l'ensemble des signes nets d'infection tuberculeuse, cette enfant aurait présenté par la suite les accidents les plus graves ou serait peut-être morte de méningite tuberculeuse.

L'un de nos auditeurs, M. le Docteur Frank Tissot (de Saint-Gervais-les-Bains) s'élève lui aussi contre cette opinion que l'érythème noueux a des suites banales, et qu'il s'agit d'une maladie autonome ayant peut-être « une relation avec la tuberculose ». M. Tissot, qui a l'occasion de suivre nombre d'enfants en convalescence de primo-infection, est parfaitement susceptible de constater les complications ultérieures possibles de l'érythème noueux. J'ai demandé à notre confrère de nous fixer par écrit son opinion fondée sur ses observations et voici le texte qu'il nous a remis :

« L'érythème noueux est loin d'être toujours un accident « anodin : parmi nos convalescents, la proportion de ceux « dont les ennuis ont commencé par un érythème noueux est « assez élevée.

« Il ne me semble pas que les suites de l'érythème noueux « soient plus bénignes que celles des autres formes de primo- « infection..... Je me rappelle plusieurs cas qui ont été suivis « avant leur convalescence à Saint-Gervais, d'accidents suc- « cessifs (typhobacilose, puis pleurésie ou spléno-pneumo- « nie puis pleurésie) à quelques mois d'intervalle.

« Enfin, l'on voit des enfants, convalescents d'une atteinte « pleurale ou d'une réaction hilaire, qui ont eu au cours de « l'année précédente, un érythème noueux qui n'a pas été « pris au sérieux.

« Sans doute, je ne vois pas que les mauvais cas, ceux qui « se sont compliqués, mais leur existence et leur fréquence « relative me paraissent justifier les plus grandes précautions, « une surveillance stricte, et une diminution de l'activité : un « de mes convalescents, ayant eu deux gros ennuis successifs, « préparait Navale en pleine convalescencêe d'érythème « noueux...... »

Ce que dit M. Tissot me rappelle un point fort important qui concerne l'une des observations que je vous ai rapportées, celle de Serge décédé de méningite tuberculeuse. L'enfant avait été envoyé à la campagne au grand air, mais on ne l'avait pas surveillé. Il avait fait de la bicyclette, et s'était exposé tête nue au soleil. Nous connaissons l'influence néfaste de l'insolation et de l'héliothérapie mal conduites, des individus en puissance d'imprégnation tuberculeuse. On ne saurait trop insister sur le gros danger de cette pratique devenue habituelle de nos jours en montagne et sur les plages.

***

Cette série de documents vécus que je vous ai apportés appelle des considérations générales et pathogéniques.

Comment expliquer les rapports de la tuberculose avec l'érythème noueux ?

Dans presque tous les cas d'E. N. que nous avons personnellement observés, nous avons pu retrouver les sources de la contamination bacillaire.

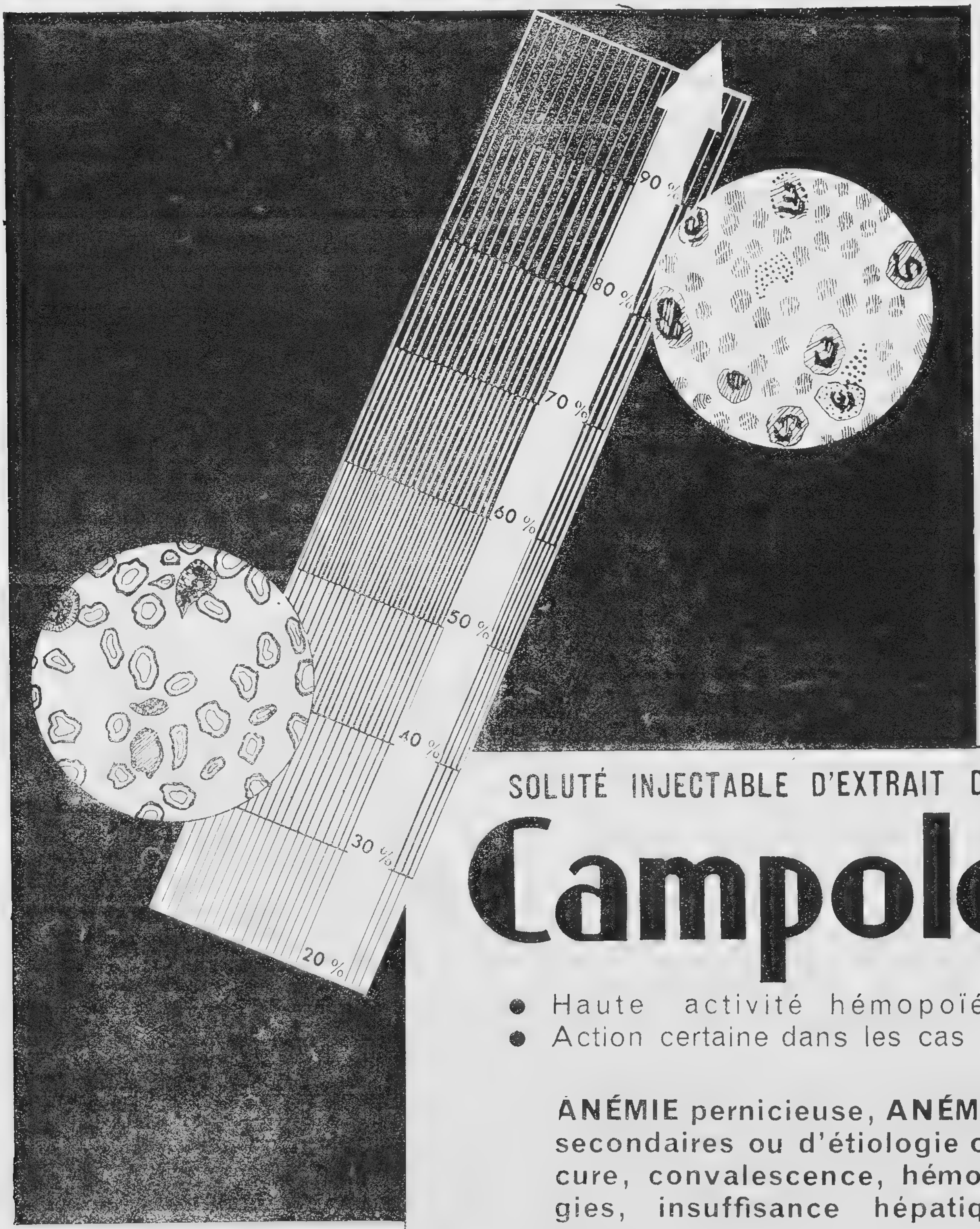
Mais comment expliquer que la tuberculose puisse parfois revêtir cette forme d'érythème noueux ?

D'après le regretté Morquio (de Montevideo), qui avait exposé sa doctrine dans une leçon faite chez le Professeur Sergent en octobre 1933, l'E. N. serait produit par les *formes jeunes et filtrables du bacille de Koch* : il s'agirait d'une typhobacillose qui existe, suivant l'expression de M. Sergent, à l'état de phase *antébacillaire virulente*. Et c'est ainsi qu'à cette période, on peut ne pas rencontrer de cuti-réaction positive ni de signes radiologiques évident. C'est pourquoi dans notre second groupe de cas familiaux, le Docteur Henri Martin a été bien inspiré de faire chez la petite Huguette trois cuti-réactions pendant l'évolution de l'E. N. et il a vu *virer* en quelques semaines la cuti-réaction qui de négative est devenue positive.

Comment expliquer que certains individus fassent une typho-bacillose sans E. N., d'autres un E. N. avec typhobacillose courte ou longue ? Existe-t-il parfois une sorte d'hypergie cutanée à la tuberculine, une hypersensibilité vis-à-vis des toxines bacillaires qu'Ernberg compare aux phénomènes d'anaphylaxie dans la maladie du sérum ?

Le terrain jouerait donc un rôle dans l'existence de cette hypersensibilité. Nous croyons plutôt, pour notre part, avec les auteurs que nous avons cités, que certains bacilles de Koch prédisposent plus facilement que d'autres à l'érythème noueux et à ces formes de typho-bacillose et il n'est pas du tout démontré qu'intervienne une prédisposition individuelle.

Qu'une fois l'E. N. déclenché, il existe alors une hypersensibilité spéciale, cela n'est pas douteux. Jean Troisier a montré


90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %

le premier que si chez un malade atteint d'érythème noueux, on pratique une intradermo-réaction à la tuberculine, on provoque un élément d'érythème noueux. Cependant chez de tels individus, un autre antigène injecté dans le derme peut également produire les manifestations cutanées d'érythème noueux. L'organisme réagit alors à une toxine qui n'est pas spécifiquement tuberculeuse. Donc, en dehors du fait que l'on a pu démontrer la présence de bacilles de Koch dans les nodosités de l'E. N., il faut admettre que certaines formes jeunes et filtrables du bacille de Koch, rendent l'organisme apte à faire de l'érythème noueux sous l'action d'un antigène qui n'est pas nécessairement la tuberculine, à provoquer dans les tissus les précipitations colloïdales suivant la thèse de A. Lumière.

Dans une communication récente, M. Valat rapporte l'histoire (1) de trois jeunes soldats en bonne santé, ne présentant pas d'antécédents tuberculeux dont l'examen radioscopique pulmonaire était négatif et auquel on fit une triple vaccination antidiphtérique, antitétanique et de TAB. Or, ces jeunes gens présentèrent, l'un après la première injection, les deux autres après la seconde un érythème noueux avec tous les caractères classiques. L'examen général et de nouvelles investigations radioscopiques pratiqués deux mois après sont restés négatifs. Il paraît donc vraisemblable à l'auteur que l'on se soit trouvé en présence d'un érythème noueux d'origine toxique.

Nous remarquerons d'une part qu'il n'est pas fait mention de cuti-réactions dans cette observation, mais nous ne possédons pas le texte intégral.

Et nous répétons d'autre part — après Wallgren — que ce n'est parfois qu'après plusieurs mois que l'on trouve la signature biologique et radiologique de ces E. N.

Permettez-moi encore de vous rappeler un article intéressant du Docteur Durand (de Courville) et qui exerce à la campagne. Celui-ci a constaté que les érythèmes noueux donnent plus de complications quand ils suivent une maladie qui paraît les occasionner. Par exemple, les érythèmes noueux qui se développent à la suite de la rougeole sont plus graves comme pronostic que ceux qui surviennent spontanément pour ainsi dire. L'E. N. au déclin des maladies anergisantes est un signal d'alarme, telle est la constatation d'un médecin dans le milieu rural (2).

Pour conclure, nous partageons l'avis de MM. Arloing et Dufourt écrivant en 1934 « que depuis dix ans, ils sont à la recherche d'un érythème noueux qui n'ait pas fait la preuve évidente de sa nature tuberculeuse », et nous ajouterons ceci : en ce qui concerne l'érythème noueux de l'adulte, nous ne savons pas si, comme dans la clinique de Trousseau, l'E.N. n'a pas été dans quelques cas confondu avec l'érythème polymorphe et avec la péliose rhumatismale. Mais en ce qui concerne l'enfant, nous n'avons pas encore vu d'érythème noueux infantile qui n'ait fait sa preuve tuberculeuse. Nous ne connaissons pas encore de cas où la cuti-réaction n'ait pas été positive à un moment donné, et en général la radiographie a confirmé les résultats de la réaction à la tuberculine. C'est ce qui est fort bien exposé par MM. R. Debré et M. Renard dans une étude radiologique des séquelles de l'érythème noueux (3).

* * *

Dans un article paru dans la *Presse thermale et climatique*, rappelant ce que Landouzy disait du tuberculeux qu'il était un « colis fragile », nous affirmions qu'un enfant guéri d'un érythème noueux est, lui aussi, un colis fragile, qu'on devait le mettre au repos comme un pleurétique, et l'isoler dans le cas de tuberculose de l'entourage (4).

Il faut d'autre part supprimer les cours en commun, les classes, car ces enfants doivent à tout prix éviter d'attraper la rougeole la coqueluche, la grippe ou toute autre fièvre éruptive.

Il faut les nourrir normalement, sainement ; ne pas leur donner trop d'albumines, ne pas leur donner de viande de cheval, pas de médicaments riches en substances albuminoïdes, car s'il est vrai qu'il existe un élément allergique dû à une sensibilité spéciale, originelle, il ne faut pas charger l'organisme en albumine ni en sérum de cheval qui est à éviter surtout si l'on a fait à ces enfants du sérum de Jousset même en lavements, car ils restent sensibilisés.

Un point sur lequel j'insiste, c'est qu'il ne faut pas avoir des réflexes trop vifs en présence d'un enfant atteint d'érythème noueux, ou d'une typho-bacillose, et envoyer trop rapidement le petit malade après une courte apyrexie, à une haute altitude ou au bord de la mer.

Il faut éviter le coup de fouet climatique trop brusque et envoyer le convalescent d'abord à la campagne et le garder en observation. Nous préférons diriger l'enfant tout d'abord aux environs du lieu où il est tombé malade ou dans une région qui s'en rapproche météorologiquement, où il s'adaptera peu à peu à la future discipline du préventorium. Au bout de deux ou trois mois, je conseille les régions de moyenne altitude de 300 à 1.100 mètres, le Jura, le Dauphiné, la Savoie, les Pyrénées et après la fonte des neiges, la Riviera ou le bassin d'Arcachon, suivant les cas. Ce n'est que bien plus tard que les régions de haute altitude (jusqu'à 1.800 mètres) pourront être recommandées. Il ne faut reprendre ces enfants en famille qu'au bout de six mois au minimum si les radiographies sont devenues satisfaisantes. Le plus souvent, j'insiste auprès des familles pour les garder un an encore en dehors de la vie commune.

ACTUALITÉS

La maladie dont on parle : la Tularémie

La tularémie, maladie de « création américaine » emprunte son nom à un petit comté de Californie, Tulare. Elle est une maladie des rongeurs, due à l'action pathogène du Bacterium Tularense, et transmissible à l'homme sous forme d'une maladie aiguë sévère qui réalise en quelque sorte, par ses signes généraux d'allure typhique et par ses adénopathies, *une peste mineure*.

Or cette maladie, d'abord américaine et seulement américaine, tend, par suite des facilités actuelles des communications et par suite de la multiplication des échanges (dont la surveillance laisse comme on sait plutôt à désirer), à prendre, par adjonction de multiples foyers sporadiques, *une extension mondiale*.

Déjà elle est signalée au Japon, en Norvège, en Suède, en Russie, en Italie.... et tout récemment en Turquie et en Europe centrale. De ces dernières contrées nous recevons, vivant ou mort, du gibier en grande quantité. Et si l'on n'a encore signalé aucun cas en France il est particulièrement vraisemblable que nous soyons menacés, car la pasteurellose qu'est la tularémie n'est pas difficile quant au choix de ses victimes ni de ses vecteurs. Peu d'espèces paraissent réfractaires en effet et la dispersion peut être rapide autant que l'épizootie peut être tenace et persistante.

On comprend donc que les différents auteurs, qui ont consacré des revues générales ou des mouvements médicaux à la maladie, tels Sacquépée et Fricker, Violle, Chevallier et Ber-

(1) *Soc. méd. et de ch. de Toulouse*, 16-2-37, dans *Pédiatrie*, n° 7, juil. 1935

(2) DURAND (Paul), de Courville. — Le pronostic lointain de « l'érythème noueux » est fonction des circonstances de son apparition. *Le Journal des praticiens*, 10 juillet 1937, p. 455.

(3) DEBRÉ (A.) et RENARD. — De la nécessité de radiographier le thorax des sujets atteints d'érythème noueux (*Le Monde Medical*, n° 815, 1er-15 septembre 1932).

(4) BLECHMANN (G.). — Erythème noueux et climatologie. (*La Presse thermale et climatique*, n° 3286, 15 janvier 1935, p. 41.

N. B. Une bibliographie plus complète de l'érythème noueux familial paraîtra dans une prochaine communication à la *Societe Medico-chirurgicale des Hôpitaux libres* (janvier 1938).

nard, Rochaix et Maurin, Troisier, Lucien Brumpt, aient tous mis en garde les autorités responsables de notre pays contre un danger trop aisément prévisible.

Enfin, tout récemment, la menace se précisant, à la suite des épizooties qui ont décimé les lapins de l'Europe centrale, l'Académie de médecine s'est émue à la suite de la communication si documentée de E. Brumpt.

Nous voudrions, le plus simplement possible, esquisser l'essentiel de ce qu'il faut savoir concernant la tularémie, renvoyant le lecteur pour plus de détails aux excellentes monographies des auteurs précédents et particulièrement à l'article de Troisier, auquel nous ferons de larges emprunts.

Historique

De vieille renommée populaire, sous le nom expressif de « fièvre du lapin » que lui donnaient les ouvriers occupés à Washington à manipuler des lapins de garenne, signalée en 1907, mais confusément, par un chasseur nommé Martin, elle fut identifiée en 1911 par Mac Coy et Chapin sous le nom de « maladie des rongeurs à forme de peste ». En 1912 les mêmes auteurs identifient le Bacterium Tularense. Chapin contracte une tularémie de laboratoire, à forme typhoïde, et durant la convalescence constate que son sérum agglutine le germe. Wheery, Lamb et Waill, de 1914 à 1917, établissent l'existence chez l'homme, et chez l'animal, d'une conjonctivite tularémique.

En 1919, Francis donne de la maladie une remarquable étude et propose le nom, admis universellement, de Tularémie. La déclaration en est obligatoire aux U. S. A. depuis juin 1928.

Etiologie

Le germe. — Le Bacterium Tularense (Mc Coy et Chapin, 1912) ou mieux Pasteurella Tularensis, est un bâtonnet court dans les cultures jeunes, cocciforme dans les anciennes, immobile, asporulé, Gram négatif, aérobie strict, ne poussant pas sur les milieux usuels.

Il fermente la plupart des sucres, filtre facilement sur Berkefeld, est détruit à 58° en 10 minutes, par le formol à 1 % à 37° en une heure, se conserve dans la glycérine pure et garde sa virulence un mois à la température du laboratoire, six mois à 10°.

La culture, laborieuse, se fait à 37°, optima, sous pH de 6,8 à 7,3, sur des milieux spéciaux (au jaune d'œuf, à la cystine).

Deux diagnostics bactériologiques sont faciles à éliminer : le bacille de Yersin (analogies morphologiques), le bacille pseudo-tuberculeux de Malassez et Vignal (analogie des lésions — chez le cobaye) : tous les deux en effet poussent aisément sur les milieux usuels.

L'animal réactif de choix pour l'inoculation est le cobaye : mort en 7 jours après l'inoculation avec de nombreux foyers de nécrose hépatiques et spléniques.

Les animaux atteints. — Le nombre en paraît grand et le dénombrement n'est pas terminé. Avant tout *le lapin de garenne*, et les rongeurs voisins ; le rat, spécialement le rat musqué ; l'opossum, le hamster, le loup de prairie, le lemming.... Seule la caille et quelques gibiers d'eau parmi les oiseaux, le mouton parmi le bétail, ont paru spontanément frappés jusqu'ici. Mais, expérimentalement, si le cheval, la chèvre, le chien, l'élan, la chèvre sauvage, les pigeons, les poules, semblent réfractaires, on a pu infecter le chat, le porc, le mouton, le bœuf (qui présentent d'ailleurs, comme le rat, une maladie latente).

Donc rôle pratique, pour l'instant, du lapin de garenne (et du lièvre), en Amérique, au Japon, en Italie, en Europe centrale, du rat d'eau en Russie, du mouton aux Etats-Unis.

La maladie spontanée. — Chez le lapin, mise en boule, poils hérissés, déambulation difficile, apathie, capture facile. Chez le mouton, démarche hésitante et sans énergie, hyperthermie, toux avec polypnée, diarrhée, mort rapide.

Anatomiquement, lésions nécrotiques adéno-hépato-spléniques. Les ganglions tuméfiés présentent des foyers centraux de nécrose, le foie et la rate un semis de petites granulations jaunes blanchâtres. Poumons et reins ne sont atteints qu'exceptionnellement.

Histologiquement deux sortes de lésions : d'une part infiltrats cellulaires à cellules mononucléées (lymphocytes, plasmocytes, histiocytes), d'autre part réaction nécrotique, avec nécrose centrale entourée de lymphocytes et d'histiocytes avec réaction périphérique diapédétique.

Transmission de la maladie. *Elle est des plus facile*, d'animal à animal, d'animal à homme, et probablement, quoiqu'on en ait dit, d'homme à homme. Il faut et il suffit qu'une quantité suffisante de virus soit mise en contact (peau excoriée ou piquée, peut-être même saine ou muqueuse, en particulier oculaire mais aussi sans doute respiratoire et digestive) avec le sujet réceptif. *D'où le danger des manipulations au laboratoire*, les infections n'y étant pas rares et revêtant d'ailleurs toujours, jusqu'ici, chose curieuse, une allure spéciale, à type typhoïde sans adénopathies.

Ainsi la contagion peut être *directe* d'animal à animal (cas du loup de prairie grand mangeur de lapins) ou d'animal à homme (90 % des cas), se voyant alors surtout chez des chasseurs (de gibier comestible ou de bêtes à fourrure), chez des cuisiniers ou des sujets à même de manipuler ou dépouiller le gibier. A titre de curiosités signalons le cas de Crawford (1932) à la suite de l'ingestion de lapin mal cuit, celui plus pittoresque de Massel : un pêcheur utilise comme appât un lapin infecté et pour l'avoir dépouillé il contractera la maladie, mais en outre le poisson qu'il prend il le donne à la voisine et cette dernière contracte également la maladie en dépouillant le poisson.

En outre la contagion peut être *indirecte*, assez rarement chez l'homme, mais en règle semble-t-il, chez l'animal. Les vecteurs les plus incriminés sont des ixodidés, en particulier Hœmaphysalis leporis-palustris et Dermacentor Andersoni, et des tabanidés tel que Chrysops discalis (dont le rôle est cependant surfait, d'après Francis et Maigue).

Mais outre ixodes et tabanides, *dont certains peuvent piquer l'homme*, il faut incriminer encore les poux, certaines puces, et surtout la punaise vulgaire. Cette dernière, comme le remarque E. Brumpt, à qui nous renvoyons pour la nomenclature plus complète de ces divers vecteurs intermédiaires, peut d'une part héberger, à l'état virulent, le germe pendant un temps fort long (jusqu'à 136 jours !) et d'autre part, elle s'attache assez souvent à accompagner certains émigrants qu'il y aurait intérêt à surveiller de ce point de vue du moins, si l'on tient à les accueillir.

Aspects cliniques chez l'homme

Avec Francis on distingue des formes ganglionnaires soit pures, soit ulcéro ou oculo-ganglionnaires, et une forme typhoïde, non ganglionnaire.

A. La forme type est la forme ulcéro-ganglionnaire du membre supérieur.

Un chasseur a dépouillé un lapin tularémique. Après une incubation silencieuse, durant de 2 à 8 jours, trois en moyenne, et durant peut-être d'autant plus que l'infection sera plus bénigne, *le début va être brutal* par le frisson solennel, la céphalée, la courbature généralisée, la montée thermique à 40°.

Ces signes généraux vont persister, comme d'une septicémie, sans localisations viscérales, avec amaigrissement marqué, anémie, hyperleucocytose modérée avec tendance à une légère mononucléose, durant toute l'évolution.

Ce qui est caractéristique c'est, *au deuxième jour*, l'apparition d'une adénopathie axillaire, pluri mais pauci-ganglionnaire, d'abord modérément inflammatoire, du volume d'une grosse noix environ, puis qui va devenir vivement inflammatoire avec participation des tissus voisins donnant lieu à un placard axillaire induré. Dans la moitié des cas il se ramollit, la peau rougit et l'ouverture se fait qui donne issue à un pus épais, visqueux, jaune, avec parfois fistule qui peut demeurer interminable, des semaines et des mois.

Accompagnant cette adénopathie et somme toute la déter-


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


GOUTTES
Iodo-Magnésium
DU Dr J.-P. CLARY
Iodure de Magnésium
Mg I² stabilisé
PREVENTIF
DE L'ARTÉRIO-SCLEROSE
ET DU VIEILLISSEMENT PRÉCOCE
ANTICYTOGÉNIQUE
ANTIRHUMATISMAL
Prix : 16 Frs
FORMULE
Iodure de Magnesium
chimiquement pur
Extrait fluide de cassis
Excipient
GOUTTES
Iodure de Magnésium
Mg I2 stabilisé
PREVENTIF
DE L'ARTERIO-SCLEROSE
VIEILLISSEMENT PRECOCE
ANTICYTOGÉNIQUE
LABORATOIRES DU Dr J.P. CLARY
72 Avenue Kleber

minant à titre de chancre d'inoculation, réalisant ainsi un complexe primaire chancre-adénopathies, un peu en retard sur elle, on ne tarde pas à noter, à un doigt, la lésion primaire, papule rouge dont la partie centrale se nécrose bientôt et s'élimine, d'où ulcération à bords rouges et à fond gris rougeâtre. Au voisinage, des traînées de lymphangite gagnent les ganglions voisins.

A cela se résume le tableau clinique.

On a signalé, rarement : la généralisation des adénopathies ; l'existence de nodules lymphangitiques capables de suppurer pour leur propre compte ; des déterminations viscérales, gastro-intestinales, pulmonaires, péritonitiques, méningées, qui toutes demeurent exceptionnelles ; différentes éruptions cutanées, dont la légitimité est contestée.

L'évolution est longue et pénible, longue localement où, nous l'avons dit, la situation tend à s'invétérer au cas de fistulisation, longue du point de vue général où la fièvre, l'amaigrissement, l'asthénie, déterminent une atteinte profonde de l'état général, nécessitant une convalescence de 2 à 3 mois.

La guérison est cependant la règle, sans séquelles tardives, et paraissant conférer une solide immunité.

La mort n'est en effet notée que dans 3 à 5 % des cas, survenant vers le 8e jour, soit du fait d'une forme maligne, soit du ait d'un terrain taré.

B. Autres formes ganglionnaires

Il est d'autres formes typiques mais de variation topographique : la porte d'entrée est différente. Quand elle est à la peau, les différents groupements ganglionnaires peuvent être atteints électivement. Ainsi peut-il, rarement, exister *une forme inguinale.*

Quand la porte d'entrée est muqueuse, il peut s'agir de la *forme oculo-ganglionnaire* : les signes généraux sont les mêmes, l'œil présente au bout de quelques jours un aspect caractéristique : la conjonctive est de couleur rouge vif, parsemée d'ulcérations jaunes ovalaires, « pois jaunes sur un morceau d'andrinople » (Vail), ulcérations qui s'épaississent peu à peu, donnant un aspect pseudo-tuberculeux ; les ganglions préauriculaires, parotidiens, sous-maxillaires et sous-mentaux sont tuméfiés.

L'évolution est habituellement favorable (un seul cas de fonte purulente) en cinq semaines environ, l'adénopathie évoluant ou non, pour son compte, vers la suppuration, ce qui prolonge considérablement la durée de l'affection.

Quand la porte d'entrée n'est pas décelée on a affaire à la *forme ganglionnaire pure.*

Il est des formes où les signes généraux peuvent être atténués.

C. Forme typhoïde, non ganglionnaire

Au contraire, il est une forme où seuls existent les signes généraux, forme dite typhoïde. C'est la forme habituelle des travailleurs de laboratoire. Ele est une forme rare.

La porte d'entrée est ignorée. On a supposé parfois qu'il s'agissait d'une porte d'entrée respiratoire.

Le pronostic en est favorable. Après deux à quatre semaines de syndrome véritablement typhoïde, la température baisse, brusquement ou en lysis. Jamais on n'a noté d'adénopathies ni d'atteintes viscérales.

L'immunité conférée ici n'est que relative. On a vu des récidives, d'ailleurs atténuées.

E. Forme inapparente

Elle n'a pas été signalée chez l'homme, mais elle est bien connue chez l'animal.

Anatomie pathologique

Elle est mal connue chez l'homme. Il semble qu'elle soit identique dans ses grandes lignes avec celle observée chez l'animal. Signalons qu'on ne trouve jamais de microbes vers les coupes ganglionnaires.

Diagnostic clinique

Il n'est pas difficile dans les formes régulières, pour qui connaît l'existence de la maladie : signes généraux de grande pyrexie, lésion locale d'aspect spécial, adénopathie correspondante de type particulier, voilà une triade qui, jointe à la notion de métier et aux anamnestiques doit orienter rapidement.

Il est classique de citer *les infections à pyogènes, la peste bubonique, le sodoku, le charbon, le bouton d'Orient, la sporotrichose.*

Les ressemblances sont bien lointaines. Chacune de ces affections a ses critères biologiques et nous verrons que la tularémie a les siens.

Il en est de même en ce qui concerne la forme dite ganglionnaire et la maladie de Nicolas-Favre, la forme oculaire et la tuberculose de la conjonctive. Il s'agit là de diagnostics livresques sur lesquels nous ne saurions nous étendre.

De même la forme typhoïde pourra égarer en l'absence d'anamnestiques précis : rappelons que 9 *fois sur* 10 il s'agit d'une infection de laboratoire.

Diagnostic biologique

La culture étant trop difficile à réussir, il reste deux procédés utilisables ; l'inoculation au cobaye, le séro-diagnostic.

L'inoculation au cobaye, sous-cutanée à la cuisse, comme pour du matériel tuberculeux, se fait soit à partir du pus caséeux (prélevé par ponction), soit à partir de sang défibriné (4 à 5 c. c.). Le sang n'est virulent que jusqu'au 12e jour.

Les échecs sont nombreux.

Quand l'animal est infecté, on trouve à l'autopsie (mort en quatre à six jours) les ganglions régionaux tuméfiés, d'aspect caséeux, le foie et la rate parsemés de tubercules de petites dimensions, avec nécrose centrale à l'examen histologique, et dont le frottis ne permet pas de mettre en évidence les bactéries. Par contre (après passage surtout) on peut à partir de ces lésions obtenir des cultures.

Le séro-diagnostic n'est positif que tardivement, vers la 2e ou 3e semaine. L'agglutination se fait à des taux très élevés, maximum au 21e jour, décroissant ensuite progressivement (1/100 au bout d'un an) et persistant des années.

Dans certains cas on a pu noter une faible agglutination concomitante pour le mélitensis. Pour Troisier il s'agissait d'affections associées.

Traitement

Rien de ce qu'on a proposé n'a fait sa preuve. Il faut se borner à une expectative prudente et aux anodins symptômatiques.

Il ne faut absolument pas toucher à la lésion primaire.

Il faut attendre que les ganglions soient « bien mûrs » pour les inciser (et la simple ponction vaut mieux encore).

Prophylaxie

Les pouvoirs publics se devraient de protéger le pays en interdisant l'importation du gibier mort ou vivant (repeuplement) provenant des régions contaminées. Il serait sans doute heureux, comme le propose Troisier, qu'ils contraignissent les marchands à vendre les lapins *avec leur foie.*

Les chasseurs doivent se méfier des animaux malades, se laissant trop facilement approcher. On ne dépouillera les lapins qu'en se servant de gants de caoutchouc. On consommera le gibier bien cuit. Voilà ce qu'on pourrait faire contre la contagion directe, la plus fréquente de beaucoup.

* * *

Voilà les quelques notions utiles concernant la tularémie, ce fléau mineur mais dont on aurait tort de mépriser les conséquences non négligeables. S'il ne tue pas souvent, il détermine, par la sévère atteinte générale et la convalescence longue qui est nécessaire à la réparation des forces, des pertes de

temps et d'activité sociale telles chez les sujets atteints qu'on a proposé de l'ériger en maladie professionnelle.

Enfin il n'est pas dit que d'autres formes plus graves ne seront pas à envisager ultérieurement. Qu'on se souvienne de l'histoire toute récente de la brucellose, de son énorme extension, et de ses changements. Il est possible que, à l'instar de cette dernière, la tularémie soit une affection de grand avenir — un avenir qui nous apparaît dès maintenant comme redoutablement proche.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

SACQUÉPÉE et FRICKER. — La tularémie, *Paris Médical*, 6 juin 1931, p. 539.

J. TROISIER. — La tularémie, Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies infectieuses, 1935 et Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, Masson 1935.

E. BRUMPT. — La tularémie peut-elle devenir endémique en France ? Mesures à prendre pour éviter cette éventualité, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 22 juin 1937, p. 691.

L. BRUMPT. — La tularémie, *Bulletin médical*, 30 octobre 1937, p. 730.

Marcel PERRAULT

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1937

Action sur le sang des dérivés de l'aniline (méthémoglobinémie et sulfhémoglobinémie). — ***M. P. Gley.*** — L'emploi thérapeutique de la para amino-benzène-sulfamide contre les infections à streptocoques s'accompagne souvent, ainsi qu'on s'en est aperçu en Grande Bretagne et aux Etats-Unis où ce nouveau médicament a été employé depuis un an et demi sur une large échelle, de phénomènes d'intoxication dont un des plus apparents est la cyanose. On vient notamment de signaler aux Etats-Unis de nombreux cas d'intoxication, parmi lesquels 44 décès, à la suite de l'ingestion d'un élixir à base de para-amino-benzène-sulfamide (le diéthylène-glycol étant utilisé comme solvant). Cette cyanose est due à la malformation de méthémoglobine ou de sulfhémoglobine. L'auteur montre que la production de méthémoglobine est consécutive à la transformation de la fonction amine de la para-amino-benzène-sulfamide en fonction hydroxyl amine et que, si le sang contient en sulfure alcalin, il se forme alors de la sulfhémoglobine.

Résultats des expériences de prophylaxie collective antipaludique en Tunisie. — ***MM. Robert Dupoux, Charles Marini*** et ***Raymond Barthas.*** — La prophylaxie du paludisme par la prémaline, à la dose de trois comprimés en un jour, donnée une fois tous les dix jours pendant un mois, puis une fois tous les quinze jours, si elle n'a pas supprimé les parasites chez tous les porteurs, a évité pratiquement toute rechute sur plus de 27.000 personnes du 1er juin 1936 à mai 1937. Elle a coûté moins cher que la prophylaxie par la quinine.

Action de la bile sur le virus de la fièvre jaune. — ***MM. Peltier, Durieux, Jonchère*** et ***Alquier.***

Présence d hormones hypophysaires dans les urines de malades atteints de cirrhose pigmentaire. — ***MM. Ledoux*** et ***Baufle.***

Sur le pouvoir neutralisant des tissus des animaux immunisés par la vaccine. — ***M. Jean Vieuchange.***

Election d'un membre titulaire dans la deuxième division (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales). — *Classement des candidats.* — En première ligne : M. GRÉGOIRE.

En seconde ligne, *ex-æquo*, par ordre alphabétique : MM. BAUMGARTNER, CHEVASSU, MATHIEU, MOCQUOT, ROBINEAU.

Adjoint par l'Académie. — MM. BAZY, OUDARD, PAITRE, VELTER.

M. GRÉGOIRE est élu par 67 voix, contre 6 à M. CHEVASSU, 2 à M. BAUMGARTNER.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 17 novembre 1937

Anesthésie à l'évipan sodique en chirurgie de guerre. — ***M. Bilbao*** (La Paz), au cours de la guerre entre Bolivie et Paraguay, a réuni 4.000 observations d'anesthésie à l'évipan sodique. Pendant la deuxième année de la guerre du Chaco, 7 % des blessés subirent cette anesthésie, sans qu'on ait fait d'examens pré-opératoires. La technique suivie fut d'abord l'injection massive, puis l'injection fractionnée avec dilution dans du sérum glucosé hypertonique.

L'anesthésie a été suffisante dans 98 % des cas. Dans 2 % des cas la contracture musculaire a nécessité une légère narcose à l'éther. Le sulfate de magnésie a aidé la suppression de la spasmodicité musculaire, en synergie avec de la morphine. Cette anesthésie sur 4.000 cas n'a entraîné aucune mort, ni aucun accident sérieux.

M. Lardennois pense qu'avec l'utilisation de plus en plus importante des gaz en cas de guerre, l'évipan pourra se substituer aux autres modes anesthésiques devenus inemployables.

Anesthésie à l'évipan. Avantages et indications. — ***M. Pouliquen*** (Brest) apporte une statistique de 2.300 cas de cette anesthésie. L'évipan est certes hypotenseur et peut léser foie et rein, mais bien administré, il ne présente aucun danger de plus que les anesthésies par inhalation.

Sur 2.300 cas, l'auteur eut deux morts, l'une chez un vieillard, l'autre chez une femme alcoolique par erreur d'indications. Il y eut quelques accidents sérieux de shock chez les grands infectés. A part cela des accidents sans gravité, agitation, sommeil prolongé. L'auteur a l'impression que l'évipan n'est pas plus dangereux qu'un autre anesthésique. La méthode a l'avantage de la simplicité, mais il faut doser l'évipan tout le long de l'intervention si on fait une anesthésie prolongée. Dans toutes les interventions courtes, l'auteur utilise la dose unique qui lui a donné toute satifaction.

D'autre part les malades apprécient particulièrement l'anesthésie à l'évipan, douce et agréable. L'auteur utilise encore l'évipan à petites doses comme complément d'une autre anesthésie, à la fin ou au début de celle-ci. Il l'emploie volontiers chez l'enfant, et aussi pour terminer une anesthésie difficile. L'évipan s'accommode bien des autres anesthésiques. L'auteur l'emploie dans à peu près toutes les indications reconnues de la locale. De plus, il le juge très utile en traumatologie et en chirurgie de guerre, où il facilite le transport des blessés et leur appareillage.

M. R. Monod insiste sur la fragilité de transport et de stockage de l'evipan en cas de guerre. Il n'y a pas de risque d'inflammation des anesthésiques volatiles.

Cette anesthésie ne peut être employée par tout le monde mais par un anesthé-iste qualifié. Il faut en effet savoir en régler l'action par la vitesse d'injection, et choisir la dose à employer. De 1931 à 1936 sur deux millions d'anesthésies à l'évipan, il n'y a eu que trente décès, soit 1 sur 65.000 anesthésies. A l'heure actuelle aucune anesthésie ne donne de meilleurs résultats. Il semble cependant que l'évipan soit contre-indiqué dans les affections de la bouche et de la gorge où on voit le maximum d'accidents dus aux anesthésiques barbituriques.

M. Moure totalise environ 2.350 anesthésies à l'évipan. Il n'est ni moins ni plus grave qu'un autre. Il est contre-indiqué dans les affections cavitaires, abcès ou phlegmons du cou, de la bouche, cancer de la langue, etc... L'auteur l'emploie dans les gastrectomies et même dans les affections hépatiques. C'est un excellent anesthésique, mais qui doit être donné par des gens entraînés.

M. Chevrier demande qu'on n'oublie pas la place de l'anesthésie locale qui permet le transport des blessés ou l'appareillage des fractures.

Pour ***M. Desplas***, l'évipan ne doit être employé que par un anesthésiste spécialisé.

M Heit-Boyer l'emploie en chirurgie urinaire ; mais il estime que la section du parenchyme rénal est plus hémorragique dans les anesthésies à l'évipan.

Jean CALVET.

Echos et Glanures

La rue de l'Épée-de-Bois au temps de la sœur Rosalie Rendu. — *Le Docteur A. Guérin* (*Revue d'assistance médicale*, novembre 1937), *après avoir évoqué quelques-uns des aspects du vieux faubourg Saint-Marceau et rappelé le passage où Balzac en parle dans* LA FEMME DE TRENTE ANS, *nous dit ce que furent la vie et l'œuvre de Sœur Rosalie* :

....

Ce n'est certes pas l'attrait du paysage qui, en l'an 1802, attirait en ces lieux une jeune fille de 16 ans, Jeanne-Marie Rendu, qui devait prendre en religion le nom de sœur Rosalie.

Elle avait quitté Comfort, un hameau du pays de Gex, et ses paisibles vallées où ses ancêtres, depuis le XVIe siècle, menaient une vie bourgeoise ; elle avait dit adieu à ses sœurs, à sa mère, restée veuve ; et la diligence l'avait débarquée à la maison des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, rue du Vieux-Colombier.

Elle fut bientôt envoyée à la communauté de la rue des Francs-Bourgeois-Saint-Marcel, c'est-à-dire au Bureau de charité de la rue de l'Epée-de-Bois.

Elle s'enfonçait ainsi au plus profond des misères du XIIe arrondissement.

Le faubourg Saint-Marceau, était, en effet, le plus pauvre quartier de ce misérable arrondissement.

On peut dire qu'elle arrivait providentiellement et que tout contribuait à mettre en valeur ses qualités naturelles.

En effet, c'était le temps du naufrage des grands espoirs de la Convention.

La Convention avait ambitionné de pensionner les invalides, les veuves, les orphelins, les enfants trouvés, mais elle avait omis de se procurer des ressources suffisantes. Tout au contraire elle avait mis en vente les biens qui alimentaient les institutions charitables.

Elle avait solennellement inscrit l'indigence à la charge de la nation.

Elle avait ouvert pour cela dans chaque chef-lieu de canton le Grand Livre de la Bienfaisance publique.

Les pages de ce Grand Livre restèrent aussi blanches que le premier jour et Napoléon jugea opportun de le fermer.

Il confia l'administration des Bureaux de charité à une direction laïque — d'ailleurs bénévole et gratuite — et abandonna l'action aux sœurs de Charité.

La maison de la rue des Francs-Bourgeois-Saint-Marcel, avait été ainsi désignée comme une des quatre maisons de secours, que comptait le Bureau de charité du XIIe arrondissement.

Oh ! cela était bien rudimentaire à l'origine : une pharmacie — ce qui ne veut pas dire un pharmacien — un dispensaire, un dépôt de vêtements et de linge, une école gratuite... Mentionnons encore un petit jardin où les sœurs allaient cueillir quelques grappes de raisins ou quelques poires, à l'intention des malades qu'on visitait par le faubourg.

Ce peu de chose était cependant un bien précieux pour ces pauvres tellement privés du nécessaire qu'ils couchaient parfois sur la paille faute de lit, alors que leur misérable taudis n'aurait pas convenu à une étable.

La sœur Rosalie comprit bien l'insuffisance de ses moyens d'action ; aussi lorsqu'elle devint supérieure, à l'âge de 28 ans, elle consacra sa vie à perfectionner cette œuvre et à parer à toutes les misères qui assiégeaient sa maison.

Les petits nourrissons eurent leur crèche qu'elle situa audessus de la maison d'école. Elle recueillit les petits enfants dans un asile ; elle eut également le souci d'enlever les jeunes filles aux séductions crapuleuses de la race, et recueillit les apprenties dans un patronage.

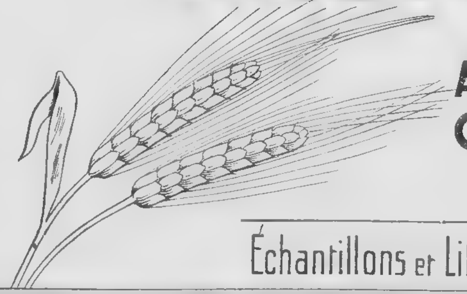
Les orphelins eurent également une part de sa tendresse, mais sa maison fut insuffisante à réaliser son projet et elle dut créer, à cet effet, une annexe rue de Ménilmontant.

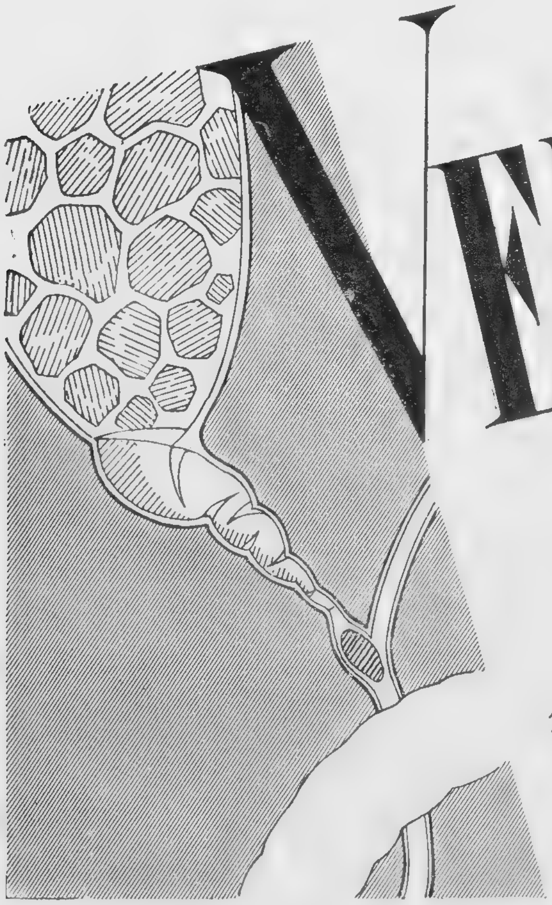
Les vieillards ne furent pas abandonnés, elle savait que le terme du loyer restait suspendu, comme une épée de Damoclès, sur ces malheureux, aussi elle leur trouva des logements gratuits rue Pascal.

Tout cela s'accomplit durant une des époques les plus sombres de notre histoire et marquée par les épidémies de choléra de 1832 et de 1848, qui ajoutèrent leurs ravages à ceux de l'émeute.

Les épidémies de choléra de 1832 et de 1848, la trouvèrent au chevet des malheureux en leur sombre taudis.

Quels jours d'épouvante ! On compta jusqu'à 147 décès en une seule journée de 1832, dans le faubourg Saint-Marceau.







Les médecins des pauvres étaient à une rude épreuve ! Notre érudit collègue, Finot, nous a appris comment la légèreté du Préfet de police, rendait la vie impossible à nos collègues de cette époque.

A en croire ses affiches, le choléra était une maladie bénigne si l'on arrêtait la diarrhée en temps opportun ! !

Jugez par là de la fureur d e la population contre les médecins, qui avaient précisément pour fonction d'accourir au premier appel.

C'est ainsi qu'en 1832, le Docteur Royer Collard, accompagnait un cholérique qu'on transportait sur un brancard baché à l'hôpita l de la Pitié. Le malheureux médecin, abandonné à la fureur de la populace, aurait péri, s'il n'avait pas apaisé subitement les colères, en disant qu'il était un ami de la sœur Rosalie.

Durant les émeutes, sa bienveillance s'étendait aux deux côtés de la barricade.

A vrai dire, la Révolution de 1830 et les « Trois Glorieuses » n'affectèrent pas principalement le faubourg Saint-Marceau ; mais quand la République de 1848 eut fermé les Ateliers nationaux, le vieux quartier se hérissa de barricades, depuis le Panthéon jusqu'à la vallée de la Bièvre.

Le général Damesme, qui commandait l'attaque, est tué, le 24 juin, sur la barricade de la rue de l'Estrapade (1).

Durant la même journée, un jeune officier avait reçu l'ordre d'enlever la barricade qui obstruait la rue Mouffetard, à la hauteur de la rue de l'Épée-de-Bois.

L'officier franchit d'un bond la barricade, mais la troupe arrêtée par une décharge meurtrière ne suivit pas son élan, en sorte qu'il fut seul au milieu des insurgés rue de l'Épée-de-Bois. Il aurait péri inévitablement si la sœur Rosalie, accueillant le fugitif, ne lui avait fait un rempart de son corps.

Les insurgés étaient fascinés par sa bonté, car ils savaient bien qu'elle interviendrait pareillement en leur faveur.

L'Assistance publique a, dans une pieuse pensée, conservé comme une relique, au milieu des bâtiments modernes, le petit parloir de la sœur Rosalie Rendu.

Les modestes sièges de paille rangés de chaque côté du mur, conservent à cette petite salle sa vie d'autrefois.

C'est là qu'elle accueillait les misères innombrables et qu'elle trouvait un adoucissement à toutes les peines qu'on lui confiait.

Là sont venus, pêle-mêle, avec des femmes en guenilles, des prélats, des femmes du monde, des gens illustres, tous ceux, enfin, qu'attirait ce foyer de charité et qui espéraient un secours -- car la pauvreté matérielle n'est pas le seul aspect de la misère.

Là s'est assis l'illustre grand d'Espagne, l'orateur et l'ambassadeur Donoso Cortès.

Là, l'ascétique Lamennais est venu déposer un instant le fardeau accablant de son désespoir ; là encore le général Cavaignac atténua quelque peu la rigueur de la répressione comprit que les insurgés étaient un peu les enfants de la sœur Rosalie.

Ozanam, le fondateur des sociétés de Saint-Vincent-de-Paul, s'y montra tel que l'a portraituré Lacordaire : « pâle, taille médiocre et sans élégance, yeux vifs, air aimable par son expression de douceur, chevelure noire et épaisse, qui lui donnait un air de sauvage ».

C'est encore là qu'elle écrivit ses innombrables lettres de recommandation. On leur a quelquefois reproché leur manque d'éclectisme ; mais ce reproche même tourne à son avantage puisqu'il veut dire que son amour du procnain n'était limité par aucun préjugé.

C'est dans ce petit parloir qu'elle continuait sa direction quand la cécité vint lui interdire son activité coutumière. La cataracte qui affligea la fin de ses jours fut, en effet, opérée sans succès.

Touché par tant de misères, l'Empereur Napoléon III vint dans son petit parloir lui apporter l'hommage de son admiration.

Aujourd'hui ce petit parloir si plein de précieux souvenirs est menacé par son isolement et l'indifférence qui l'entoure.

Ce petit coin de terre sacrée risque de devenir un quelconque débarras si ceux qui s'intéressent à l'histoire de la Montagne Sainte-Geneviève ne le prennent sous leur protection.

Le 7 février, jour anniversaire de sa mort, quelques habitants du quartier avaient coutume de déposer des fleurs au pied du buste qui ornait encore récemment ce petit parloir.

Mais en 1914, le vénéré doyen du Conseil municipal, Ambroise Rendu, est mort, et le petit parloir perdait son meilleur protecteur.

---

(1) M. Paul Barruel, ancien maire du XVe, a été, dans son enfance, témoin oculaire de ces déplorables événements. Son père tenait à cette époque une pharmacie rue St-Jacques.

Il m'a raconté qu'une batterie d'artillerie, installée rue Soufflot, était pointée sur le Panthéon où les insurgés s'étaient barricadés.

Le premier boulet de canon coupa l'arbre de la Liberté, décapita la statue de la République et tomba finalement dans le lycée Henri-IV.

Aujourd'hui le buste de la sœur Rosalie Rendu a été transféré au musée de l'Assistance publique ; toutefois un portrait gravé est venu prendre la place ainsi désertée.

Mais il importe de garder, dans son état primitif, ce petit parloir consacré à son souvenir et qui conserve un aspect émouvant du vieux quartier Mouffetard.

La médecine chinoise. — *M. Nyoiti Sakurazawa* (Mercure de France, 15 *novembre* 1937) *consacre une importante étude à la* Philosophie et science d'Extrême Orient. *En voici quelques passages relatifs à la médecine chinoise* :

.... Il existe en Chine, encore aujourd'hui, de grands médecins traditionnels. Mais ces maîtres, réfractaires à l'influence scientifique occidentale, répugnent à faire part de leurs connaissances. Ils se conforment au précepte des vieux sages chinois : « Cachez la vérité. » Tous se considèrent comme liés par cette morale du silence que nous avons déjà rencontrée au Japon, et qui est encore très vivace aujourd'hui, malgré les bouleversements de la société moderne. C'est parce que la médecine extrême-orientale n'est pas seulement une science matérielle et qu'elle est fortement imprégnée de la philosophie de Taikyoku que ceux qui en possèdent le sens se refusent à le divulguer. Justement parce qu'elle est une sorte de thérapeutique morale prenant son appui, non seulement sur les données matérielles physico-chimiques, mais sur les principes philosophiques de la divination, elle s'est facilement déformée en passant dans les milieux populaires, pour en arriver à un chaos extraordinaire de superstitions. Sa base profonde pourtant est simple et nous y retrouverons les mêmes principes et les mêmes actes de foi que nous avons déjà vus dans les théories de l'Etre et de la connaissance. Nous y verrons exprimées sous une forme voisine la grande loi In-Yang, les influences du milieu et les réactions de l'organisme, la conception primitive de la perfection de la nature.

Son rôle ne sera pas toujours et dans tous les cas de libérer l'homme de ses souffrances le plus vite possible, bien qu'elle possède dans ce domaine des moyens tels que la moxation et l'acupuncture, extrêmement puissants. Son but idéal sera d'amener progressivement l'homme et sa race à reconnaître le rythme mystérieux de l'univers, à retrouver par son instinct le mode de vie que possèdent dans leur pleine santé les animaux sauvages et que son intelligence lui a fait oublier, à faire de son être — corps et âme — un reflet fidèle de Taikyoku, ce qui aux yeux des anciens est la santé véritable.

Contrairement à la médecine occidentale, la médecine d'Extrême-Orient sera discrète dans son examen et invisible dans ses méthodes de traitement. Il n'y a pas de consultation proprement dite, du moins en principe. Autrefois, dans le cabinet des maîtres médecins, il y avait une petite statuette d'ivoire, sur laquelle le malade désignait sans mot dire les points douloureux. Ce n'est pas le malade qui doit renseigner le médecin sur sa maladie, c'est le contraire. Rien ne paraît plus grossier que les méthodes de diagnostic modernes, avec les investigations désagréables qu'elles comportent. Rien ne paraît plus barbare que les traitements palliatifs de soulagement et la guérison. De même qu'elle nous semble faire confusion entre les symptômes et la cause, elle nous paraît accepter des palliatifs au lieu de remèdes. Sa thérapeutique présente l'inconvénient d'être trop visible, ce qui, selon l'esprit extrême-oriental, est un grave défaut.

Un malade n'est pas seulement un malheureux au sens physique, c'est encore un infirme moral. C'est un homme qui a oublié la philosophie de Taikyoku, la sagesse instinctive que tout être sauvage apporte avec lui en naissant. Le guérir de ses souffrances ? A quoi bon si nous ne le sauvons pas de sa faiblesse morale en même temps !

La guérison de la maladie n'est qu'un but secondaire de la médecine d'Extrême-Orient.

Nous venons de suivre — rapidement — le chemin qui mène de la philosophie à la médecine. Mais dans la pratique de la vie, on parcourt plutôt ce chemin en sens inverse : c'est par l'application quotidienne, instinctive ou voulue, des règles de la santé, qu'on réalise la philosophie de Taikyoku. Etre philosophe ne consiste pas à parler de philosophie, mais à agir suivant une philosophie. L'œuvre capitale des grands philosophes, ce n'est pas tel ou tel traité, c'est leur existence elle-même. « Sans pratique, aucune vertu » dit lapidairement Lao-Tseu.

Amener progressivement le malade à respecter les lois naturelles de la santé, sans rien changer en apparence dans son mode de vie, c'est faire de lui peu à peu un philosophe. S'il peut arrivéer à réaliser dans son corps un reflet fidèle de Taikyoku, il le réalisera aussi dans son âme, il pénétrera dans ce domaine de rêve où n'existent ni le bien ni le mal, ni aucune contrainte d'aucune espèce, où il suffit de suivre ses goûts pour être parfait. Cette éventualité très rare sera comme une grâce.

Le premier but de la médecine d'Extême-Orient est donc un but religieux, mystique, invisible pour celui qui observe de l'extérieur. Ce qui lui ressemblerait le plus serait le royaume de Dieu dont parle l'Evangile. Les Anciens le nommaient le Tao.

Quand les hommes supérieurs entendent parler du Tao, ils le mettent en pratique. Les hommes médiocres tantôt le suivent, tantôt le négligent. Les hommes inférieurs ne font qu'en rire. Pourtant s'ils n'en riraient pas, ce ne serait pas le véritable Tao.

Le deuxième but, plus accessible, de la médecine, est la guérison de la maladie à venir. Grâce à la divination, on prévoit le mal longtemps avant qu'il n'éclate et on empêche son apparition. Les moyens à employer seront toujours, en principe, les aliments.

Le troisième but enfin est la guérison de la maladie présente. Ici, les médicaments peuvent rendre service, tandis qu'ils sont impuissants en ce qui concerne les buts plus élevés. Les médicaments sont des palliatifs qui conviendront dans des conditions spéciales, par exemple lorsqu'on aura affaire à un malade âgé dont l'organisme ne peut être refait par la nourriture.

Tous les médicaments de la pharmacopée d'Extrême-Orient sont des produits naturels ; ils sont très nombreux et de modes d'action très variés. Ils sont énumérés dans l'Encyclopédie médicale de Li-Che-Tchen, publiée en 1578 qui comprend 52 volumes.

Les moyens d'action physique tels que l'acupuncture, la moxation, le massage, etc.... sont des moyens empiriques. Il en est de même de la sérothérapie, de la vaccination, de l'opothérapie, etc. Toutes ces méthodes de guérison ont été connues en Extrême-Orient dès la plus haute antiquité.

AGOCHOLINE
DU Dr. ZIZINE



GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

Cholécystites chroniques, Congestion du Foie

Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation | d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit | hépato - biliaire

… à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude

… du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris (12e)

…y, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville | LE NUMÉRO : 75 Centimes | N° 49 — 4 DÉCEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE | PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81
R. C. SEINE 685.595

Les demandes de changement d'adresse doivent être accompagnées de la bande du journal et de 2 fr. en timbres-poste

RÉDACTION

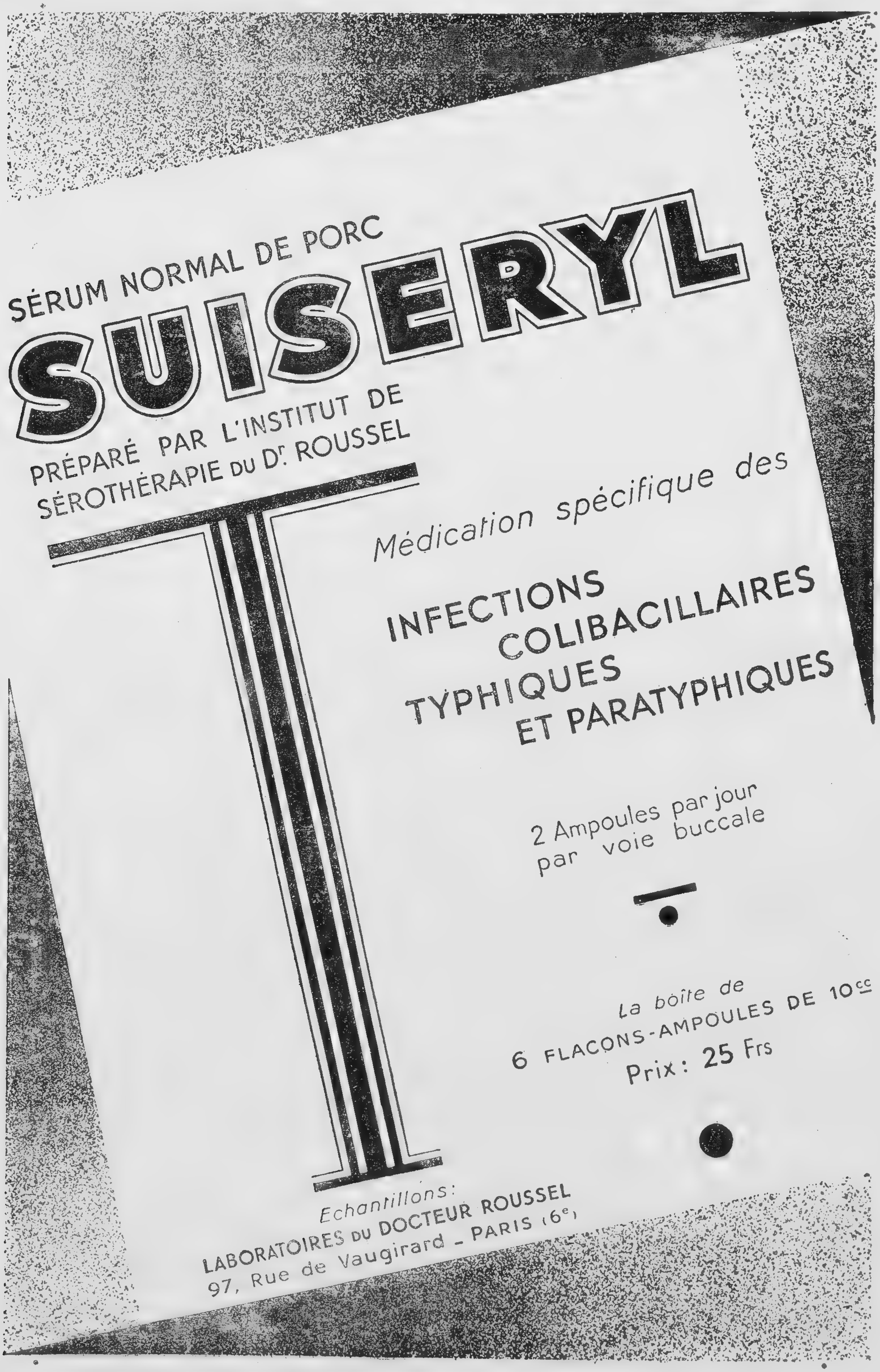
RÉDACTEUR EN CHEF
Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE


SÉRUM NORMAL DE PORC
SUISERYL
PRÉPARÉ PAR L'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE DU Dr. ROUSSEL
Médication spécifique des
INFECTIONS COLIBACILLAIRES TYPHIQUES ET PARATYPHIQUES
2 Ampoules par jour par voie buccale
La boîte de 6 FLACONS-AMPOULES DE 10cc
Prix : 25 Frs
Echantillons :
LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard – PARIS (6e)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses de médecine.* — 7 décembre. — M. GLUCKBERG : La diurèse des cardiaques par association des diurétiques mercuriels aux tonicardiaques. — M. PAINGAULT : Maladie de Simmonds. Discussion des rapports entre la cachexie et l'anorexie mentale. — M. BUISSON : Psychose hallucinatoire chronique et syndrome d'action extérieure. — M. LEBRETON : La maison de santé du Docteur Blanche. Ses médecins. Ses malades.

8 décembre. — Mme COQUOIN-CARNOT : Essai expérimental dela prophylaxie chimique de quelques maladies à ultravirus. — M. FRIEDMAN : Les prodromes digestifs du zona.

9 décembre. — M. CORIES Y NEGRET : Contribution à l'étude du traitement de l'arthrite suppurée des doigts par la résection articulaire. — M. DEVOUCOUX : Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales chroniques par l'électrocoagulation, en particulier des exocervicites chroniques.

11 décembre. — M. GUÉNARD : Sclérose en plaques avec localisations sur les noyaux gris centraux (aspects cliniques).

— Les élections des étudiants adjoints au Conseil de l'Université pour les affaires diciplinaires qui devaient avoir lieu le mercredi 22 décembres 1937 sont avancées au samedi 18 décembre 1937.

Assistance publique. — CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (médaille d'or). — Les jurys sont définitivement constitués :

Section de médecine : MM. les Docteurs Hallé, Armand-Delille, Chabrol, Paraf, Lamy.

Section de chirurgie et d'accouchement : MM. les Docteurs Desmarest, Pierre Moulonguet, Leibovici, Jean Gosset et Professeur Couvelaire.

— Jury du concours de l'externat : MM. les Docteurs Merklen, Michaux, Launay, Lenègre, Gérard-Marchant, Couvelaire, Jean Gosset, Sauvage et Aubry.

Académie de chirurgie. — La séance annuelle aura lieu dans la 3e séance de janvier 1938. M. Louis Bazy, secrétaire général, prononcera l'éloge de Quénu.

Légion d'honneur. — MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Sont promus ou nommés : *Officier* : le Docteur Eugène Pestel, de Soissons. — *Chevaliers* : Le Professeur Gabriel, de la Faculté de médecine de Marseille ; le Professeur Wolf, de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Docteur Febvre est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie galénique.

— M. le Docteur Vaurs, suppléant de bactériologie, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira, le jeudi 3 février 1938, à l'hospice général.

Inscriptions jusqu'au 8 janvier, à 18 heures, à la direction, enclave de l'hospice général, à Rouen.

Service de santé. — Le médecin colonel Bergerer est maintenu à l'hôpital militaire de Grenoble, président de la commission de réforme et désigné comme médecin chef.

Le médecin commandant Bonnefous est rappelé à l'activité et affecté à l'hôpital militaire annexe de Sarrebourg.

Les médecins capitaines : Gounelle, 11e régiment de cuirassiers ; Ratié est maintenu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Désignations coloniales.* — En Indochine : le médecin commandant Roques, le médecin commandant Saint-Etienne, le médecin lieutenant Lévy.

En Afrique-Occidentale française : les médecins colonels Mercier, servira en qualité de chef du service de santé de la circonscription de Dakar ; Crozat, servira en qualité de directeur de l'école de médecine de Dakar ; le médecin lieutenant-colonel Campunaud, servira en qualité de chef de service de santé de la Côte d'ivoire ; le médecin commandant Kerebel ; les médecins capitaines : Bex, Giraud ; les médecins lieutenants : l'Ioch, Touanen ; le médecin commandant Cheveneau.

Au Togo : le pharmacien commandant Demeule.

Au Cameroun : le médecin lieutenant Giraud.

En Afrique-Equatoriale française : le médecin commandant Saleun, servira en qualité de directeur de l'institut Pasteur de Brazzaville ; le médecin capitaine Nicolas.

En Afrique-Orientale française : le capitaine d'administration du service de santé Achard.

A la Guyane : le médecin lieutenant-colonel Bouron, servira en qualité de chef du service de santé : le médecin lieutenant Goerger, le pharmacien capitaine Prigent.

En Algérie : MM. Machelidon, Teitgen, médecins capitaines.

— *Prolongations de séjour outre-mer.* — Première année supplémentaire : le médecin commandant Bravard, le médecin capitaine Blanchet, le médecin lieutenant Jullien-Vieroz.

— *Affectations en France.* — Au 1er régiment d'infanterie coloniale : le médecin capitaine Roy.

Au 23e régiment d'infanterie coloniale : les médecins lieutenants-colonels : de Baudre : Delinotte, sera détaché au ministère des colonies ; Bouron, sera maintenu dans son affectation actuelle jusqu'à son embarquement pour la colonie ; le médecin capitaine Ortholan, le pharmacien lieutenant Primot.

Au 4e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin commandant Germain, le médecin lieutenant Goudin.

Au 8e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin capitaine Gaugier.

Au 16e régiment de tirailleurs sénégalais : le médecin capitaine Mistrot.

Au 2e régiment d'artillerie coloniale : le médecin capitaine Lorre.

Au centre de transition des troupes indigènes coloniales : le médecin lieutenant Miossec.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (Marseille) : les médecins capitaines : Raboisson, Georges, le pharmacien lieutenant Duval.

Au dépôt des isolés des troupes coloniales (annexe de Bordeaux) : le médecin commandant Jeansotte, le médecin lieutenant Tricottet, affectations pour ordre.

A l'hôpital militaire de Fréjus : le médecin commandant Phiquepal d'Arusmont.

A la section des infirmiers militaires des troupes coloniales : le lieutenant d'administration du service de santé Darondeau.

A la disposition du service de santé de la 16e région : le médecin colonel de Reilhan de Carnas.

A la disposition du service de santé de la 15e région : le médecin colonel Blandin.

A la disposition du service de santé de la région de Paris : le médecin colonel Testé.

Au 71e régiment d'infanterie : le médecin lieutenant Cochard.

A la disposition du ministère de l'air : le médecin capitaine Proust, affecté à l'école des mécaniciens de l'armée de l'air à Rochefort.

Le souvenir d'Arnold Netter. — Un hommage solennel vient d'être rendu à Strasbourg, au grand Français, à l'homme de bien et au savant de renommée mondiale que fut le Professeur Arnold Netter, né dans la capitale alsacienne en 1855.

Une plaque a été inaugurée sur sa maison natale, place de l'Homme de Fer, par les soins de la Renaissance française, au cours d'une émouvante cérémonie et devant une foule immense que contenait un détachement de gardes mobiles ; un libellé en est le suivant :

« Dans cette maison est né le 20 septembre 1855 le Docteur « Arnold Netter, membre de l'Académie de médecine, grand « officier de la Légion d'honneur, dont les travaux et la vie « exemplaire ont illustré la médecine et la France, 1855-1936 ».

Au pied de la Tribune élevée devant la maison natale, les Sociétés patriotiques avec leurs drapeaux, les clairons et tambours de la musique militaire du 158e R. I.

Parmi l'assistance, M. Alexandre Millerand, ancien Président de la République, le Général Gouraud, ancien gouverneur militaire de Paris, M. André Viguié, préfet du Bas-Rhin, représentant le Gouvernement, les Généraux Pichon, d'Arnau de Pouydarguin, Grollemund et Reibell, M. Jean Chaigneau, secrétaire général de la Préfecture, Dresch, recteur de l'Académie de Strasbourg, M. le Docteur Forster, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et ses collègues, M. Garcin, adjoint au maire.

La famille du savant était représentée, notamment par ses enfants, le Docteur Henri Netter, M. Léon Netter, avocat à la Cour de Paris et Madame, Mme et M. René Lisbonne, par sa sœur, Madame Georges Weismann.

Des discours furent prononcés par MM. Léonce Armbruster, président de la Renaissance française, commissaire général de

l'Union des Grandes Associations pour l'Essor national ; le Professeur Debré qui, au nom de l'Académie de médecine, dans un discours émouvant rendit hommage au clinicien, au bactériologue et à l'hygiéniste que fut tout ensemble Arnold Netter, dont l'œuvre, l'érudition, le caractère et le patriotisme forcent l'admiration ; le Professeur Paul Carnot, ancien élève d'Arnold Netter, qui, au nom de la Faculté de médecine de Paris, évoqua la belle figure de son maître qui « reste l'exemple de ce que « nous voudrions être et est mort à l'hôpital son champ d'hon- « neur, laissant un sillage de bonté » ; le Docteur Millian, au nom de la Société médicale des hôpitaux ; le Doyen Forster, Doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. André Viguié, préfet du Bas-Rhin, s'associa, au nom du Gouvernement, à cette manifestation. Il apporta au souvenir du grand Français « le témoignage de reconnaissance et d'admi- « ration que le pays s'honore de rendre à l'un de ceux qui l'ont « si bien servi. Il rappela « la prodigieuse puissance de travail « et l'extraordinaire activité scientifique qui ont permis à « Arnold Netter d'agrandir, pour une aussi large part, le « domaine de la certitude, sa haute conscience et son dévoue- « ment professionnel qui, sur tant de points, ont vaincu la « maladie et la douleur humaines, sa carrière brillante, sa « notoriété universelle, l'exemple qu'il a laissé, unissant la « mémoire d'Arnold Netter au souvenir de tous ceux qui ont « voulu, préparé et réalisé la victoire et la libération ».

Parmi les personnalités venues de Paris, nous avons reconnu, M. le Docteur Adler, représentant M. Queuille, ministre des Travaux publics, le Professeur Robert Debré, représentant l'Académie de médecine, le Professeur Carnot, représentant la Faculté de médecine de Paris, le Docteur Millian, président de la Société médicale des hôpitaux de Paris, les Docteurs Halbron, Mathieu Pierre Weil, Robert Weismann-Netter, médecins des hôpitaux ,le Docteur Mawas, directeur de Laboratoire aux Hautes-Etudes, les Docteurs Trèves, Léon Zadoc-Kahn, M. Georges Leven, vice-président de l'Alliance Israëlite, etc...

Société française d'histoire de la médecine. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu le samedi 4 décembre 1937, à 17 h., à la Faculté de médecine (Foyer des professeurs).

ORDRE DU JOUR : Election du Bureau pour 1938. — *Communications* : Docteur Marcel BERGERON : Note historique sur les physiologistes du mouvement ; introduction à leur étude ; Docteur GALLOIS : Descartes et la médecine ; Docteur A. SOUQUES : La douleur dans les livres hippocratiques (*suite et fin*) ; Docteur LEMAY : Jean Rey, précurseur de Torricelli, Pascal et Lavoisier.

Congrès international de rhumatisme et d'hydrologie. — Ce Congrès se tiendra sous la présidence de Sir Farquhar Buzzard, à Oxford, du 26 au 31 mars 1938.

Sujets : 1° Influence du climat et du temps sur l'apparition des maladies ; 2° Rhumatismes chez les enfants.

Les droits d'inscription sont de 1 livre anglaise, étudiants 5 shillings. Inscriptions et demandes de renseignements au Bureau de « International Society of Medical Hydrology », 109, Kingsway, London, W. C. 2.

Ce Congrès sera suivi immédiatement du Congrès de Bath, pour les maladies rhumatismales.

Sujets : La goutte et les rhumatismes chroniques d'origine métabolique.

Il se tiendra à Bath du 31 mars au 3 avril. Pas de droits d'inscriptions. Les congressistes paieront leur logement et leurs repas dans les hôtels. Inscriptions et demandes de renseignements à adresser au Docteur G. D. Kersley, 6, The Circus, Bath.

Les programmes détaillés paraîtront dans les prochains numéros de la *Revue du Rhumatisme.*

Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre. — L'Assemblée générale de 1937 se tiendra au siège social, 8, rue Roquépine, le dimanche 12 décembre, à 9 h. 30.

Un déjeuner amical aura lieu ensuite à 12 h. 30 au Palais de la Belle Aurore, 6, rue Gomboust (s'inscrire avant le 19 décembre auprès du Docteur Giuliani, 6, rue de Lesseps).

L'Association fondée le 3 novembre 1928, pour obtenir d'abord le vote de la loi sur les emplois réservés médicaux (loi du 12 août 1933) puis l'application et l'extension de cette loi, assure en outre des liens de solidarité entre ses membres. Elle est ouverte à tous les médecins titulaires d'une pension d'invalidité au titre de la loi du 31 mars 1919.

Hommage au Docteur Sicard de Plauzoles.— Quelques amis du Docteur Sicard de Plauzoles sont heureux de saisir l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur pour lui témoigner leur vive affection et leur profonde admiration pour son inlassable dévouement à la cause de l'hygiène sociale en général et de la prophylaxie antivénérienne en particulier. Ils vous demandent donc de vous joindre à eux, afin de lui offrir son portrait par le sculpteur-graveur De Hérain, ancien interne des hôpitaux de Paris (soit médaille de bronze, soit dessin). Les souscriptions sont reçues par M. Pierre Vernier, médecin de l'hôpital de Versailles, 15, rue des Bourdonnais, à Versailles, chèque-postal, n° 2.178-36, Paris ; les souscriptions de 100 francs donneront droit à une reproduction.

BIBLIOGRAPHIE

MÉDECINE

La stroboscopie du larynx. *Séméiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix,* par Jean TARNEAUD. Un vol. 15 × 24 cm., 90 pages, 8 figures, 30 francs. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

L'auteur a précisé la valeur scientifique et théorique de la stroboscopie, mais il s'est attaché avant tout à montrer l'intérêt pratique que cette nouvelle méthode d'examen présente dans l'étude des affections du larynx.

Médecine légale pratique, par M. MOSINGER et J. ROCHETTE. Un volume (590 pages, 264 fig.), 120 francs. Librairie Maupetit, éditeur 144, La Canebière, Marseille.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux méthodes d'exploration utilisées en médecine légale : 1° les procédés macroscopiques, notamment l'autopsie dont les différentes phases sont décrites en détail ainsi que les constatations à faire, dans les différentes phases, les prélèvements à effectuer, les méthodes de conservation à employer ; 2° les procédés histologiques ; 3° les procédés chimiques, physiques, biologiques et expérimentaux.

Un paragraphe spécial est consacré à la description minutieuse des formalités que comportent les phases successives de l'expertise criminelle et civile et aux certificats et déclarations.

La seconde partie de l'ouvrage traite des identifications médico-légales : anthropométrie, ostéométrie, dactyloscopie, identification des poils et des ongles, identification du sang et des groupes sanguins, du sperme, des excrétions.

Richement illustré, pourvu de nombreux schémas explicatifs, ce traité pratique est d'utilité immédiate pour le médecin et le biologiste comme pour le juriste.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tétanos splanchnique

(Considérations étiologiques et médico-légales)

Par

Ch. SARROUY et **VIALA**

Médecin Externe

des Hôpitaux d'Alger

La forme splanchnique du tétanos est bien connue au point de vue clinique ; elle est également connue au point de vue expérimental depuis les travaux de Binot. On en n'ignore pas la gravité habituelle et l'observation publiée par P.-L. Marie en 1916 dans *Paris Médical* reste exceptionnelle ; on sait que ce cas était apparu 130 jours après la blessure et qu'il fut suivi de guérison. Cette apparition tardive est peut-être la raison de l'évolution favorable.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de rapporter aujourd'hui l'histoire d'un sujet que nous avons pu suivre récemment et qui est décédé en 48 heures d'un tétanos viscéral. L'exposé critique de l'observation de notre malade soulève, avec une particularité séméiologique, des discussions d'ordre étiologique et médico-légal.

OBSERVATION

C. M..., entre à l'hôpital de Mustapha, salle Pasteur, le 28 juillet 1937, au début de la nuit, pour des crises douloureuses à point de départ épigastrique.

Il s'agit d'un sujet Marocain, se disant âgé de 53 ans environ, extrêmement vigoureux, employé de ferme dans le Sahel, aux environs d'Alger. Cet indigène raconte qu'il a été pris d'une violente douleur au moment où il soulevait une grosse pierre au cours de son travail. Son patron fait une déclaration d'accident du travail et cet homme est examiné le surlendemain lundi 26 par un confrère. Il se plaint toujours de douleurs abdominales mais son abdomen est souple ; il ne présente aucune ecchymose mais, étant donné les circonstances de l'accident, son médecin traitant pense à une déchirure musculaire d'un grand droit de l'abdomen.

Le surlendemain, mercredi 28, l'état général est alarmant ; la température est à 38°5 ; les douleurs abdominales sont toujours très vives ; le malade est constipé et malgré l'absence de vomissements le confrère se demande s'il ne se trouve pas en présence d'une occlusion intestinale et il prescrit alors la mise en observation à l'hôpital.

C'est dans ces conditions que nous sommes appelés à l'examiner au cours de la visite du 29 au matin.

Couché sur le dos dans la salle commune, cet homme de la campagne, sur le front duquel la sueur perle continuellement, est pris à intervalles très réguliers de crises de contracture douloureuses, dont le point de départ est nettement épigastrique ; il nous dit qu'il ressent en arrière de la base du sternum une constriction ; celle-ci s'accompagne d'ailleurs de dysphagie très marquée au moment des crises, dysphagie qui cesse complètement dans l'intervalle des crises.

L'examen de l'abdomen reste négatif ; le ventre est souple à tous les étages ; seule pourrait être retenue une sonorité de la région hépatique qui a pu égarer le diagnostic, mais qui, isolée, doit être considérée comme sans valeur.

Par contre il est un fait qui doit retenir l'attention, c'est l'augmentation du nombre des crises de contracture au cours de notre examen et en particulier de l'exploration de la région abdominale dont la pression ou l'effleurement provoque le retour des crises.

A l'occasion des crises de contracture abdominale il y a par moments des contractures spasmodiques des muscles du cou qui mettent la tête en hyperextension mis qui ne réalisent pas un opisthotonos bien net.

Enfin il n'existe pas de trismus et ce fait mérite d'être souligné.

Depuis la veille la température s'est élevée régulièrement et progressivement. Elle est à 39°2 au moment de notre examen.

L'exploration des différents appareils montre l'absence de tout autre symptôme. L'intelligence de ce malade est en particulier bien conservée et il répond de manière très pertinente à toutes nos questions.

Le diagnostic de tétanos à forme splanchnique nous paraît évident et nous instituons immédiatement le traitement qu'il comporte, selon la méthode de Dufour. Il est fait une sérothérapie intensive par voe intra-musculaire, intra-veineuse et rachidienne, cette dernière au cours de deux chloroformisations qui sont pratiquées le 29 dans l'après-midi et le 30 dans la matinée. L'anesthésie est complète et prolongée pendant une heure environ chaque fois ; après chacune d'elles le malade à son réveil est nettement soulagé, la température baisse d'un degré pendant la première et de 0°4 pendant la seconde ; les crises paroxystiques s'atténuent considérablement ; le malade enfin boit abondamment.

Cependant l'état général s'amoindrit régulièrement, la température s'élève de nouveau quelque temps après l'anesthésie et la mort survient, en hyperthermie (près de 42° quelques instants avant le décès), de collapsus cardiaque malgré une médication tonicardiaque instituée dès le début. L'évolution au total a duré 48 heures depuis les premiers symptômes d'aggravation et 30 heures après le début du traitement.

Pendant ces 30 heures le malade a reçu 100 c. c. de sérum ordinaire dans le canal rachidien en deux fois, 100 c. c. dans les veines et 300 c. c. dans les muscles, soit 500 c. c. au total.

Voici les examens de laboratoire pratiqués à l'occasion de cette observation :

Sang :	Réaction de Wassermann	négative
	Urée	0 gr. 43 pour 1.000
Urines :	Glycose	absence
	Albumine	0 gr. 80 p. 1.000
	Sels biliaires	absence
	Pigments biliaires	absence
	Urobiline	présence normale
Liquide céphalo-rachidien :		
	Cytologie	1,5 élément par mm.c.
	Albumine	0,25 pour 1.000
	Réaction de Wassermann	négative
	Courbe de benjoin colloïdal ...	normale

Trois diagnostics doivent être discutés chez ce malade. Tout d'abord celui de tétanie ; il est très important de l'éliminer car comme l'a montré R. Hoffmann (1), de Marburg, une maladie du sérum peut être le point de départ de modifications de l'équilibre acido-basique qui serait lui-même à l'origine de la tétanie et de syndromes spasmophiliques (Bigwood, Zunz, etc.). D'autre part Lombard (2), d'Alger, a rapporté deux observations de tétanie et a insisté sur la nécessité d'un diagnostic précis, la tétanie pouvant être aggravée et peut être rendue rapidement mortelle par l'injection de sérum antitétanique. Nous devions donc ici penser à la tétanie pour ne pas faire une injection de sérum inopportune. Mais on pouvait la rejeter facilement puisqu'il s'agissait d'un adulte et non d'un enfant et que ce sujet n'avait pas subi d'intervention sur le corps thyroïde.

En l'absence d'un trismus évident et devant la dysphagie qui faisait repousser par cet homme le verre qu'on lui tendait au moment des crises ou même dont le geste de porter le verre à la bouche, véritable hydrophobie, semblait parfois déclencher une crise, il fallait éliminer une rage possible. Or, notre malade n'avait été ni mordu ni même léché par un chien et cette pseudo-hydrophobie cessait complètement en dehors des crises ; d'ailleurs il a pu boire abondamment jusqu'à ses derniers moments.

Par contre le tétanos paraissait beaucoup plus évident. On pouvait affirmer ce diagnostic sur les symptômes suivants : hyperthermie progressive, transpirations abondantes, raideur de la nuque et crises de contractures. Seul manquait le trismus signe important et quasi-constant, fait digne d'être relevé puisque la localisation des symptômes permettait de

(1) R. HOFFMANN (Marburg). — Maladie du sérum et tétanie. *Klinische Wochenschrift*, t. IV, n° 38, 17 septembre 1925.

(2) P. LOMBARD (Alger). — Tétanie et tétanos. *Société nationale de chirurgie*, 6 avril 1932

dire qu'il s'agissait d'un tétanos à forme splanchnique. L'examen du liquide céphalo-rachidien qui fut pratiqué après la ponction lombaire et qui se montra négatif, a confirmé le diagnostic, comme l'évolution rapidement fatale en 48 heures, classique dans cette forme viscérale de la maladie.

***

Quelle était la porte d'entrée de l'affection chez ce Marocain qui jusque-là avait joui d'une parfaite santé ? Aucune lésion cutanée en évolution ou cicatrisée ne permettait de l'expliquer. Il n'y avait non plus aucune lésion de la muqueuse buccale qui, si elle avait été en cause aurait dû normalement provoquer, comme premier signe, un trismus important, ici inexistant. Par contre l'examen de la région pré-anale nous a apporté la solution du problème étiologique. L'anus se présentait nettement en entonnoir, bien que les plis radiés soient encore bien visibles ; sur le versant muqueux nous découvrîmes une petite ulcération assez régulièrement arrondie de 2 mm. environ de diamètre, en voie d'ailleurs de cicatrisation comme en témoignait le petit liséré blanchâtre qui l'entourait. Notre tétanos, dit médical, était bien chirurgical comme il arrive presque toujours. Le siège de la lésion en expliquait les symptômes de localisation splanchnique et confirmait encore le diagnostic.

Nous savons depuis les communications de Cadenat et Dufour (1) que les opérations qui portent sur la région anorectale sont très tétanigènes, puisqu'on a parlé de modifier l'intervention des hémorroïdes. Il est bien permis de penser qu'il en est de même des plaies qui siègent dans cette même région.

Insistons simplement au point de vue symptomatique sur l'absence de trismus, fait assez rare pour une localisation viscérale dans laquelle celui-ci est habituellement le premier symptôme, comme nous l'avons retrouvé dans la plupart des observations de tétanos splanchnique, notamment celle de Vergoz (2).

Quant à cette ulcération anale, la première pensée qui vienne à l'esprit est qu'il s'agit des suites d'actes de sodomie ; nous savons que les indigènes s'y livrent souvent, surtout lorsqu'ils sont éloignés de leur pays d'origine (notre malade est un Marocain). La plaie aurait alors été souillée par les matières fécales au cours de la défécation. Gratia rappelle à ce sujet à propos d'une communication de Renoidre et Lefèvre de Arric (3) que les recherches faites à Pékin ont montré la présence très fréquente de bacilles de Nicolaier dans le contenu intestinal et dans la bile de chinois opérés.

Mais pour qui connaît les pratiques indigènes on peut également admettre que cet homme de la campagne, allant à la selle dans les champs en s'essuyant l'anus, comme il avait l'habitude depuis toujours avec une touffe d'herbes ou un simple caillou, ait réalisé à la fois la porte d'entrée et l'infection par une pierre souillée de spores tétaniques.

On pourrait encore évidemment multiplier les hypothèses mais nous n'avons voulu ici ne signaler que simplement celles qui nous ont paru le plus vraisemblables.

***

On peut également soulever une discussion d'ordre médico-légal à propos de ce malade, puisqu'il s'agit d'un soi-disant accidenté du travail ; les sollicitations que nous avons déjà reçues tant de la part de la famille du blessé que de la part de la Compagnie d'assurances nous en ont montré toute l'importance.

Tout d'abord y a-t-il eu traumatisme ? Non, dans l'acception étymologique du mot, puisque c'est en soulevant une pierre qu'il dit avoir ressenti une vive douleur. Il n'y a pas eu en tout cas de plaie cutanée. On peut encore affirmer qu'il n'y a pas eu rupture d'un viscère creux abdominal, les premiers accidents n'étant apparu que quatre jours après l'accident ; une telle rupture aurait d'ailleurs entraîné une symptomatologie beaucoup plus bruyante et beaucoup plus précoce.

Il semble donc naturel qu'*a priori* la Compagnie d'assurances soit fondée à rejeter l'accident ; elle pourra établir ses arguments sur un terrain solide : absence de traumatisme, nature de la porte d'entrée de l'infection, etc... Cependant la famille, prétextant que l'accident même banal (rupture musculaire) a été admis par le médecin traitant qui a fait la première constatation, peut soulever l'hypothèse d'un amoindrissement de l'état général lequel provoqué par l'accident aurait servi de cause favorisante ; le tétanos aurait pu à cette occasion se développer.

C'est là un argument bien spécieux, ne devant en tout cas n'entraîner qu'une responsabilité bien limitée du patron.

Rappelons enfin le travail de Balthazard et Caffort (1). Ces auteurs apportent comme conclusion à leur étude médico-légale la phrase suivante : « En matière d'accident du travail, on doit accepter le tétanos s'il est apparu dans les délais normaux d'incubation, sauf au cas où une autre origine pourra être établie de façon précise ».

Notre Marocain ne doit donc pas bénéficier de la loi sur les accidents du travail si nous nous en tenons à la conclusion de ces auteurs qui font autorité en la matière.

(1) CADENAT et DUFOUR. — Tétanos post-opératoire. *Journal de chirurgie*, février 1932 et *Société nationale de chirurgie*, 1932.

(2) VERGOZ. — Occlusion intestinale post-appendiculaire ; tétanos. Société nationale de chirurgie, séance du 7 décembre 1927.

(3) RENOIDRE et LEFÈVRE DE ARRIC. — Société clinique des hôpitaux de Bruxelles, séance du 9 mai 1925 ; discussion de Gratia.

(1) BALTHAZARD et CAFFORT. — Etude médico-légale du tétanos. Société de médecine légale, séance du 5 juillet 1926.

Indications de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires

Par B.-Y. YOVANOVITCH

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Le traitement des occlusions intestinales post-opératoires est toujours d'actualité. Si de nombreuses publications ont paru sur ce sujet, si de multiples discussions ont eu lieu, dans les Sociétés de chirurgie, et principalement à l'Académie de chirurgie, l'accord ne semble pas être fait sur la meilleure méthode à opposer à cette complication des laparotomies. Et, périodiquement, le débat renaît. Le traitement palliatif et le traitement curatif sont encore trop souvent opposés l'un à l'autre comme deux méthodes rivales. L'iléostomie et la laparotomie avec levée de l'obstacle ont, de fait, leurs indications respectives bien tranchées dans les cas extrêmes, mais aussi combien floues dans la grande majorité des cas limites. Ce problème, dans lequel la résistance du malade, l'habileté du chirurgien, la précision du diagnostic préopératoire, le degré de la distension des anses et d'inflammation de la séreuse, le degré de la paralysie intestinale, le siège et la nature de l'obstacle sont les principaux éléments, est un des plus difficiles et des plus angoissants pour le chirurgien.

Le moyen thérapeutique que nous nous proposons d'étudier est connu depuis longtemps déjà. Le seul fait qu'il n'ait pas encore conquis la faveur générale témoigne de la relativité de sa valeur. Nous ne le présenterons donc pas comme un procédé toujours nécessaire et toujours efficace. Encore moins laisserons-nous supposer qu'il puisse se comparer ou se substituer à la laparotomie avec levée de l'obstacle. Mais il nous a





paru qu'on ne l'utilisait pas aussi souvent qu'on le pouvait. Ce travail n'a pas d'autre objet que de rappeler que, parmi es interventions pratiquées dans les occlusions intestinales post-opératoires, l'iléostomie mérite une place. Faite opportunément, elle peut rendre au malade et au chirurgien les plus grands services.

***

En 1772, Renault, dans de bonnes conditions, pratiqua le premier, l'iléostomie dans un cas d'occlusion intestinale secondaire à une cure radicale de hernie étranglée. Trousseau dans ses cliniques, en rapporte l'observation. En 1818, Maunoury, de Chartres, la préconise dans sa thèse. Bien que plusieurs chirurgiens français l'aient pratiquée depuis, Laugier eut le grand mérite de la recommander après toute cure de hernie étranglée non suivie d'amélioration.

En 1844, Maisonneuve l'utilise également pour des motifs analogues. « La guérison, conclut-il, fut rapide et parfaite ». Mais c'est Nélaton, qui, en 1858, lui donne le droit de cité, en réglant sa technique, qui porte aujourd'hui son nom.

En Amérique, l'opération fut recommandée, en 1886, par Fuhr et Wesener « comme moyen thérapeutique utile dans les occlusions post-opératoires. »

En octobre 1897, la discussion sur l'occlusion intestinale amène la Société nationale de chirurgie à parler longuement des indications et des résultats de l'entérostomie. A ce moment, on est déjà nettement orienté sur son utilité dans les occlusions post-opératoires. Quénu, Kirmisson, Reclus, Berger, Nélaton, Chaput citent des cas de guérison d'iléus paralytique post-opératoire par l'entérostomie. Segond affirme que c'est l'intervention qui offre le maximum de chances de guérison dans les occlusions post-opératoires précoces. Enfin, Lejars distingue nettement les trois moments d'application de l'entérostomie : avant, pendant et après l'intervention sur la lésion première. Il propose, en particulier dans les iléus post-opératoires, une boutonnière pratiquée sur l'anse la plus dilatée.

La même année, Porter, en Amérique, publie plusieurs guérisons d'occlusions après appendicectomie, traitées par la simple iléostomie. Tinker, Bulitt, Dunsmore recommandent l'iléostomie surtout dans les cas avancés et insistent sur sa valeur. Thomas et Nikolas Senn la déconseillent formellement. En 1899, Witzel la préconise et décrit son procédé, aujourd'hui classique. En 1901, Broca rapporte plusieurs observations d'occlusions post-appendiculaires guéries par iléostomie. En 1904, une discussion très importante est engagée à la Société nationale de chirurgie et Carayon, dans sa thèse, tente un essai de mise au point. La même année, la Société de chirurgie de Lyon discute tour à tour les indications de l'iléostomie dans les occlusions et particulièrement dans les occlusions post-opératoires. Gangolphe cite trois cas de guérison après iléostomie. Vallas insiste sur l'efficacité de l'iléostomie dans l'iléus péritonitique post-appendiculaire et rappelle que l'anus iléal créé guérit presque toujours spontanément.

Mais, c'est surtout en Allemagne que Heidenhain (1902) mène une vive campagne et insiste sur l'utilité et l'efficacité de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires. A la suite de travaux de ce dernier auteur, l'opération fut très vite répandue en Allemagne. Lund (1903), Gerhardt (1904), rapportent un grand nombre de guérisons. En 1909, l'opération fut chaudement recommandée par Barth, Alapy et Hoffmeister. Krogius, en 1911, rapporte 70 cas d'iléostomie avec 23 guérisons. Puis, ce sont les articles de Brunner, de Wortmann, de Dubs. Malgré la publication de statistiques très démonstratives, l'iléostomie a des adversaires en Allemagne : Sprengel, Braun, Kümmel, Noetzel, Sick. Récemment, Melchior, Lemperg, Hübner insistent de nouveau sur son utilité dans l'occlusion post-opératoire.

Immédiatement après la guerre, la Société nationale de chirurgie, dans la discussion sur le traitement post-opératoire des péritonites, parle incidemment de l'iléostomie. Quénu, Tuffier, Savariaud l'utilisent avec avantage dans l'iléus post-opératoire. En 1920, apparaît la thèse de Conrozier sur l'iléostomie dans l'iléus des péritonites aiguës. En 1924, à la Société nationale de chirurgie, à la suite d'une communication de P. Mathieu, Dujarier, Lardennois, Alglave, Roux-Berger, Sauvé, Auvray, Savariaud, Oudard prennent la parole.

Un an plus tard, Delore publie son procédé et parle longuement de l'utilité de l'iléostomie complémentaire dans les occlusions mécaniques.

A la Société nationale de chirurgie, en 1927, un travail présenté par Voncken ranime la discussion, à laquelle prennent part : Dujarier, Mathieu, Sorrel, Cunéo, Basset, Schwartz, Arrou, Okinczyc et Fredet. En 1928, toujours à la même Société, une communication de Maisonnet entraîne les interventions de Lardennois, Alglave, Sauvé, de Martel. En 1933, à la suite d'une communication de Duchet-Suchaux, M. le Professeur Gosset reconnaît à l'iléostomie une valeur souveraine dans les occlusions après appendicectomie d'urgence. En 1934, Renon et Laffite, Férey, Alglave, Soupault, Picot, Basset, Lardennois et Rouhier parlent de l'iléostomie.

Signalons encore les travaux de Guibal (1931), de R. Bernard (1932), de Mocquot et Padovani (1934), de Sabadini (1932), la thèse de Gaillarde (1931), la thèse de Joubert (1930), la thèse de Saint-Cyr (1935), enfin les deux revues générales, celles de Vialle (1934) et de Hamant (1935).

Cette énumération, longue encore qu'incomplète, ne témoigne pas de la parfaite unité de vue des chirurgiens, tant sur le moment d'application de l'iléostomie, que sur son siège et ses résultats. Il semble même que la question n'ait pas fait de sensibles progrès depuis trente ans et que la pratique de cette intervention est encore personnelle à tel ou tel chirurgien. En un mot, l'accord n'est pas fait, ni sur les indications, ni sur la technique, ni sur les résultats de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires.

***

Pour poser les indications de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires, pour apprécier ses résultats et ses avantages sur les autres méthodes thérapeutiques, il nous a paru indispensable de décrire d'abord les différents *aspects anatomo-cliniques des occlusions post-opératoires.*

La classification des occlusions intestinales post-opératoires a été faite par un grand nombre d'auteurs. Bérard et Vignard, Rayner, Fougerat distinguent les occlusions post-opératoires précoces et les occlusions post-opératoires tardives ; les premières apparaissent avant la fin du premier mois, les secondes après. Cette classification nous paraît insuffisante, puisqu'elle englobe dans une même catégorie deux variétés bien différentes d'occlusions post-opératoires : occlusions immédiates et occlusions précoces.

L'analyse attentive de nos 56 observations nous a nettement montré que les accidents occlusifs apparaissent à trois périodes nettement tranchées : soit immédiatement après l'opération, soit précocement dans les premières semaines, soit enfin plus tardivement, et alors quelques mois à plusieurs années après. Cette classification en occlusions immédiates, précoces et tardives nous paraît justifiée non seulement du point de vue clinique, mais encore et surtout du point de vue étiologique, anatomique et thérapeutique. Nous estimons que la chronologie des accidents occlusifs donne la clé du diagnostic et du traitement.

Sur 56 cas d'occlusions post-opératoires, nous avons trouvé 6 cas d'occlusions immédiates, 27 cas d'occlusions précoces et 23 cas d'occlusions tardives.

1° *Les occlusions post-opératoires immédiates* sont les plus rares. Elles représentent 10,62 % de la totalité des occlusions post-opératoires de notre statistique. Elles sont un peu moins rares dans la statistique de Renon et Laffite (neuf cas d'occlusions immédiates pour dix-sept cas d'occlusions précoces).

Ces occlusions immédiates sont pratiquement toujours les iléus paralytiques purs. En effet, sur six occlusions immédiates nous avons trouvé cinq iléus paralytiques purs ; sur neuf occlusions immédiates, Renon et Laffite ont trouvé neuf iléus paralytiques purs. Le dynamisme intestinal est le facteur initial et dominant. Les lésions sont inflammatoires et diffuses ;

on ne trouve pas de foyer initial avec obstacle bien précis ; les anses sont atones et dilatées ; de plus, à l'étroit dans la cavité péritonéale, elles se tassent, se coudent surtout ; il y a formation d'un grand nombre d'éperons qui jouent le rôle d'obstacles mécaniques et qui complètent l'occlusion.

Au point de vue clinique, il faut souligner l'insidiosité du début, la difficulté du diagnostic et la rapidité de l'évolution. « Elle s'installe sournoisement, dit Legueu, ses premières manifestations sont masquées sous des apparences d'autant plus trompeuses que l'opération ne remonte qu'à quelques heures ; on hésite, on n'y veut pas croire ; et la marche des accidents est quelquefois si rapide que c'est tout au plus si on a le temps d'en arrêter l'évolution par une intervention souvent insuffisante et trop tardive. »

Les accidents du type de parésie post-opératoire se continuent, *sans rémission, sans bruit, sans douleur, sans intervalle libre*, avec les accidents occlusifs vrais, ce qui explique la difficulté d'appréciation de la limite qui sépare les phénomènes inhibitoires immédiats après l'opération des troubles occlusifs vrais, ce qui explique surtout la lenteur de la décision chirurgicale.

2° *Les occlusions post-opératoires précoces* sont les plus fréquentes. Elles représentent 47,79 % de la totalité des occlusions post-opératoires de notre statistique. Elles sont un peu moins fréquentes que les occlusions tardives dans la statistique de Fougerat (25 précoces pour 27 tardives) et dans celle de Mc Iver (37 précoces pour 15 tardives). Si nous prenons nos 27 observations et si nous notons le temps qui s'écoule entre l'opération et le moment où apparaît l'occlusion nécessitant la réintervention, on constate que l'occlusion précoce apparaît rarement dans la première semaine (11 %), qu'elle apparaît avec le maximum de fréquence dans la deuxième semaine (62 %), et qu'elle n'est pas rare dans la troisième et la quatrième semaine (27 %).

Les occlusions précoces sont pratiquement toujours les occlusions mixtes, par agglutination. Sur 27 cas d'occlusions précoces nous avons constaté 23 agglutinations ; sur 10 cas, Renon et Laffite trouvent 8 agglutinations ; sur 37 cas, opérés par Mc Iver, on trouve 32 agglutinations. Les lésions sont assez diffuses : plusieurs anses sont agglutinées dans un foyer de péritonite plastique, qui peut occuper n'importe quelle place dans la cavité abdominale, mais qui siège le plus souvent dans le pelvis ou dans la fosse iliaque droite ; souvent des abcès, de la sérosité septique sont emprisonnés entre les anses qui constitue le gâteau péritonéal. L'obstacle est mixte : à la fois dynamique (paralysie des anses agglutinées), et mécanique (adhérences avec coudures, compression, torsions incomplètes).

Au point de vue clinique, il faut insister sur l'évolution chronique, incomplète, trompeuse des accidents occlusifs, *évolution faite de périodes d'alarme, suivies de phases de rémission*. Les symptômes sont plus nets, plus bruyants, plus frappants que ceux des occlusions immédiates ;

3° *Les occlusions post-opératoires tardives* sont presqu'aussi fréquentes que les occlusions précoces. Elles apparaissent avec maximum de fréquence dans les trois premières années (70 % des cas de notre statistique), mais elles peuvent se voir très tardivement, vingt ans après (un cas), et même trente ans (un cas). Elles sont toujours mécaniques. Les lésions sont circonscrites, souvent très circonscrites ; elles consistent en brides, adhérences, parfois volvulus.

Le tableau clinique chez nos malades s'est présenté sous deux aspects principaux. Dans un tiers des cas, l'occlusion a eu un début brutal, surprenant le malade en pleine santé, complètement guéri de l'affection primitive. Beaucoup plus souvent, l'occlusion tardive a eu une évolution progressive. Dans le premier cas, on a toujours trouvé une bride, parfois un volvulus. Dans le deuxième cas, on a presque toujours constaté un magma d'adhérences très serrées.

***

Les indications de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires varient avec la forme de l'occlusion. Nous les décrirons séparément dans les occlusions immédiates, paralytiques, dans les occlusions précoces, mixtes, et dans les occlusions tardives, mécaniques.

1° Iléostomie dans l'occlusion post-opératoire parolytique

Jusqu'ici l'iléostomie a été très peu recommandée en France dans le traitement des occlusions paralytiques pures, et, les rares fois lorsqu'elle avait été employée, elle a donné des mauvais résultats. En Allemagne, en Angleterre et en Amérique, par contre, l'opération a été recommandée et employée depuis longtemps et a donné un nombre non négligeable de guérisons aussi bien dans l'iléus des péritonites diffuses, que dans l'iléus paralytique pur.

a) *Iléostomie dans l'iléus des péritonites diffuses.* — Beaucoup de chirurgiens ont cherché à remédier à la rétention stercorale qui est un des éléments de gravité des péritonites diffuses, afin que l'organisme n'ait à se défendre que contre l'infection péritonéale. Au XXXI[e] Congrès allemand de chirurgie, Heidenhain a soutenu que la mort dans les péritonites diffuses n'est pas toujours due à la suppuration de la séreuse, mais souvent à l'occlusion si fréquente au cours des péritonites diffuses. Cette occlusion péritonitique est toujours paralytique pure. Fait important, la paralysie intestinale, comme l'infection de la séreuse, n'est jamais d'emblée généralisée à tout l'intestin, mais reste, au moins au début, localisée à une ou deux anses. L'anse paralysée n'arrive pas à faire passer le contenu intestinal et joue, pour ainsi dire, le rôle de l'obstacle mécanique. Il en résulte une stase de la circulation intestinale. Pour empêcher la généralisation de l'infection de la séreuse, il faut largement drainer la cavité péritonéale. Pour empêcher la généralisation de la paralysie intestinale, il faut faire une fistule au-dessus de l'anse paralysée ; l'intestin se videra, l'anse paralysée reprendra sa tonicité normale et l'iléus disparaîtra. A une phase avancée de la péritonite, avec une infection totale de la séreuse et une paralysie généralisée de l'intestin, le drainage et l'iléostomie ne feront évidemment rien.

L'action favorable de l'iléostomie dans les occlusions des péritonites diffuses repose donc essentiellement sur ce fait, qu'elle lutte contre la paralysie partielle, véritable obstacle mécanique. Accessoirement, l'iléostomie a une action symptomatique : les altérations plus ou moins profondes de la paroi intestinale entraînent des modifications plus ou moins importantes de l'absorption et favorisent l'infection de la séreuse par voie directe ; l'immobilisation de l'intestin et la rétention de son contenu ont pour résultat la production incessante des gaz de fermentation amenant la dilatation progressive des anses ; ainsi se constitue un véritable cercle vicieux : la paralysie intestinale créant la rétention, la rétention provoquant la fermentation gazeuse, et la dilatation de l'intestin aggravant à son tour l'immobilisation en bloquant les anses à l'étroit dans la cavité abdominale. On conçoit donc que, pour beaucoup de chirurgiens, les dangers venus de l'intestin soient plus menaçants que ceux venus de la séreuse et que, sa cause une fois traitée, la péritonite puisse justifier surtout d'un traitement intestinal et en tirer de larges bénéfices.

L'iléostomie dans les occlusions des péritonites diffuses a été surtout employée en Allemagne, où elle a donné un assez grand pourcentage de guérisons (Hübner, Brunner, Krogius, Melchior, Steiger, Burgkharte). En Angleterre et en Amérique, l'intervention est recommandée par V. Bonnay, Mc Kinnon, Clute, Whipple. En France, elle a eu jusqu'ici peu de faveur. Delore en est un des rares partisans. Son élève Conrozier rapporte, dans sa thèse, dix cas d'iléus de péritonites diffuses, dont six opérés tardivement avec six morts et quatre opérés précocement avec quatre guérisons. R. Bernard intervient tardivement dans deux cas et obtient deux morts : « une fois dans une péritonite appendiculaire qui continuait d'évoluer après l'opération, le résultat fut nul ; la deuxième fois dans une péritonite *post abortum* avec une amélioration nette ». Dans notre statistique, nous rapportons quatre cas avec une guérison ; dans trois cas terminés par la mort, l'intervention avait été trop tardive : on a trouvé des anses inertes, engluées

de fausses membranes, coudées en segments qui ne communiquaient plus entre eux, étant fixés dans leur forme et dans leurs rapports.

Telles sont les indications de l'iléostomie dans l'iléus des péritonites diffuses. S'il est certain que dans les péritonites suraiguës, l'iléus n'est rien, il est d'autres cas où son rôle est important. C'est dans ces cas — caractérisés essentiellement par un ballonnement considérable et des vomissements répétés et abondants contrastant avec un état général pas trop touché — qu'on peut et qu'on doit tenter la chance. Il faut la tenter précocement, avant la phase de l'infection généralisée de la séreuse et de la paralysie totale de l'intestin. Ainsi conçue l'iléostomie ne pourra être qu'utile.

b) *Iléostomie dans l'iléus paralytique pur.* — Les iléus paralytiques purs sont parmi les états occlusifs post-opératoires ceux qui tirent le bénéfice le plus saisissant de la médication hypertonique salée (Gosset). Sous l'influence de cette thérapeutique salée hypertonique neuf iléus paralytiques purs sur dix seront guéris miraculeusement, avec la rapidité surprenante qu'on sait. Cependant, un cas sur dix résistera aux injections répétées du sérum hypertonique. Dans ce cas, il faut intervenir sous peine de laisser mourir le malade. En effet, le problème qui était de réveiller le péristaltisme devient à la phase de distension celui de l'évacuation du grêle. Mais cette évacuation du grêle par la fistule iléale ne pourra se faire que grâce au péristaltisme encore, au moins partiellement, conservé. Il faut donc opérer tôt, à la phase de paralysie segmentaire. Cette phase de paralysie segmentaire a une durée souvent très longue, car les premières anses jéjunales conservent très longtemps leur péristaltisme (S. Handley). Il ne faut pas trop s'attarder au traitement médical et biologique. Trop souvent d'ailleurs, la rechloruration est administrée en quantités insuffisantes, une ou deux ampoules de sérum salé ne peuvent suffire dans les cas sévères. La dose de 40 à 50 grammes de sel n'a rien d'excessif. Aucune quantité d'ailleurs n'est excessive tant que les divers taux du chlore dans le sang restent au-dessous de la normale. Mais, dès que ces injections hypertoniques restent *visiblement* sans effet, il faut intervenir et ne pas attendre que l'état général faiblisse. Il faut recourir à l'intervention sans crainte dès que l'utilité s'en fait sentir : faite à temps l'iléostomie est bénigne et efficace (R. Bernard).

On se gardera donc des hésitations funestes en se rappelant que les occlusions paralytiques sont par excellence des affections où on ne doit pas se laisser aller à l'espoir de voir « les choses s'arranger demain ». On sait que l'iléus appelle l'iléus et qu'il n'est aucune raison de le voir cesser spontanément. Les gaz seront de plus en plus rares, la sécrétion intestinale toujours plus intense, ainsi que le ballonnement, et parallèlement la résistance de l'organisme diminuera. Au contraire ayant usé de ces opérations salvatrices, on en tirera une telle aisance et une telle confiance que les indications s'en multiplieront tout naturellement. Disons en passant, que faite ainsi très vite, avant que les malades et leur entourage se soient inquiétés, une iléostomie à la locale passera à peine pour une réintervention.

L'expérience montre cependant que les opérés atteints d'iléus paralytique pur peuvent, même à une phase avancée, guérir par un traitement médical et biologique énergiques. C'est en se basant sur ces faits, que certains auteurs ont soulevé la question de la valeur de l'iléostomie dans l'iléus paralytique pur. Nous avons montré plus haut, qu'il ne fallait évidemment pas faire l'iléostomie chez tout opéré qui n'a pas de gaz depuis vingt-quatre heures. Nous avons également insisté sur ce fait, qu'il fallait appliquer un traitement énergique et qu'il fallait attendre l'effet de ce traitement ; mais dès que ce traitement biologique reste *visiblement* sans effet, il faut intervenir.

D'ailleurs actuellement, l'iléostomie commence à être considérée aussi bien en Allemagne qu'en Angleterre, Amérique et France, comme méthode de choix dans les iléus paralytiques sévères. S. Handely, depuis qu'il pratique l'iléostomie, dit n'avoir perdu pas un malade de l'iléus paralytique post-opératoire. Melchior insiste sur l'efficacité de l'iléostomie dans les formes rebelles de l'iléus paralytique pur. Morton la recommande vivement. R. Bernard en est un des plus chauds partisans en France. Dans notre statistique, l'iléostomie a été faite une fois dans cette forme d'iléus ; elle a donné une guérison simple et rapide.

2° Iléostomie dans l'occlusion post-opératoire mixte

Le traitement chirurgical des occlusions post-opératoires mixtes a donné lieu à de nombreuses discussions à l'Académie de chirurgie.

L'*iléostomie minime* a été conseillé par le plus grand nombres de chirurgiens. « La fistulisation du grêle pour occlusion après appendicectomie d'urgence, a une valeur souveraine. C'est la chose la plus facile à réaliser ; et c'est un point important, car on se trouve généralement en présence de malades fatigués, très fatigués même, et il ne faut pas tenter une intervention plus importante. Or, chose intéressante, après fistulisation du grêle, tout s'arrange généralement très vite, le cours normal des matières se rétablit, de telle sorte que l'on obtient, à très bon compte, sans fatigue pour le malade, sans risque, sous anesthésie locale, la disparition des phénomènes occlusifs. Je crois qu'il faut bien fixer ce point, c'est toujours la fistulisation du grêle qui m'a donné le plus de succès. C'est là, pour moi, un point d'importance capitale » (Gosset). « Les occlusions post-opératoires précoces se présentent dans des conditions particulières. Il s'agit d'un opéré chez lequel, en raison même des circonstances, on est conduit à temporiser. Ce n'est qu'après l'échec des lavements et de la purgation qu'on intervient. On a perdu temps. Le ventre est déjà ballonné. Dans ces conditions, en ouvrant largement le ventre pour trouver l'obstacle qui souvent n'existe pas, on est amené à lutter avec les anses distendues dont la réduction est difficile, et à faire une intervention d'une réelle gravité. Par contre, la simple fistulisation du grêle exécutée à l'anesthésie locale, donne, sans faire courir de risque à l'opéré, d'excellents résultats. Quant à la fistule, je l'ai vue presque toujours guérir spontanément. J'estime qu'il y a intérêt à insister sur ces bons résultats de l'iléostomie dans l'occlusion précoce post-opératoire » (Cunéo). « Quand il s'agit d'une occlusion précoce, une laparotomie exploratrice est, d'après mon expérience, très grave. Au contraire, par l'iléostomie faite sans exploration, j'ai eu de si bons résultats que je reste partisan de cette petite opération » (Moulonguet). « Dans l'occlusion précoce, l'entérostomie sur l'iléon est une intervention bénigne, non choquante, aisément supportée ; elle répond à l'indication essentielle qui est d'écarter l'apparition des accidents toxiques graves avant le retour du péristaltisme intestinal » (Mocquot et Padovani). « La levée de l'obstacle est illogique et dangereuse. Il faut donc tourner l'obstacle soit par entéro-anastomose, soit par entérostomie. L'entéro-anastomose est une manœuvre logique, mais elle doit céder le plus souvent le pas à l'entérostomie, plus rapide, donc plus bénigne sur des malades très fatigués » (Guibal).

La désagglutination a un certain nombre de partisans. « La désagglutination des anses paraît une méthode plus favorable que l'iléostomie. L'adhérence est, en effet, de date récente, la coaptation des anses strictement maintenue par une sérosité gluante et collante, et par des pseudo-membranes molles. Avec patience et sans brusquerie, on ne court pas le risque de léser la séreuse et de favoriser à nouveau des adhérences » (Alglave). « Ces adhérences sont plus ou moins serrées, plus ou moins malaisées à démêler, mais je crois qu'on peut toujours y réussir. En procédant délicatement, on retrouve généralement les plans de clivage sans dépouillement de la séreuse, ni hémorragie appréciables » (Lardennois). « L'attaque directe de la cause de l'occlusion est la méthode la meilleure et je persiste de croire que ce doit être la règle générale, puisque, au moins pour les occlusions précoces qui surviennent à un moment où le malade est encore sous nos yeux, il ne dépend que de nous de ne pas perdre un temps précieux, en nous en tenant aux méthodes inefficaces, couramment désignées sous le nom de petits moyens » (Huet).

La dérivation interne a été défendue par un certain nombre de chirurgiens. « L'entéro-anastomose a l'incontestable avantage d'éviter la création d'une fistule sur le grêle, qui, malgré

**

des modifications de techniques heureuses, pourra toujours exposer aux graves inconvénients qui résultent de l'écoulement au dehors du contenu de l'intestin grêle ; il semble que ce soit le procédé le meilleur » (Lecène). « En écoutant les diverses opinions qui s'expriment dans la discussion sur le traitement des occlusions post-opératoires précoces, je suis frappé de voir que deux craintes se manifestent : la crainte de l'opération trop large destinée à libérer des anses intestinales agglutinées et adhérentes ; la crainte de la fistulisation intestinale, à cause de ses inconvénients. Ces craintes me paraissent justifiées, aussi bien l'une que l'autre... C'est la raison pour laquelle je conseille plutôt que de libérer les anses, est plutôt que de fistuliser les anses distendues, une entéro-anastomose qui réalise une dérivation interne dans les conditions les plus simples et les moins traumatisantes » (Okinczyc).

***

Telles sont les opinions des chirurgiens français sur le traitement des occlusions précoces. Les chirurgiens allemands sont surtout partisans de l'iléostomie. « Je ne connais, en dehors de la trachéotomie, une intervention qui peut donner, quand elle est bien indiquée et bien exécutée, une action aussi rapide et aussi efficace » (Krogius). « Dans l'occlusion post-opératoire précoce, l'iléostomie est souveraine » (Busch). « L'iléostomie est l'opération de choix, la seule indiquée dans l'occlusion post-opératoire précoce » (Melchior). Les chirurgiens anglo-américains, tels que S. Handley, Long, Taylor, Braxland donnent la préférence à la dérivation interne. D'autres, comme Porter, Tinker, Bulitt, Dunsmore, font exclusivement l'iléostomie.

***

Que pouvons-nous conclure de tout cela ?

Disons immédiatement que la libération d'une ou de plusieurs anses intestinales adhérentes doit être proscrite, car elle présente de graves inconvénients : elle est choquante chez ces malades toujours très fatigués (Gosset, Cunéo) ; elle favorise une diffusion de l'infection péritonéale, jusque là circonscrite (Mathieu) ; elle prédispose aux hématomes intra-péritonéaux, hématomes susceptibles de s'infecter ; elle prédispose à la fistulisation secondaire d'une anse grêle dépéritonisée par la libération ; elle a été le point de départ des phlegmons diffus gangréneux de la paroi abdominale (Viannay) ; elle laisse derrière elle une sérosité gluante et collante, de larges surfaces dépéritonisées, toutes causes de nouvelle agglutination dès la paroi abdominale refermée ; enfin et surtout, elle laisse l'intestin distendu, partiellement paralsé et rempli de ce contenu septique et toxique qui ne demande qu'à augmenter la paralysie.

Les entéro-anastomoses sont passibles de trois reproches très sérieux. Le premier, c'est d'être une grosse intervention, longue, difficile, qui demande un abord large, nécessite l'anesthésie générale et reste forcément choquante. Le deuxième est de compter sur le tonus du côlon, puisque si le grêle évacue son contenu, il le déverse en effet dans le côlon ; bien que le côlon ne participe pas à la distension intestinale, il peut ne pas jouer le rôle qu'on attend de lui, et cela est si vrai que S. Handley et à sa suite les autres chirurgiens anglais complètent leur anastomose par un anus cæcal ; fistule pour fistule, est-ce bien la peine de faire une anastomose et ne serait-ce pas plus rapide et plus sûr de se contenter de celle du grêle, puisque, come nous le montrerons plus tard, elle s'avère sans danger ? Le troisième reproche enfin, est que l'anastomose, lorsqu'elle a rempli son rôle, n'en reste pas moins définitive et pas forcément anodine. A ce point de vue, nous pouvons rappeler l'observation de Pauchet d'une anastomose faite « au jugé » et qui se trouvait haute, qui détermina des ulcérations du côlon avec grave atteinte de l'état général, et nécessita une intervention pour la supprimer.

L'iléostomie — nos observations le prouvent — est la méthode de choix. On peut cependant lui reprocher de laisser, au-dessous d'elle, évoluer les lésions sphacéliques dans les cas compliqués de coudure ou de torsion très serrée ; nous avons vu que ces cas étaient vraiment exceptionnels ; il est, d'autre part, possible d'en faire un diagnostic précis (début brutal, coliques très violentes, péristaltisme énergique et bref, météorisme bien circonscrit), diagnostic qui réduira au minimum les échecs de l'iléostomie. Lorsque la fistule est pratiquée sur une anse haute, on connaît les graves accidents qu'elle peut entraîner ; mais avec une bonne technique et un peu d'habitude, on peut à coup sûr éviter cette fistulisation haute. Enfin, certains auteurs insistent sur la difficulté de sa fermeture, les accidents occlusifs disparus. Ce dernier reproche nous paraît absolument injustifié, car, comme nous le verrons plus tard, le plus grand nombre de fistules se ferment spontanément et celles qui persistent sont parfaitement curables par un traitement chirurgical correct.

3° Iléostomie dans l'occlusion post-opératoire mécanique

Dans les occlusions post-opératoires tardives, mécaniques, l'iléostomie minime doit être formellement rejetée. C'est l'opinion de tout le monde. La seule conduite logique est la laparotomie exploratrice avec levée de l'obstacle.

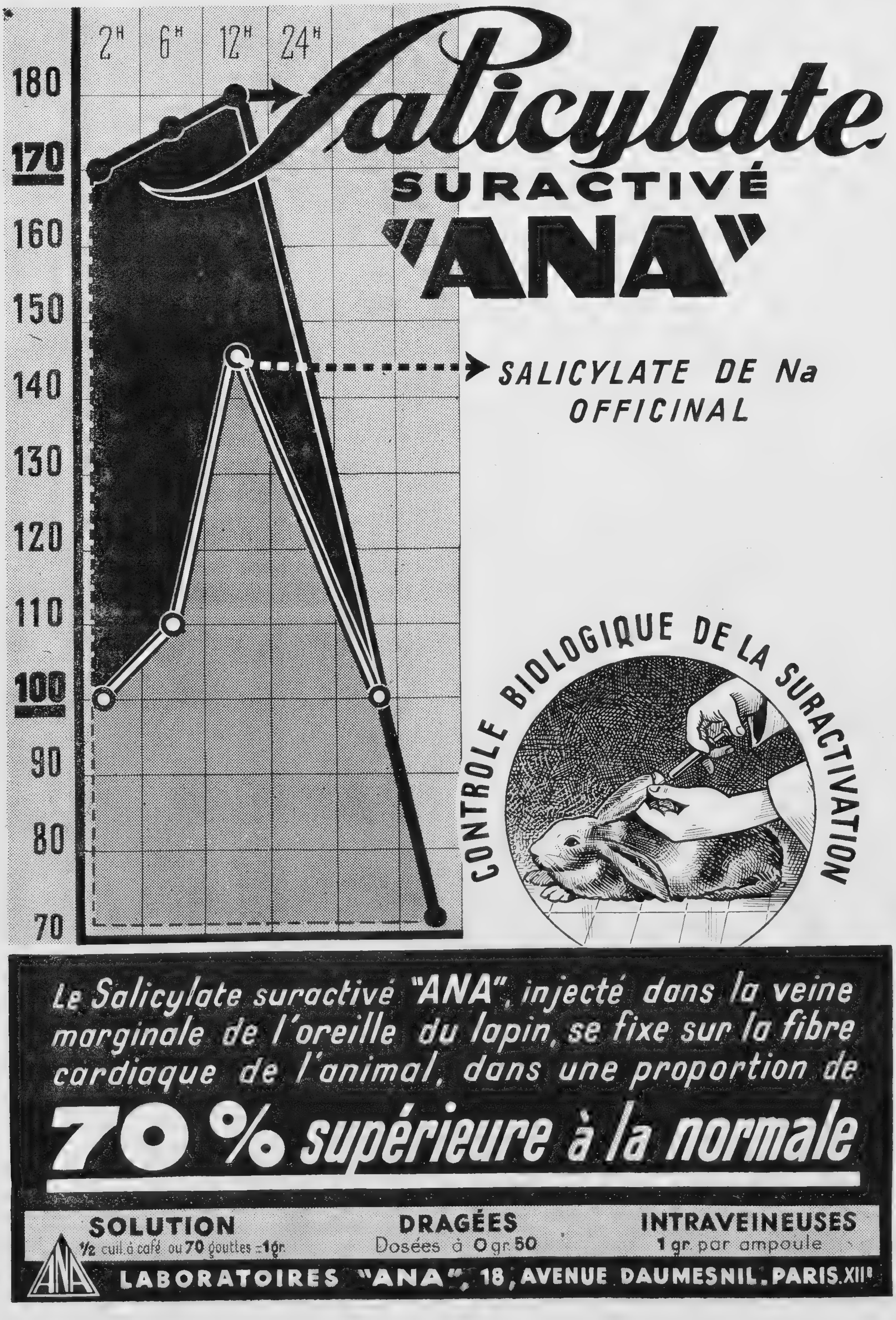
Il arrive cependant, de rencontrer des cas d'occlusion mécanique, où, pour des raisons d'ordre local (adhérences très étendues), ou général (malade vu *in extremis* avec grosses lésions intestinales), on est forcé de faire une *iléostomie de nécessité*, opération palliative, un pis-aller, qui donne presque constamment des mauvais résultats, mais aussi de temps en temps — exceptionnellement, il est vrai — une guérison rapide et inespérée (Mocquot). Cette iléostomie de nécessité a été faite deux fois dans notre statistique ; elle a donné deux insuccès.

Mais nous voulons surtout parler de l'iléostomie associée à la cure radicale, *de l'iléostomie complémentaire* dans le traitement des occlusions mécaniques post-opératoires. Elle a été surtout défendue en France par Delore et son école. A l'étranger, elle est recommandée par un grand nombre d'auteurs : C.-H. Mayo, Wilkie, Taylor, Walker, Summers, Lee, Melchior, Hübner, Nägel, Walzberg, Karewski et d'autres. En effet, nous croyons, que cette méthode permet souvent au malade d'éviter les accidents qui si fréquemment, après une opération pour occlusion mécanique, viennent en compromettre les résultats, en aggraver les suites, parfois même amener la mort rapide de l'opéré.

Cette iléostomie complémentaire peut avoir des indications d'ordre local, et des indications d'ordre général. Les premières consistent, soit dans la distension exagérée du bout intestinal supérieur, soit dans une vitalité douteuse de l'anse obstruée, soit enfin dans la déchirure de l'intestin par des manœuvres de libération. Les indications d'ordre général sont, peut-être, encore plus importantes. Une atteinte un peu marquée de l'état général, se traduisant par un petit pouls, dyspnée, oligurie, constitue une indication importante de l'iléostomie complémentaire. L'existence, d'autre part, des signes de réaction péritonéale un peu marquée, la découverte, à l'intervention, de liquide séro-hématique abondant dans la cavité péritonéale sont également des éléments importants de l'indication de l'iléostomie.

Les suites opératoires, chez les malades ainsi opérés, gagnent considérablement en simplicité et sécurité, ce qui se voit nettement dans notre statistique, où cette méthode appliquée dans quatre cas, a donné quatre guérisons simples et rapides.

Pour justifier l'indication de l'iléostomie complémentaire, il suffit de rappeler que toute occlusion mécanique s'accompagne, à un moment donné, d'un certain degré de parésie intestinale. Cette dernière peut persister ou réapparaître malgré la levée de l'obstacle mécanique. Contre ces accidents paralytiques secondaires l'iléostomie complémentaire a une action incontestable, à condition qu'elle soit pratiquée à la phase de paralysie incomplète. Delore et Mallet-Guy, Mocquot et Padovani en rapportent des exemples indiscutables. Pour justifier encore l'indication de l'iléostomie, il suffit de rappeler l'évolution post-opératoire normale d'un malade opéré pour


2H
6H
12H
24H
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE Na
OFFICINAL
CONTROLE BIOLOGIQUE DE LA SURACTIVATION
Le Salicylate suractivé "ANA", injecté dans la veine marginale de l'oreille du lapin, se fixe sur la fibre cardiaque de l'animal, dans une proportion de
70 % supérieure à la normale
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr.
DRAGÉES
Dosées à 0 gr. 50
INTRAVEINEUSES
1 gr. par ampoule
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS XIIe

LES CONSULTATIONS DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Hydrocèles vaginales infantiles

On entend, par *hydrocèle vaginale*, l'épanchement de sérosité dans la cavité séreuse qui entoure le testicule. Laissant de côté l'hydrocèle des grands enfants qui ne diffère pas de celle des adultes, nous limiterons notre exposé à l'hydrocèle des nouveau-nés et nourrissons, congénitale ou acquise.

Etiologie. — L'hydrocèle vaginale congénitale, simple, idiopathique, est d'une grande fréquence chez les nouveau-nés. Elle dépendrait de la persistance du canal vagino-péritonéal trouvée par Ramonède 32 fois sur 215 enfants. Le froissement des bourses pendant l'accouchement, traumatisme obstétrical, n'a pas d'influence certaine, car aucun indice de réaction inflammatoire, aucune trace de lésion accidentelle, n'apparaissent. Le canal vagino-péritonéal peut être oblitéré en totalité ou en partie, coudé, rétréci, étranglé, anomalies diverses expliquant les variétés des épanchements autour ou au dessus des testicules : hydrocèle vaginale commune, hydrocèle en bissac avec poche scrotale et poche iliaque, hydrocèle enkystée du cordon. De ces anomalies on a voulu voir la cause dans l'hérédo-syphilis. Sans doute la syphilis ne préserve pas les enfants de l'hydrocèle congénitale, mais elle n'en est pas la cause habituelle. Nous avons palpé des centaines d'hydrocèles infantiles, uni ou bilatérales et, dans l'immense majorité des cas, la syphilis était absente. La présence de l'hydrocèle vaginale n'a donc pas de valeur pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

La hernie inguinale qui peut accompagner l'hydrocèle n'en est pas la cause ni l'effet. L'anatomie pathologique est muette; pas d'autopsie, l'affection n'étant jamais mortelle.

Symptômes et évolution. — Gonflement uni ou bilatéral des bourses, de degré variable ; on sent, sous la peau normale, une tumeur arrondie, lisse, molle et fluctuante, indolente, mate à la percussion et transparente quand on l'interpose à l'œil du médecin et à la flamme d'une bougie ou d'un rat de cave. Au début, la tuméfaction peut se réduire sous une douce pression, sans gargouillement ; mais elle se reproduit aussitôt que cesse la compression. Absolument froide, absolument indolore spontanément ou au palper, elle ne cause pas même de la gêne et le médecin ne serait pas consulté si les parents n'étaient pas alarmés par ce gonflement insolite de la région scrotale du nourrisson. Parfois la translucidité n'est pas parfaite, le liquide contenu dans la vaginale étant trouble, floconneux, séro-purulent ou séro-hématique. On peut en conclure alors que l'hydrocèle n'est pas simple, mais symptomatique d'une lésion du testicule (tuberculose ou sarcomatose). Dans quelques cas, il s'agit de sarcocèle hérédo-syphilitique. On peut constater l'hydrocèle vaginale dès la naissance ; cependant Underwood l'a vue débuter à un mois, Bouchut à six mois, Lefèvre à 22 mois. L'évolution est favorable dans tous les cas et la tumeur se réduit spontanément en quelques semaines ou quelques mois.

L'*hydrocèle enkystée du cordon* évolue aussi favorablement que l'hydrocèle vaginale, mais avec plus de retard. Elle se présente sous forme d'une tumeur ronde ou ovale, de la grosseur d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. Elle siège au dessus du testicule, sur le cordon avec lequel elle fait corps, moins mobile que l'hydrocèle péri-testiculaire et toujours absolument irréductible. Dans son Traité des maladies des nouveau-nés (8e édition, Paris, 1885), E. Bouchut en donne une bonne description ; un peu moins transparente que l'hydrocèle ordinaire, elle entraîne quand on la soulève, le testicule avec elle.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hydrocèle vaginale infantile est facile. Qu'elle soit unilatérale ou bilatérale, elle se distingue de la *hernie inguinale* par sa matité à la percussion, sa transparence, son indolence absolue, son irréductibilité. La hernie inguinale, au contraire, est sonore à la percussion, réductible avec gargouillement et sans la moindre transparence. L'*œdème scrotal* est diffus, superficiel, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le *testicule syphilitique* est dur, scléreux, sans formation de liquide transparent dans la tunique vaginale. Le *testicule tuberculeux* est gros, inégal, très sensible au palper, présentant des points mous, des aires suppuratives à côté d'éléments indurés. Le *sarcome du testicule* se présente comme une masse plus ou moins volumineuse, de consistance ferme, sans fluctuation, avec participation plus ou moins rapide de l'état général. Ces trois *sarcocèles* testiculaires ne sont pas d'ordinaire sans troubles concomitants ; ils s'accompagnent de symptômes généraux et de manifestations diverses qui contrastent avec la santé parfaite des nourrissons porteurs d'hydrocèle vaginale, affection strictement locale, sans retentissement à distance.

Pronostic. — De l'hydrocèle vaginale infantile, congénitale ou acquise, le pronostic est toujours bon et la guérison certaine dans un temps relativement court. Le liquide se résorbe spontanément sans laisser de traces.

Traitement. — En présence d'un gonflement parfois énorme englobant l'un ou l'autre des testicules et souvent les deux à la fois, d'une collection liquide sans caractère inflammatoire, on est tenté d'intervenir par la ponction ou l'incision. Mais, quand on a l'expérience, on s'abstient et je crois pouvoir dire que l'hydrocèle vaginale des nouveau-nés et nourrissons ne relève pas de la chirurgie. Il y a une soixantaine d'années, externe puis interne à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de chirurgie), nous avions pratiqué ou vu pratiquer parfois la ponction et l'injection de quelques gouttes d'alcool ou de teinture d'iode dans l'hydrocèle vaginale des enfants. Cette pratique, parfaitement inutile, ne peut avoir que des inconvénients : inflammation, douleur, lymphangite, suppuration, érysipèle. Déjà, au milieu du siècle dernier, un pédiatre célèbre, E. Bouchut, l'avait condamnée : « On a quelquefois opéré par incision ou par injection. C'est une faute, car l'affection n'est pas dangereuse ; elle guérit ordinairement par les seuls efforts de la nature, et il vaut mieux attendre cet effet que de courir les hasards d'une opération qui n'est pas exempte de dangers. » Et il conseille les applications locales de collodion uni à l'huile de ricin dans la proportion de 7 pour 100 ou les frictions avec la pommade :

Axonge	15 grammes
Cyanure d'hydragyre	0 gr. 50

L'abstention pure et simple pourrait suffire en recommandant de protéger les parties avec l'ouate et un maillot soigné. Mais, pour combler les vœux des mères éplorées, on pourra y joindre une thérapeutique de façade : pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richarson ou applications de gaze imbibée d'une solution tiède de chlorhydrate d'ammoniaque à 5 pour 100.

Quant à l'*hydrocèle enkystée du cordon*, elle semblerait plus que sa voisine justiciable de la chirurgie ; nous l'avions cru et nous n'étions pas surpris en voyant de jeunes enfants qui avaient subi la résection de leur tumeur extra-testiculaire, Mais, par la suite, ayant vu disparaître, *six fois*, devant le simple traitement médical sus-indiqué, l'hydrocèle enkystée du cordon, nous la traitons comme l'hydrocèle simple par l'abstention, les soins hygiéniques, et un simulacre de thérapeutique.

M'entretenant autrefois de la question avec mon ami regretté Ad. Jalaguier, maître incontesté en chirurgie infantile, j'eus l'agréable surprise de le trouver entièrement de mon avis. Il s'abstenait résolument d'intervenir dans l'hydrocèle enkystée du cordon comme dans l'hydrocèle vaginale, ayant assisté bien souvent, comme moi, à leur guérison spontanée.

Dr Jules Comby.

occlusion mécanique aiguë, et après levée simple de l'obstacle. Sans doute, il est des cas où le malade guérit très simplement, surtout si la thérapeutique salée avait été instituée correctement. Mais en opposition avec ces cas simples, combien de fois, alors que l'intervention avait été très facile, alors qu'on pouvait espérer des suites normales, le malade succombe-t-il sans qu'aucune lésion anatomique précise vienne expliquer cette mort, sans qu'on puisse l'attribuer au choc opératoire ni à la péritonite. Cette mort imprévue semble être en relation avec la résorption massive des liquides accumulés dans le bout supérieur. L'iléostomie complémentaire favorise l'évacuation rapide de ces liquides intestinaux et évite à coup presque sûr un certain nombre de ces surprises désagréables.

(*Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière*)
(Professeur A. GOSSET)

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

Les manifestations pleurales du cancer primitif du poumon

Après avoir étudié ces manifestations, MM. Sergent, Fourestier et Paillas, (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 15 novembre 1937) **formulent les conclusions suivantes :**

Dans la symptomatologie du cancer primitif du poumon, très fréquemment, la note pleurale intervient pour nuancer le tableau clinique ou, manifestement, imposer le diagnostic de pleurésie.

Cette pleurésie peut n'être qu'une apparence, et sous le syndrome pseudo-pleurétique constaté il faut diagnostiquer la tumeur pulmonaire.

Le volume considérable de la tumeur, son évolution particulière en surface, la paralysie phrénique qu'elle entraîne, l'atélectasie qu'elle provoque, représentent quelques-uns des facteurs responsables de cette fausse interprétation pleurale.

En même temps qu'à un examen clinique minutieux, il faut demander aux moyens d'exploration moderne de l'appareil respiratoire toutes les possibilités de précision qu'on est en droit d'attendre d'eux. Ces procédés eux-mêmes, notamment la radiologie, devront être sagement interprétés, car il est possible qu'eux donnent de fausses images pleurales du cancer du poumon.

Mais, un épanchement séro-fibrineux, hémorragique ou purulent, peut être en rapport direct avec un cancer du poumon, et représente même, parfois, le premier signe évolutif de la néoplasie parenchymateuse.

Très intéressantes sont les réactions pleurales suppurées qui accompagnent l'évolution du cancer primitif du poumon. A ce sujet, il est possible d'établir une discrimination. On peut isoler deux syndromes :

a) Dans l'un, la réaction pleurale suppurée évolue comme la propagation directe ou la complication locale du cancer nécrotique infiltrant, non atélectasique. C'est, le plus souvent, une évolution aiguë, à marche rapide. La suppuration pulmonaire est la note dominante du tableau clinique. Sa surinfection gangréneuse est fréquemment observée. Les réactions pleurales paraissent rares néanmoins et ces cancers sont avant tout des cancers suppurés parenchymateux.

b) Dans l'autre, la réaction pleurale suppurée évolue à bas bruit de façon torpide, subaiguë Elle accompagne le cancer sténosant bronchique et les cancers avec compression bronchique prédominante et précoce. La symptomatologie pulmonaire est atténuée ; la réaction pleurale évolue sans grand fracas, mais c'est elle qui prédomine. Sa surinfection gangréneuse est exceptionnelle. La symptomatologie de ces cancers est, avant tout, une symptomatologie d'emprunt pulmonaire et pleurale.

Le traitement du début de la tuberculose chez l'enfant

Nous savons aujourd'hui dépister la tuberculose à sa phase initiale ; nous savons que le stade initial de la tuberculose est essentiellement le stade de curabilité. Ce sont là deux notions, **disent MM. Debré et Lelong** (*Presse Médicale*, 28 novembre 1937) **qui doivent bouleverser la pratique de tous les jours.**

Pour le dépistage, MM. Debré et Lelong insistent sur la nécessité de pratiquer systématiquement et périodiquement l'épreuve tuberculinique, de faire un examen radiologique du thorax dès que la cuti-réaction se révèle positive, de rechercher le bacille dans les mucosités extraites de l'estomac, enfin de rechercher, sitôt le diagnostic établi, le contact infectant.

En ce qui concerne le traitement, il faut être bien persuadé que la première poussée évolutive de la tuberculose, si anodine qu'elle soit en apparence, doit être traitée comme toute poussée évolutive, même quand elle n'a pas d'autre expression que le virage de la réaction tuberculinique.

Tout enfant dont la réaction tuberculinique vient de devenir positive doit être mis au repos, c'est-à-dire que le travail scolaire sera supprimé, l'activité physique diminuée, le sommeil prolongé.

Cette cure, dans les cas les plus bénins (simple apparition de la sensibilité à la tuberculine, sans signes cliniques ni radiologiques), doit être rigoureuse pendant trois mois. Dès que les signes radiologiques nettement pathologiques sont perceptibles, la cure devra être beaucoup plus longue et le plus souvent dépasser une année.

Le repos sera absolu, au lit ou sur la chaise longue, si la température n'est pas normale. Il comportera douze à quatorze heures de lit, deux à quatre de chaise longue, si la température est normale.

L'enfant sera isolé du contaminateur et devra, dans la suite, ne reprendre sa vie normale que progressivement.

Toutes ces mesures sont applicables à l'enfant vacciné par le B. C. G. chez qui on peut après contact contagieux, observer une réaction tuberculinique forte.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Les erreurs de diagnostic en cas de perforation gastro-duodénale

Ces erreurs de diagnostic sont classiques, donc fréquentes.

1° Dans un premier groupe de faits on méconnaît une perforation qui existe ; on peut relever un nombre d'erreurs impressionnant et les diagnostics les plus variés : coliques tant hépatiques que néphrétiques, empoisonnements, pneumothorax, etc... La plupart de ces erreurs entraîne l'abstention opératoire. Tout au contraire les diagnostics erronés, qui comportent une sanction opératoire, présentent moins d'inconvénients : pyosalpinx, grossesse ectopique rompue, pancréatite aiguë, cholécystite perforée, hernie étranglée. L'erreur la plus fréquente et la moins dangereuse est celle de perforation appendiculaire ; la confusion est fréquente parce qu'on table sur la fréquence de l'appendicite.

2° Une autre erreur consiste, dans un ordre d'idées différent, à intervenir pour un ulcère perforé imaginaire. Il peut en effet exister un syndrome clinique de perforation sans perforation : gastrite phlegmoneuse aiguë, crises cancéreuses, solaires ou tabétiques ; la pancréatite hémorragique laisse fréquemment le diagnostic hésitant ; enfin on a pratiqué des laparotomies blanches en cas de colique néphrétique.

Ces considérations sont appuyées sur l'observation de 120 cas d'Hamant et Rothan, qui publient une excellente étude dans la *Revue médicale de Nancy* (1er octobre 1937).

Un schéma de pratique chirurgicale dans les ulcères et cancers de l'estomac

Daniel Ferey (de Saint-Malo) nous donne un schéma vraiment pratique dans la *Gazette médicale du Sud-Ouest* (1er octobre 1937).

« **Que faut-il faire à un malade qui sans cause décelable ni cliniquement ni par les moyens de laboratoire, radiologie comprise, maigrit, surtout à partir de 45 ou 50 ans ?**

« **Il faut faire une laparotomie exploratrice et, s'il existe un**

cancer de l'estomac au début, pratiquer une large gastrectomie.

« Si enfin la radio décèle une toute petite modification au pylore ou sur l'une des courbures, chez un malade de 45, 50 ans ou plus, qui n'a jamais souffert autrefois de l'estomac, il faut faire une large gastrectomie à la moindre induration que peut présenter l'estomac à cet âge.

« Ce schéma, comme tout schema, est à l'emporte-pièce, mais je ne veux rien y retrancher ».

Ce n'est pas tout ; D. Ferey nous donne également une statistique de ses résultats éloignés et nous constatons, avec une certaine surprise, que les opérés succombent, à distance, à peu près de tout sauf de leur affection, tout au moins pour l'ulcère.

Six cas de mort éloignée de l'opération, dans les gastrectomies pour ulcère : pendaison, pneumonie, alcoolisme, tuberculose pulmonaire, delirium tremens, cause inconnue.

Douze cas de mort éloignée de l'opération, dans les gastrectomies pour cancer : deux hémiplégies, mort subite, diabète, congestion cérébrale et ictère, congestion pulmonaire, deux occlusions, cirrhose, deux néos du foie et cause inconnue. Certaines de ces morts semblent attribuables à des métastases.

Un problème angoissant : la tuberculose au Maroc

Le médecin-colonel Laurens et le médecin-commandant Gauch attirant l'attention sur la progression de la tuberculose au Maroc dans le *Maroc Médical* du 15 septembre 1937.

Les causes en seraient l'afflux des représentants de civilisations anciennes, donc de vieilles tuberculisation, l'installation de quelques malades croyant au soleil d'Afrique, l'interpénétration des populations européenne et indigène.

L'extension de l'infection tuberculeuse dans les populations marocaines devait avoir sa répercussion dans l'armée ; le jeune soldat marocain, fraîchement issu du bled, est une victime toute désignée du bacille de Koch.

La tuberculose ganglio-pulmonaire est une forme assez fréquente et qui traduit bien le processus habituel d'une primo-infection ; on y retrouve les diverses étapes du cycle complet ; l'incubation muette après la trachéo-bronchite qui a vraisemblablement révélé l'inoculation originelle, puis la période d'invasion marquée par un état infectieux imprécis et enfin la période d'état avec son expression clinique et radiologique.

La tuberculose confirmée affecte quelques particularités d'évolution ; elle se présente surtout sous les deux types opposés des tuberculoses aiguës et des phtisies fibreuses.

La tuberculose pulmonaire, consécutive à un traumatisme, exige-t-elle un délai précis pour être considérée comme post-traumatique ?

Roger Ambler est d'avis, dans les *Archives médicales d'Angers* (octobre 1937), qu'il n'est pas toujours sans inconvénient d'émettre des idées qui ne correspondent pas exactement aux idées régnantes, ce qui ne l'empêche pas de les attaquer de front. Citons ce passage qui en vaut la peine :

« Il est impossible de fixer, comme le font la plupart, un délai d'un nombre de jours, déterminés et maximum separant le trauma de l'évolution tuberculeuse et au delà duquel cette dernière ne peut avoir aucun rapport avec le traumatisme. Il est curieux, d'ailleurs, de noter que ce délai, tout en etant toujours très précis, varie avec les auteurs. C'est ce second point spécialement qui a été mis en doute par plusieurs de nos confrères ; il est certain que pour l'expert c'est une douce et réconfortante certitude que de dire : si la tuberculose s'est révélée vingt jours après le traumatisme du thorax, elle lui est imputable. Si c'est après vingt-deux jours elle ne lui est plus imputable. Ce n'est d'ailleurs pas par hasard que nous posons ainsi le dilemne, car nous l'avons vu développer de cette façon dans un rapport d'expertise devant les tribunaux signé de trois experts. »

L'observation personnelle de Roger Amsler « présente toute la rectitude d'une démonstration pratique ». Les caracteristiques en sont tout à fait précises :

1° On y voit la tuberculose pulmonaire se développer d'une façon vraiment élective et exclusive dans le foyer de la blessure pulmonaire.

2° Le blessé, au nom de conceptions vraiment trop absolues, qui n'admettent pas l'existence de la tuberculose traumatique, a été éconduit lors d'une première expertise. Il a bien fallu pourtant, devant l'évidence des faits, qu'un deuxième expert reconnaisse l'existence de cette tuberculose traumatique environ un an et demi après le première expertise.

3° Le fait le plus important à dégager c'est le délai qui sépare depuis 1915 jusqu'à 1933 le traumatisme de l'évolution tuberculeuse, soit dix-huit ans. Cette observation, dans laquelle le malade a été suivi pendant quatorze ans, parait péremptoire.

« Dans l'appréciation de la tuberculose traumatique », conclut l'auteur, « il ne saurait exister une théorie absolue, des délais précis. Dans ce domaine, comme dans tous les domaines médicaux, les règles absolues sont à rejeter ».

On ne saurait mieux dire.

Comment agissent les sels d'or dans la tuberculose pulmonaire ?

C'est une question très controversée et l'étude de Paul Courmont et Henri Gardère (*Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1937) met certains points importants en lumière.

L'action indubitable et favorable, du moins sur un grand nombre de tuberculeux, depend de quatre facteurs :

1° Le pouvoir bactéricide de l'or, soit directement soit par l'intermédiaire du sérum.

2° Les reactions focales à condition qu'elles soient maintenues dans certaines limites.

3° Le rôle du tissu réticulo-endothélial et de certains organes tels que la rate et le foie.

4° L'importance de la localisation et du stade anatomique des lésions tuberculeuses. J. LAFONT.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Faut-il opérer les diabétiques ?

Le cas de A. Charbonnier et Ed. Schauenberg (de Genève), rapporté dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* du 25 septembre 1937, constitue un fait intéressant pour ceux qui, dans le domaine si particulier du diabète considéré au point de vue chirurgical, cherchent tout d'abord à ne pas nuire.

« Bien que, depuis la découverte de Banting, les conditions opératoires chez le diabétique aient été considérablement améliorées, nous pensons qu'il ne faudrait pas admettre d'une façon trop absolue que, désormais, grâce à la cure insulinique les affections chirurgicales, surajoutées à cette diathèse soient, toujours justiciables sans danger d'une intervention plus ou moins importante. »

« Il n'est pas question de discuter ici ni la chirurgie d'urgence ni celle des infections ou des gangrènes chez les diabétiques, (car le traitement sanglant s'impose pour ces malades plus imperieusement encore que d'ordinaire), mais bien de mettre en doute l'opportunité de certaines indications opératoires dans les affections chirurgicales non aiguës. »

Il s'agissait d'une femme de 62 ans, atteinte du cancer du bas-rectum. « En somme, à part son diabète, son hypertension et un peu d'urée, l'organisme de Mme C... n'est pas, en apparence, trop déficient. » Malgré cette base de départ optimiste, l'extirpation en deux temps, dans les meilleures conditions, se termina par un véritable desastre.

Les conclusions méritent d'être notées :

« Loin de nous l'idée de vouloir, par la publication d'un cas malheureux, jeter le trouble dans l'âme de nos confrères. Cependant, nous n'hésitons pas à dire que, s'il se peut qu'un jour ou l'autre on arrive à opérer sûrement les diabétiques, il n'en est pas encore de même aujourd'hui. L'insuline, en effet, seule arme puissante que nous possédions actuellement pour lutter contre cette diathèse, est encore imparfaite au point de vue chirurgical. Si, en régularisant tous les métabolismes, elle transforme le diabète et atténue ses manifestations, elle ne modifie par le terrain du diabétique. C'est là la grande question qui se pose pour le chirurgien et nous pensons qu'elle est suffisante pour nous empêcher de souscrire d'une façon trop absolue à cette idée un peu prématurée que l'insuline a renouvelé totalement la chirurgie chez les diabétiques. Elle a supprimé, il est vrai, presque entièrement la complication la plus redoutable : le coma. Mais elle n'a pas encore supprimé le diabétique. »

Ces considérations sont parfaitement justes ; en attendant le jour où la thérapeutique supprimera le diabète, évitons de supprimer les diabétiques par des interventions dont le résultat nous engage à la plus grande prudence. J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 30 novembre 1937 pour la réception d'Hippocrate

Grâce à la générosité du Docteur Skevos Zervos, Hippocrate siègera désormais à l'Académie de médecine en qualité de président perpétuel.

La réception du *divin vieillard* a eu lieu solennellement en présence de S. E. M. Politis, ministre de Grèce à Paris, et de notre ministre de l'Education nationale.

Le Docteur Skevos Zervos prit le premier la parole pour apporter son hommage à la France et à la gloire d'Hippocrate.

Discours de M. Skevos Zervos

C'est un vrai bonheur pour moi, descendant éloigné d'Hippocrate, que d'avoir eu l'heur de faire préparer ce monument en marbre pentélique, de l'avoir fait transporter d'Athènes et de vous le présenter, placé tout près du siège de l'illustre président de votre docte Académie de médecine, qui est aussi la nôtre, pourrait-on dire, de vous le remettre et d'avoir l'honneur d'assister à son inauguration.

Je me dois de vous exprimer mes remerciements bien chaleureux et ma plus vive reconnaissance envers vous, mon vénérable président, ainsi que, d'une façon toute particulière, envers mon illustre maître et ami, M. le Professeur Charles Achard, avec lequel, l'année dernière, dans la conque sacrée de l'Asclépieion d'Epidaure, nous avons vu germer dans notre esprit l'idée de l'érection de cette statue. Mais, en outre, j'exprime en public mes remerciements les plus chaleureux et ma profonde gratitude à tous les membres de l'Académie de médecine à propos de l'accueil affable, de la courtoisie bien française et de l'empressement avec lequel ils ont accepté cette offre modeste et qui m'ont tellement ému.

Car — tout le monde le sait — l'Académie de médecine de Paris est la propre fille, la fille légitime, l'enfant spirituel et l'héritière d'Hippocrate dont elle continue l'œuvre immortelle, depuis le premier moment de sa fondation, jusqu'à ce jour, elle tient bien haut, fermement et avec fierté, dans ses mains savantes et puissantes, le flambeau sacré de la Science, le flambeau étincelant de la lumière divine de la Science médicale, de la sagesse immortelle de la médecine.

Je m'imagine quelle sera l'émotion et la joie ineffable de l'âme d'Hippocrate, quand, ayant désormais acquis un foyer à lui et y logeant à demeure en cette reproduction en marbre de sa noble figure, il pourra dorénavant suivre, de son esprit immortel, régulièrement, les savantes communications et les débats de votre illustre Compagnie, et, tout heureux, être témoin de vos efforts sublimes tendant à étendre davantage les horizons de l'art médical, tellement cher à lui. Il sera, sans doute, bien satisfait et heureux de voir le progrès incessant de ses capacités thérapeutiques pour le plus grand bien de l'humanité dont il fut le premier et le plus grand docteur en même temps que le plus grand bienfaiteur et le Maître inimitable.

Qu'il me soit permis de rappeler que, d'ici un an, il y aura un siècle depuis qu'un illustre fils de la France, Littré, d'heureuse mémoire, a publié en dix volumes édités par J.-B. Baillière, l'œuvre immortelle toute complète d'Hippocrate, qu'ils ont traduite et commentée dans une édition qui reste classique dans la science et que rien n'a su ni ne saurait peut-être remplacer.

Qu'il me soit également permis de rappeler qu'à la date du 26 mai 1940, Hippocrate accomplit le vingt-quatrième siècle de sa naissance pour, immortel et tout glorieux, entrer dans son vingt-cinquième siècle. Je suis sûr que la science médicale et l'humanité toute entière célèbreront avec l'éclat qui lui est dû cette date historique pour la médecine cet anniversaire du plus grand génie des sciences positives de tous les temps et de tous les pays. Et j'espère que, sous la lumière blanche d'Athènes, sous le ciel serein d'Attique, à l'ombre de l'Acropole sacrée, nous pourrons fonder, bien magnifique, la *Maison d'Hippocrate.*

Maintenant que ma vénérable mère, la Grèce s'est mise à se faire créer une nouvelle civilisation à elle, j'ose espérer que le jour n'est pas loin où Jupiter Xenios, le Dieu hospitalier de Grèce, adressera aux plus grands esprits des Académies de Médecine et Universités du monde entier des invitations les priant de venir dans la capitale de la Grèce pour, avec le sentiment d'une sympathie respectueuse, leur prodiguer ses faveurs et ses grâces dans cet *Anaciore d'Hippocrate.*

Dans ce palais hippocratique, se reposant après leur labeur intellectuel, les princes de la médecine, ses grands prêtres et hiérophantes, les illustres initiés de la science médicale, seront guidés par l'esprit immortel d'Hippocrate ; ils seront inspirés par l'ambiance suggestive de l'Asclepieion de Cos, de Chidos, de Trikki, d'Epidaure et d'Athènes et pourront ainsi, dans un contact mutuel, loin des soucis de la vie quotidienne, gravir plus facilement, en pleine fraternité, le talus escarpé de l'esprit médical et monter à son faîte pour y envisager de près la lumière sacrée de la vérité, résoudre les grands problèmes encore insolubles et brûlants de la science médicale et rendre ainsi un bienfait immense à l'humanité.

Je vous prie de bien vouloir dévoiler le monument d'Hippocrate. De nouveau, je vous exprime mes remerciements chaleureux et ma plus vive reconnaissance à propos de tant de bienveillance. Et je souhaite de tout mon cœur que la présence, dans cette Académie, de la statue d'Hippocrate donne une nouvelle et puissante poussée à l'esprit médical tellement scintillant, tellement fécond et tellement ingénieux de la France immortelle. C'est en pleine conviction que je m'attends à de prochaines grandes découvertes, à de nouvelles conquêtes thérapeutiques merveilleuses de l'esprit medical français, pour le plus grand bien de l'humanité et pour la gloire de notre chère France, la France vaillante, la France glorieuse, la France immortelle.

M. Martel, président de l'Académie, témoigna la reconnaissance de la Compagnie au généreux donateur.

Puis, M. Achard prononça une de ces délicieuses allocutions dont il a le secret :

Allocution de M. Ch. Achard, secrétaire général

Le génie de la Grèce antique a façonné le génie français. C'est à la source grecque, souvent par le relai de la voie romaine, que s'est abreuvée depuis des siècles notre élite intellectuelle. Aussi le don de M. Skévos Zervos n'est-il pas seulement un cadeau magnifique à la médecine française ; il a la valeur d'un symbole de l'amicale union qui lie les deux civilisations d'inspiration commune et deux peuples de mutuelle affection. La cérémonie d'aujourd'hui est donc une fête de l'amitié franco-hellenique.

Dispensateur de bienfaits, messager de paix, Hippocrate se trouve promu de la sorte à la dignité d'ambassadeur à tous égards extraordinaire. Il est ainsi deux fois des nôtres, et c'est justice qu'il vienne occuper enfin parmi nous la place qui lui était due et qui depuis trop longtemps demeurait vide.

Il est vrai qu'un article de notre règlement stipule que la proposition de placer dans l'enceinte de l'Académie le portrait ou le buste d'un membre de la Compagnie ou d'un de ses bienfaiteurs décédés doit être soumise au vote de l'Académie en comité secret.

J'avoue que cette procédure, si elle avait été suivie, eût fait injure au père vénéré de la médecine. Hippocrate n'est pas un membre ordinaire, mais un membre perpétuel de notre Compagnie. C'est même celui dont les fonctions académiques sont mieux assurées de la perpétuité. Il est aussi pour nous un bienfaiteur, nullement décédé, mais permanent et bien vivant, qui ne cesse d'inspirer notre activité, qui reste toujours notre père et notre maître. Réalisant le mythe fameux du sculpteur Pygmalion, l'étincelle de sa pensée animera ce beau marbre d'un feu que nous ne laisserons pas éteindre.

Le don généreux de M. Skévos Zervos nous émeut d'autant plus profondément que la modestie du donateur ajoute à la beauté de l'offrande. M. Zervos a pour Hippocrate la piété d'un dévot ; il a la foi qui soulève les montagnes. N'a-t-il pas entaillé le Pentélique pour en extraire la matière digne de son héros ? Je crois même qu'il a retrouvé, pour célébrer son culte, le vieux secret du roi Midas et des flots d'or du Pactole dont il sait, mieux que Crésus, consacrer les tresors à de plus nobles fins.

J'avais eu le plaisir, l'an dernier, à Athènes, d'admirer déjà

une belle statue d'Hippocrate que notre confrère, aujourd'hui récidiviste, offrait à la nouvelle Faculté de médecine de cette ville. On m'avait fait le grand honneur de me demander de prendre la parole à la cérémonie d'inauguration, au nom de toutes les délégations étrangères. Mais j'étais loin de penser que j'aurais bientôt la joie de voir une autre non moins belle statue du père de la médecine sur les bords de la Seine.

Hipocrate ne craignait point la navigation : il parcourut les îles helléniques. Le voyage que vient de lui offrir M. Skévos Zervos a dû d'emblée le séduire. Plus heureux que l'astucieux Ulysse, il n'eut à souffrir ni des éléments, ni des hommes, ni même des femmes. Nulle Circé ne le retint. Il passa sans dommage entre Charybde et Scylla et dans les parage du pays des Lestrigons. C'est seulement quand il fut débarqué sur notre sol, au port de la vieille colonie phocéenne, qu'il connut quelques tribulations. En cet étranger sans passeport, lesté de trois tonnes et demie de bagages, la douane flaira sa proie. L'énorme colis recélait-il, nouveau cheval de Troie, quelque engin de mort ? Peu s'en fallut que son guide responsable, notre confrère Zervos, fût sévèrement écorché tout vif comme l'infortuné Marsyas. Mais par bonheur notre douane, plus magnanime qu'Appollon, ne poussa pas les choses à l'extrême et tout finit par s'arranger.

Personnage demi-divin, Hippocrate ne pouvait venir prendre ici séance à la façon d'un de nos membres ordinaires. Il lui fallait une place de choix. Un grand homme de chez nous, élu député, comme on lui demandait de quel côté de la chambre il choisirait de siéger, répondit fièrement : au plafond !

Certes, cette situation élevée eût été digne d'Hippocrate, mais on avouera qu'elle n'eût pas été de tout repos, ni pour lui ni pour nous. Aussi, plus simplement, a-t-il surgi, comme la Vérité, du fond d'un puits creusé tout exprès derrière le fauteuil présidentiel. Ainsi placé, il nous domine tous. Soyons sûrs qu'il ne s'y sentira point dépaysé. Il pourra promener ses regards amusés sur sa jeune postérité, qui travaille, médite, discute, mais qui toujours part des principes de sa méthode pour y toujours revenir. Sans doute, à nous entendre, aura-t-il plus d'une fois l'impression du déjà vu et du déjà dit. On a récemment caractérisé l'évolution de la médecine par le mot néo-hippocratisme. Oui, la doctrine s'est renouvelée, Hippocrate s'est rajeuni. Sa médecine, comme le phénix de la légende, à mesure qu'elle semble mourir, renaît plus brillante et parée de nouveaux atours. Mais le fond de la clinique reste toujours le même, et c'est toujours la méthode hippocratique d'observation qui l'enrichit d'acquisitions nouvelles.

Dans notre pensée reconnaissante, Hippocrate, après les siècles écoulés, « est jeune encore de gloire et d'immortalité ».

Et ce fut ensuite le tour de M. le Professeur Laignel-Lavastine pour lire une notice sur Hippocrate.

Après quoi, M. Jean Zay remit la croix de chevalier de La Légion d'honneur à M. le Docteur Skevos Zervos.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 17 novembre 1937

Maladie de Basedow chez l'enfant. — ***M. Welti*** a observé 17 cas de maladie de Basedow chez l'enfant. Chez l'enfant l'affection peut régresser sous l'influence d'un traitement médical bien compris. Il n'y a pas d'asystolie en règle chez l'enfant. On n'opère donc que les formes graves pouvant aboutir à la cachexie, ou influant sur la taille anormale des enfants, en particulier par le développement exagéré des points d'ossification, mais avec soudure précoce des cartilages de conjugaison, et calcification se faisant mal. Les glandes génitales se développent mal, l'attention se fixe difficilement. Les interventions se font sans mortalité appréciable. Il est capital de mettre le malade au repos prolongé, et de l'opérer à l'anesthésie locale. Opération fractionnée comme chez l'adulte dans les formes sévères. Nécessité d'une hémostase très minutieuse, rigoureuse. On peut faire une thyroïdectomie au moins aussi large que chez l'adulte. Les troubles squelettiques sont peu accusés après l'intervention et le retour à la normale est constant.

M. Béclère pense que chez l'enfant et l'adolescent la rœntgenthérapie donne habituellement d'excellents résultats et doit être essayée comme traitement de choix. Ce n'est pas l'avis de ***M. Welti*** qui trouve que la radiothérapie fait perdre du temps et est facteur de sclérose.

Séance du 24 novembre 1937

Hémiplégie traumatique par hématome extra-dural. — ***MM. Pellé*** et ***Sambron*** (Rennes) ont eu l'occasion d'observer un hématome extra-dural, traduit chez un enfant par un coma après intervalle libre. Ce coma disparut en trois jours. Il persista cependant une hémiplégie droite avec aphasie motrice. Les auteurs intervinrent et découvrirent l'hématome qui fut évacué. Huit jours après disparurent les phénomènes paralytiques.

Le rapporteur, ***M. Sorrel***, fait le résumé des cas actuellement connus d'hématomes extra-duraux chez l'enfant. Ils sont rares, mais moins qu'on ne le disait classiquement, et méritent d'être bien connus pour que le traitement chirurgical fondé sur les mêmes indications que chez l'adulte, soit rapidement mis en œuvre.

Hématome pulsatile de la région fessière. — ***M. Fèvre***, fait un rapport sur une observation de MM. Loyer, Barge et Larraud (Marine) qui concerne l'apparition chez un sujet porteur d'une plaie de la cuisse, d'un hématome pulsatile de la fesse, dû à une lésion de l'artère circonflexe postérieure.

Invagination par diverticule de Meckel. — Chez un garçon de huit ans, à l'occasion de purges, apparurent des douleurs vives avec vomissements. Les auteurs appelés à le voir (***Salmon*** et ***Artaud***, de Marseille), constatèrent l'existence d'un syndrome occlusif, avec à la radiographie des images en tuyaux d'orgue. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une invagination par diverticule de Meckel, retourné et invaginé.

L'invagination par diverticule chez le grand garçon réalise le plus souvent le tableau de l'occlusion aiguë du grêle. Chez le nourrisson on put voir l'invagination d'origine diverticulaire avoir l'aspect de l'invagination du grêle, avec diarrhée, ballonnement du ventre, mouvements péristaltiques. Quelquefois l'invagination par diverticule de Meckel donne lieu à l'apparition d'une tumeur de la fosse iliaque droite révélatrice. Enfin on peut voir l'invagination survenir par entérokystome meckelien.

Les invaginations par diverticule de Meckel ne sont pas rares. ***M. Fèvre*** rapporteur, en a observé trois cas. Elles se voient dans l'enfance, mais aussi chez le nourrisson. Il s'agit en règle d'une invagination du grêle. Le lavement opaque peut ne rien montrer sur le cadre colique s'il ne s'agit que d'une iléo-iléale pure, ou déceler une lacune si l'invagination est devenue iléo-colique. Il n'est pas rare que l'invagination se fasse au deux temps, retournement du diverticule puis invagination du grêle. Il ne faut pas compter trouver des malformations d'origine meckelienne au niveau de l'ombilic par exemple. La voie d'abord la meilleure est la voie droite, moins traumatisante, et qui mène directement sur l'angle iléo-cœcal. Il faut désinvaginer, et discuter ensuite l'opportunité de la résection du diverticule. S'il est en apparence sain son ablation dépendra de la résistance du sujet et de sa forme.

M. Martin en a observé deux cas. Dans l'un de ces cas il y eut une récidive d'invagination, trois ans après la première crise, et on avait désinvaginé et enlevé l'appendice. Quelques années après, troisième crise d'invagination où l'auteur découvrit un diverticule de Meckel.

M. Sorrel a eu depuis 1930 dans son service cent cas d'invagination dont quatre cas par diverticule de Meckel.

Cent quatorze cas de gastrectomies. — ***M. Moure*** apporte sa statistique de gastrectomies, la plupart des cas étant opérés pour ulcère (94 cas). Il insiste sur la nécessité de faire une anastomose strictement horizontale pour qu'il n'y ait pas de coudure des bouches. Il faut anastomoser toute la largeur de la bouche gastrique. L'épiploon est toujours ramené au devant du moignon duodénal. L'auteur attache une grande importance au traitement arsenical préopératoire qui diminuerait le nombre des complications pulmonaires. Comme anesthésie, il emploie habituellement l'anesthésie générale soit par inhalation, soit par évipan.

Statistique pure : gastrectomie pour cancer : 11 cas, 4 morts opératoires, tous les autres récidivés avant quatre ans ; ulcères : 94 cas avec 4 morts opératoires, la mortalité est inexistante lorsqu'il s'agit d'ulcères duodénaux. Elle est importante pour les ulcères de la petite courbure. La gastrectomie pour exclusion est une mauvaise opération. L'auteur n'a pas eu de mauvais résultats de la gastrectomie après degastro-entérostomie ; il se demande si le péritoine n'est pas vacciné par la première opération.

MM. Folliasson, Roques et ***Michel-Béchet*** sont nommés membres associés nationaux de l'Academie de chirurgie.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1937

Le jaune d'acridine dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — ***M. René Puig*** (de Perpignan), relate l'observation d'un enfant de huit ans, atteint de méningite cérébro-spinale, traité avec persévérance par la sérothérapie (500 c. c. de sérum intramusculaire et 100 c. c. de sérum intrarachidien). La médication se révélant inefficace, un traitement par le jaune d'acridine intrarachidien (7 c. c. d'une solution au 1/20000e) fut institué. Au bout de quatre injections, la température, qui ne cessait d'osciller entre 38° et 40°, baissa brusquement à 37° et s'y stabilisa définitivement, après une courte rechute fébrile d'une durée 48 heures.

Les injections intrarachidiennes de jaune d'acridine furent bien tolerées et n'entraînèrent qu'une sensation de brûlure très vive durant quelques minutes.

Hémiparésie transitoire à rechutes durant six années et suivie de paralysie oculaire durable. Syphilis cérébro méningée. — ***MM. Pagniez, Plichet,*** et ***P. Camus*** rapportent ce cas remarquable par la longue durée de son évolution. Il s'agit vraisemblablement d'un processus d'artérite très limitée avec spasmes surajoutés.

M. Guilain croit que ces faits ne sont pas exceptionnels.

Leucose aiguë aleucémique simulant un érythème noueux et terminée par une gangrène de la verge. — ***MM. Raoul Kourilsky, Armand Beauvy et René Anglade*** ont observé chez un malade de 69 ans, une cryptoleucémie aiguë, sans modification sanguine, présentant de curieuses particularités.

La maladie se traduisit durant des mois par un état fébrile sans localisation, accompagné d'éléments éruptifs rappelant à s'y méprendre l'érythème noueux, d'autant que la cutiréaction à la tuberculine était nécrotique. Des examens approfondis (cliniques, radiologiques, bactériologiques) démontrèrent l'absence de toute évolution tuberculeuse et firent soupçonner la leucémie aiguë, malgré l'absence de modifications sanguines caractéristiques, l'absence de splénomégalie. Une adénopathie cervicale isolée, une modification de la formule blanche dans le sens d'une leucopénie avec hypogranulocytose, une anémie modérée, furent de longtemps, les seuls signes d'atteinte sanguine. En réalité, le caractère nécrotique de la cutiréaction s'expliquait par le terrain leucémique, et la maladie se termina par une gangrène du prépuce et du dos de la verge : les cellules souches n'apparurent dans le sang que tout à fait *in extremis* et sans augmentation de la leucocytose.

L'évolution dura sept mois, accompagnée de douleurs osseuses et articulaires à allure rhumatismale, déjà écrites dans certaines observations de leucémie aiguë. L'origine toxique de la maladie est vraisemblable, le malade étant habitué depuis des années à ingérer des préparations à base d'amydopyrine. Le diagnostic fut posé cliniquement, la ponction sternale ou splénique n'ayant pu être pratiquée.

Cette observation permet de compléter le tableau clinique des cryptoleucémies aiguës, dont plusieurs cas ont été récemment publiés à la Société Médicale des Hôpitaux.

M. Cathala discute la dénomination de leucémie aiguë qui implique la notion d'une maladie autonome. Il s'agirait ici d'un trouble sanguin au cours d'une intoxication.

M. Lamy a observé un cas dans lequel la gangrène de la verge fut le signe révélateur de la leucose aiguë. L'examen du sang ne permet pas toujours de poser le diagnostic, l'augmentation du nombre des globules blancs n'étant ni le signe le plus précoce ni le signe le plus constant. Par contre, la diminution des granulocytes avec inversion de la formule leucocytaire doit toujours donner l'éveil.

Les troubles cardio vasculaires dans le myxœdème à propos de trois observations. — ***MM. Roger Froment*** et ***M. Genne.***

Sarcome d'Ewing. Etude cytologique comparée par les ponctions sternale et tumorale et par la biopsie — ***MM. P. Carnot, R. Cachera, J Courtial*** et ***H. Lavergne*** rapportent l'observation d'un réticulo sarcome de l'extrémité supérieure du tibia ayant évolué en huit mois vers la mort chez un jeune garçon de seize ans. Le début avait été marqué par des douleurs, une tuméfaction d'aspect inflammatoire et un état fébrile. Comme il est habituel en pareil cas, le diagnostic porté avait été celui d'ostéomyélite, le malade avait été opéré pour cette raison en province et la tumeur avait été découverte à l'intervention.

La radiothérapie intensive, appliquée dès lors, après avoir fait disparaître la tumeur tibiale et provoqué une amélioration remarquable de l'état général, n'a pas empêché la récidive sur place de la tumeur primitive, ni, malgré des séances d'irradiations préventives, l'éclosion rapide de métastases osseuses très nombreuses dans le crâne, les côtes, les vertèbres lombaires, le bassin ainsi que l'apparition d'une pleurésie et de tumeurs pulmonaires. L'autopsie a été pratiquée.

Un point remarquable dans la séméiologie de ce réticulosarcome de la moelle osseuse réside dans la pauvreté de ses symptômes radiologiques. Même à une période avancée de la maladie, alors que la tumeur primitive était largement étendue ayant traversé l'os et envahi les parties molles, les radiographies décelaient qu'un minime décollement périosté du tibia, en un point très limité et sans destruction osseuse. De même, les métastases n'ont donné que peu ou pas d'altérations radiologiques.

Au contraire, la ponction du sternum a décelé l'existence de cellules tumorales dans la moelle osseuse, à une période où aucune métastase sternale ou costale n'était encore décelable cliniquement.

L'aspect des cellules néoplasiques sur les étalements des produits de ponction (de moelle sternale ou de tumeurs osseuses métastasiques) était différent de celui que l'on pouvait observer sur les coupes de tissus prélevés par la biopsie et à l'autopsie. Cette cytologie des produits obtenus par ponction est intéressante à connaître pour l'étude histologique du sarcome d'Ewing et des tumeurs osseuses en général ; elle permet, d'autre part, des applications pratiques utiles au diagnostic.

M. Fiessinger a remarqué aussi que s'il est toujours facile de poser le diagnostic de cancer du foie sur des coupes histologiques, les caractères nucléaires des cellules néoplasiques n'apparaissent plus sur les frottis étalés et colorés par les méthodes habituelles.

M. Lamy souligne à nouveau l'intérêt des fonctions sternales ; les myélogrammes peuvent mettre en évidence la présence de cellules néoplasiques avant l'apparition clinique des métastases d'un cancer profond.

Un nouvel essai d'exploration biologique : l'analyse chimique du liquide de phlyctène obtenue par l'application d'un vésicatoire. Le glucose de phlyctène, constante physiologique. — ***MM. Gilbert-Dreyfus*** et ***Michel Lamotte*** montrent que la phlyctène obtenue par l'application, 18 heures durant, d'un vésicatoire, contient un liquide dont la teneur en glucose — différente de celle du sang et du sérum sanguin — ne varie chez le sujet normal que dans de faibles proportions et se tient entre 0,65 à 0,95 ‰. Le glucose de phlyctène, dosé par la méthode de Baug, apparaît donc comme une constante physiologique, chez les malades œdématiés et diabétiques, le glucose de phlyctène peut subir d'importantes modifications tant absolues que relatives par rapport au sucre du sang.

Les auteurs indiquent la technique suivie et les résultats obtenus pour une première série de plus de vingt sujets. Ils pensent que cette nouvelle investigation biologique est susceptible de fournir des résultats fructueux et de pénétrer plus avant que par l'analyse du sang dans l'intimité tissulaire. Ils se proposent d'étudier dans un grand nombre d'affections les taux du glucose et de l'urée phlyctène, leur signification pronostique, leurs variations sous l'influence du régime de la thérapeutique.

M. Kourilsky fait quelques réserves sur ce mode d'exploration. Il ne croit pas sans danger l'application de vésicatoires chez les diabétiques ; en outre, l'irritation ainsi obtenue est très variable d'un sujet à l'autre et la présence de fibrine et d'albumine dans le liquide de phlyctène rend difficiles les dosages.

M. Rathery croit aussi qu'il n'est pas très prudent d'irriter les téguments des diabétiques. Il se souvient de deux cas dans lesquels l'application de teinture d'iode sur la peau entraîna une gangrène massive qui fut suivie de mort.

M. Milian propose de remplacer le vésicatoire par le cryocautère qui est moins dangereux.

Diabète avec insulino-sensibilité maxima, traité par l'insulinate de protamine. — ***MM. R. Rivoire*** et ***C. A. Pozzo-***

di-Borgo (de Nice) rappellent que la découverte de l'insulinate de protamine n'a pas été accueillie très favorablement en France, alors que son apparition a été saluée avec enthousiasme à l'étranger.

Ils ont pu étudier de façon assez complète l'action de ce médicament chez les diabétiques ; ils ont obtenu des résultats dans l'ensemble très favorables, en particulier chez une malade qui présentait un diabète très grave avec hypersensibilité extrême à l'insuline ordinaire. Cette malade qui était dans un coma acidosique presque complet et permanent, présentait après chaque piqûre d'insuline des accidents hypoglycémiques graves mais courts, qui la faisaient osciller plusieurs fois par jour du coma acidosique au coma glycémique. Il existait en outre des œdèmes très marqués et de l'acholie pigmentaire. La multiplication et la fréquence des injections d'insuline ordinaire n'ayant fait qu'aggraver l'état de la malade, les auteurs remplacèrent cette insuline par de l'insulinate de protamine, à la dose de 40 unités toutes les seize heures. Le résultat fut remarquable et instantané, la malade ayant vu en quelques jours le coma disparaître, les œdèmes s'effacer et l'insuffisance hépatique s'amender. Depuis un an la malade est maintenue en état de santé remarquable par l'injection quotidienne de 80 unités d'insulinate de protamine en une seule fois.

Enfin, les symptômes de son diabète ont été très atténués par la radiothérapie de l'hypophyse, sans que l'insulino-sensibilité ait disparu.

M. Rathery ne pense pas que l'introduction de l'insulinate de protamine et de l'insuline-zinc dans le traitement du diabète soit aussi intéressante qu'on l'affirme à l'étranger. Il a obtenu avec ces produits des résultats intéressants, mais dans la majorité des cas, il est nécessaire de leur associer l'insuline ordinaire. En règle, l'insuline retard est insuffisante dans le coma, car son action n'est pas assez rapide.

M. Decourt a obtenu dans un cas de diabète grave chez une fillette de 15 ans une remarquable sédation de la maladie par la radiothérapie hypophysaire qui permit de supprimer l'insuline. Mais cette amélioration ne fut que passagère.

M. Rathery a observé l'apparition d'un coma diabétique trois jours après une séance de radiothérapie hypophysaire chez un diabétique insulino-résistant. Mais le malade sortit de son coma et redevint par la suite sensible à l'insuline.

Maladie d'Addison traitée : guérison clinique. — *MM. R. Rivoire* et *M. Martiny* présentent un homme de 35 ans qui, il y a un an et demi, fut atteint d'une maladie d'Addison grave, dont le pronostic semblait fatal à brève échéance. Sous l'influence d'un traitement énergique par le sel, la cystéine et l'hormone cortico-surrénale, une amélioration rapide apparut et le sujet pouvait au bout de quelques mois reprendre une vie absolument normale et diminuer l'intensité de la thérapeutique.

Depuis un an, tous les symptômes de la maladie ont disparu, sauf une courte récidive il y a six mois à la suite d'une suppression trop radicale des médicaments, à tel point que l'on peut parler pour lui de guérison clinique de la maladie. Cette observation démontre l'efficacité remarquable des traitements modernes dans certains cas de maladie d'Addison.

M. Decourt pense qu'il faut toujours se méfier des rémissions spontanées dans l'interprétation des succès thérapeutiques.

M. Béclère croit que l'on fait actuellement espérer la guérison des syndromes addisoniens quand ceux-ci relèvent d'une tuberculose des surrénales.

Maladie de Basedow avec troubles ovariens et lipodystrophie. — *M. Jacques Decourt* présente une jeune fille de 22 ans chez laquelle coexistent des troubles ovariens, un syndrome basedowien, et un état lipodystrophique caractérisé par une adipose très prononcée de la moitié inférieure du corps contrastant avec l'amaigrissement de la moitié supérieure. L'auteur voit dans cette observation des arguments en faveur de la conception qui tend à attribuer aux glandes à sécrétion interne des rapports régionaux avec les centres neuro-végétatifs des segments correspondants du corps.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1937

Immobilisation de la hanche flottante par une vis plantée dans la tête fémorale au travers du toit de la cavité cotyloïde. — *M. Dupuy de Frenelle* présente une observation dans laquelle la vis plantée au travers du toit de la cavité cotyloïde dans la tête fémorale est parfaitement tolérée depuis dix-sept mois, et n'a provoqué aucun dégât osseux malgré la marche à petits pas. Le vissage coxo-fémoral permet d'immobiliser la hanche et d'éviter l'appareil plâtré, dans certains cas favorables. Dans le cas particulier, la vis devait être enlevée au bout de trois mois, mais la malade éprouve un tel soulagement qu'elle demande à conserver la vis en place.

M. René Martial présente un travail intitulé : **L'apport de la race dans les maladies mentales.** Il rappelle que le nombre des aliénés a constamment augmenté en France depuis quarante ans, mais qu'aujourd'hui notre pays est celui qui a le plus d'aliénés de toute l'Europe. Les causes de l'aliénation mentale héréditaire sont nombreuses, mais l'auteur limite son rapport à l'étude des conséquences mentales des métissages dysharmoniques. C'est une étude de synthèse dans laquelle interviennent : l'élément race, l'élément hérédité, l'élément groupe sanguin et l'élément géographie. La géographie des maladies mentales a beaucoup de points communs avec celles des groupes sanguins. Pour la France, pays d'immigration, il est donc de première nécessité d'opérer la sélection des étrangers pour éviter la multiplication des cas de folie héréditaire. Le Docteur Martial expose la méthode à suivre.

M. Rosenthal estime que le groupe sanguin semble une acquisition scientifique un peu trop récente pour étudier la question raciale.

Contagion et hérédité de la tuberculose. — *MM. P. Reynier* et *Et. Maigre* estiment que les théories de *M. Aug. Lumière* ne sont pas discutables quant à la contagion de la tuberculose. En ce qui concerne son hérédité, l'immunité de surinfection ou de refus, la sélection naturelle et les conditions ethniques sont matière à revision scientifique.

Présentation d'ampoules auto-injectables. — *M. P. A. Digeon* présente un modèle d'ampoules ne nécessitant pas l'emploi de la seringue et de l'aiguille habituelle. Permettant la médication hypodermique ou intraveineuse dans des conditions de sécurité absolue au point de vue aseptique, tant pour les petites ampoules médicamenteuses que pour les ampoules de sérum.

La possibilité de la pyélographie dans le diagnostic précoce du cancer du rein. — *M. P. Le Gac* présente une pièce montrant un cancer du rein du volume *d'une noisette* (saillante dans le calice moyen du rein gauche) et dont le diagnostic fut fait par la constatation d'une hématurie par l'uretère gauche, associée à une modification du pyélogramme rétrograde (petite distension du calice moyen). Rein en mains pendant l'opération, la tumeur n'était pas perceptible, la néphrectomie fut néanmoins exécutée et la petite tumeur découverte après incision du rein. Il s'agissait d'un épithélioma à cellules claires. A noter que la pyélographie par voie veineuse ne montrait pas l'altération du calice moyen observé sur le pyélogramme rétrograde.

Oh ! Je regrette que ce beau mot de patron soit compromis dans la phraséologie des querelles sociales.

.....Pour moi, le mot patron veut toujours dire modèle et surtout père, c'est-à-dire celui qui protège et même celui qui engendre. Dans la Société médicale, que j'aime vraiment de tout cœur, l'élève appelle son maître « Monsieur ».

Tu ne peux imaginer comme ce simple mot est beau, comme il est noble et respectueux quand il est adressé par un jeune comme à celui qui l'instruit et le guide. Si les rapports deviennent plus cordiaux entre le maître et le disciple, celui-ci, dans les instants d'intimité, ne dit plus « Monsieur » et se permet de dire « patron ». C'est ainsi que je parle à M. Chalgrin et, bien que ce ne soit pas l'habitude au Collège, il souffre cette appellation en souvenir de sa vie dans les hôpitaux. Je crois même qu'elle le touche et qu'il y voit un signe de vénération filiale. (Georges DUHAMEL : Les Maîtres).



VARIÉTÉS

Un commentateur d'Hippocrate

Il s'appelait François-Marie Bosquillon et, au cours de sa longue carrière, fut à la fois médecin de l'Hôtel-Dieu et professeur de grec au collège de France.

Il était né à Montdidier en 1744. Bien que s'étant distingué au cours de ses études, par des succès qui le firent déjà considérer comme un helleniste de valeur, cependant il voulut suivre la trace de son père, docteur de la Faculté de Reims, et se fit recevoir médecin en 1772.

Il s'appliqua aussitôt à l'étude de l'antiquité grecque et s'acquit assez de renommée pour obtenir, en 1774, la chaire de langue grecque au Collège de France. Il devait l'occuper quarante années (1), pendant lesquelles il expliqua, commenta les auteurs classiques, mais surtout Hippocrate et Homère. Son cours n'avait guère de succès, si l'on en croit un observateur de police (2), tant cet helleniste était peu doué pour la parole, et un court sur Hipp ocrate, Galien, Oribase n'a jamais attiré la foule des auditeurs.

Bosquillon fut-il toujours un fidèle commentateur ? On l'a accusé (3) d'avoir rendu Hippocrate complice de ses erreurs et de l'avoir fait servir d'appui à ses paradoxes. En fait, quand on lit les *Aphorismes* sur l'évacuation de sang, on est bien obligé de reconnaître que Bosquillon, en recommandant de *saigner* et de *toujours saigner*, pour obéir au précepte d'Hippocrate, défigurait quelque peu la pensée du maître.

Mais n'est-ce pas le propre de bien des disciples d'exagérer les théories, de travestir la pensée de celui dont ils se sont fait les sectateurs !

Médecin de l'Hôtel-Dieu en 1788, Bosquillon traduisit les *Eléments de médecine* de Cullen et la chirurgie de Bell. Mais le nom de ce précurseur de Littré reste surtout attaché à la doctrine hippocratique et méritait d'être rappelé en ces jours où le *divin vieillard* de Cos est au premier plan de l'actualité médicale.

A. TURGON.

(1) BOSQUILLON mourut en 1816.

(2) AULARD : Paris pendant la réaction thermidorienne et sous le Directoire, t. V, p. 214.

(3) BONNAFOX DE MALET, *Journ. de médecine, chirurgie*. t. XXXIII, p. 183-185, 1815.

« L'un de mes maîtres nous racontait la consultation qu'il eut, au début de sa carrière médicale avec le regretté Lermoyez. Il s'agissait d'un cancer du larynx inopérable. Après un examen prolongé afin d'égarer les doutes du malheureux patient, Lermoyez entraîna son élève vers le lavabo.

Tout en se lavant les mains — Ponce-Pilate involontaire et désolé — le grand laryngologiste lui chuchota dans l'oreille : « Une thérapeutique ? Browning ! Browning ! »

Cette exclamation dramatique nous vient à l'esprit sinon aux lèvres en présence d'un cancéreux de l'œsophage, après un diagnostic irréfutable basé sur la radio : scopie et graphie sur l'œsophagoscopie et, sauf impossibilité, sur la biopsie.

Je n'ai personnellement, en de telles circonstances, jamais vu un malade survivre plus de dix-huit mois, outre ce verdict impitoyable, nous ne pouvons, hélas ! obtenir que des sursis ». (Docteur M. WISNER. — Le cancer de l'œsophage. Enquête de *La Vie Médicale*, 10 novembre 1937.)

Echos et Glanures

Georges Duhamel vigneron. — *De moins en moins les écrivains pourront vivre de leur plume. Leur faudra-t-il chercher un autre métier ? Lequel ? Voilà ce qu'un collaborateur des* NOUVELLES LITTÉRAIRES (27 novembre 1937), *M. Paul Mourousy, est allé demander à quelques écrivains. Et voici la réponse de M. Georges Duhamel :*

— Comment ! Vous ne savez pas le métier que j'aurais choisi ? Mais c'est de notoriété publique. Médecin. Les rapports entre mon ancienne profession et ma carrière littéraire sont plus étroits qu'on ne le croit. Pour les auteurs, les médecins représentent un tiers de leurs lecteurs. C'est une profession généreuse, curieuse, j'entends avide de connaître.

Mais il y a d'autres professions qui m'attirent. J'y songe quand je suis dans ma maison de campagne. Je voudrais être vigneron.

— Vigneron ?

— Ah ! si j'étais vigneron, Monsieur, je serais l'homme le plus orgueilleux du monde. Mais je suis un écrivain, et il n'y a plus à revenir là dessus.

Bacchus au *Mercure de France*, voilà, ajoute M. Mourousy, qui pourrait égayer la façade antique et austère de la rue de Condé ! Si ce pauvre Verlaine ressuscitait, on l'y verrait chaque jour porter ses manuscrits.

Arnold Netter. — *Extrait du discours prononcé par les Professeurs Debré, le 21 novembre 1937, lors de l'apposition d'une plaque commémorative de la naissance d'Arnold Netter à Strasbourg, place de l'Homme-de-Fer.*

..... Arnold Netter fut un clinicien un bactériologue, un hygiéniste. Dès sa jeunesse, il avait compris la nécessité d'adjoindre les investigations de la microbiologie aux examens de la clinique, tout en restant un clinicien fidèle à l'étude et aux soins du malade. Il fut dans ce domaine un pionnier dont l'influence n'a pas cessé de guider les générations nouvelles. La méthode de travail d'Arnold Netter fut un modèle d'application énergique, de persévérance, de patience et enfin d'information immense : Arnold Netter lisait dans leur texte original— quelle que fut la langue — toutes les publications médicales. Il appréciait sans sévérité, mais avec lucidité, les auteurs dont il étudiait les ouvrages pendant les longues heures qu'il passait à la Bibliothèque de la Faculté ou de l'Institut Pasteur. Il devint ainsi une sorte d'érudition vivante à laquelle chacun de nous venait puiser. Arnold Netter possédait dans sa mémoire remplie de riches trésors, les notions les plus précises sur la géographie et l'histoire des maladies, sur l'épidémiologie, la bibliographie médicale.

Il se donna, durant toute sa vie, pour tâche d'avertir les médecins des dangers qui menacent. C'est lui qui annonça la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, l'encéphalite ; quand l'épidémie redoutable commence à se développer, c'est Arnold Netter et lui seul qui en reconnaît les premiers cas.

Son œuvre scientifique est considérable. La description et le traitement des méningites aiguës, l'épidémiologie, le diagnostic et la thérapeutique de la poliomyélite, la connaissance de l'encéphalite léthargique, le mode de propagation du typhus exanthématique — où il fut le précurseur de son illustre élève et ami très cher Charles Nicolle — les rapports entre la varicelle et le zona, constituent les éléments les plus connus et les plus originaux de ses découvertes médicales. Mais que de belles recherches il nous faut passer ici sous silence ! S'il pût accomplir cette tâche, c'est qu'il vécut comme un clerc hors des frivolités du monde, la pensée appliquée méthodiquement et constamment à son beau travail — le plus beau peut-être qui soit au monde — celui de médecin, et particulièrement de médecin des enfants.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS
THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

Vers lui — comme vers celui qui connaît les secrets des maladies graves, les remèdes capables de sauver un petit être en péril de mort — sont montés pendant des années les appels angoissés et les cris de détresse des parents suppliants. Arnold Netter ne cessa de répondre avec diligence à tous ceux qui se tournaient vers lui.

Mais pour lui, comme pour nous tous, les heures culminantes de ses lourdes journées, surchargées de tâches, étaient celles qu'il passait à l'hôpital. Evoquons cette scène : une compagnie de jeunes hommes attentifs, revêtus de la blouse blanche de nos hôpitaux, au milieu de lits et de berceaux où sont couchés de petits êtres malades, écoute avec déférence un vieillard sage qui parle peu, mais dont le regard, l'oreille, les doigts, savent tout percevoir. Le chef ressemble à un prophète de l'ancien testament son corps un peu alourdi par les ans est courbé, son visage est lumineux, un sourire fait souvent se plisser ses traits, sa main saisit sa barbe chenue ou sa chevelure blanche et bouclée, sur son entourage il étend un regard plein à la foi de vivacité et de douceur. Chacun des étudiants s'efforce de saisir et de retenir la méthode simple en apparence, raffinée en réalité, grâce à laquelle ce médecin perspicace, intuitif et instruit, découvre le mal caché, et enfin quel est celui qui ne rêve, s'inspirant de son exemple, de joindre tant de science à tant de bonté ? Est-il, Messieurs, une image plus belle qui fasse un plus grand honneur à notre pays et à l'homme même ? C'est le médecin d'enfants, respecté entre tous, que la Société de pédiatrie m'a chargé de saluer aujourd'hui devant vous.

La bonté d'Arnold Netter n'était pas entachée de mollesse. Nous l'avons vu souvent saisi d'une juste et forte colère contre les sots, les prétentieux, les méchants et les lâches. Son caractère est droit, ferme, fidèle, il est absolu dans ses opinions, entier dans ses jugements, il suit la route qu'il s'est à lui-même tracée, il n'admet ni réserve ni compromis, ignore tout calcul, garde devant la vie une pureté de cœur qui, sans la faiblesse de la naïveté, le préserve de toute tache et lui donne une autorité morale, par tous reconnue et acceptée.

Netter vécut au milieu de l'affection, de l'admiration et du respect de ses contemporains, car dans un pays libre, quelle que soit la doctrine que professent les citoyens, la règle de vie à laquelle ils obéissent, la foi qu'ils confessent, tous vénèrent l'homme juste, et Arnold Netter était cet homme.

Mais tous ces éléments fondamentaux de son esprit, Arnold Netter ne les tient-il pas de ses origines mêmes ? La solidité des amitiés, la franchise, la fidélité aux attachements, la persévérance, un certain entêtement, sont les caractères mineurs de l'âme alsacienne.

Strasbourgeoise, la famille d'Arnold Netter l'est depuis cent cinquante ans. Son grand-père naquit en 1785 dans la banlieue de la ville, et ses parents, peu de temps après, viennent s'installer dans la maison même où il devait naître. Ses souvenirs d'enfance sont liés aux années douloureuses de sa petite patrie : c'est sur les glacis des fortifications de Strasbourg qu'enfant de quinze ans, il vit camper les zouaves, les turcs et les chasseurs d'Afrique, avant Wissembourg et Froeschwiller. Il devait, au lendemain des défaites, les voir revenir blessés et épuisés. C'est d'ici qu'il assista au siège de Strasbourg, au bombardement de la ville, c'est d'ici qu'en charrette il partit avec sa mère et sa sœur pour se réfugier loin de la ville vouée aux flammes par l'ennemi.

C'est d'ici que la guerre finie, l'Alsace perdue, Strasbourg livré, il partit avec les siens pour Nancy, après que son père eût opté, en son nom et au nom de ses enfants, pour la patrie française. Batailles, siège, bombardement, populations arrachées à leur patrie, familles en exil, voici les images offertes à son enfance. On devine quels sentiments elles lui inspirèrent et quelle émotion profonde, prestigieuse, lorsque devenue vieux, il sentit qu'allait commencer une nouvelle et affreuse guerre. Jamais sa foi patriotique ne fléchit. Comme les Alsaciens, il connaissait l'Allemagne, ses qualités et sa force, mais il savait bien ses défauts et il ne désespéra jamais de la victoire. Je n'oublierai de ma vie son regard et sa voix, quand revenant des Vosges à la veille de la Grande Guerre, il me racontait sa rencontre dans les plaines lorraines avec tant de nos soldats, qui se préparaient à mourir pour leur pays. Quelle fut sa déception aussi quand au soir de son existence, il comprit que la victoire de la France n'avait pas établi dans le monde la paix qu'il avait rêvée.

Arnold Netter appartenait à une de ces familles spirituelles où

l'attachement pour la France est un patrimoine sacré ! Il avait l'amour de sa patrie, dans le sens le plus profond et le plus plein de la vieille et belle expression latine. J'aimais avec sa pudeur, ses ardeurs et ses joies secrètes, sa tendresse indulgente, ses soucis et parfois son affreuse angoisse. Mais comme il est de règle parmi les Français, jamais l'amour de la patrie ne le conduisait au mépris des autres nations, encore moins à la haine entre les peuples. Il pensait que la France est la dépositaire de biens qui sont utiles à l'humanité entière.

BIBLIOGRAPHIE

MÉDECINE

Le système végétatif, par Tinel. Masson, éditeur 1938.

Le système végétatif est de plus en plus à l'ordre du jour. On ne peut dire que son domaine s'étend, mais il est mieux reconnu et exploré. Les deux éléments nerveux qui le constituent nerfs médullaires ou centraux d'une part, sympathique de l'autre, ont tous leurs réactions particulières, leurs affinités électives, leur appétence spéciale, si je puis dire, et peut-être même leur sécrétion propre. Le syndrome des uns s'oppose au syndrome des autres, presque élément à élément. Et en ce qui concerne spécialement les viscères, cœur, estomac, intestin, l'antagonisme s'affirme au point qu'on a non seulement schématisé la physionomie clinique, mais aussi l'orientation thérapeutique.

Ce sont des points que les Eppinger et Hess, les Guillaume, ont bien mis en valeur et aussi les pharmacologues en ce qui concerne les excitants chimiques.

L'histologie raffinée a séparé les fibres amyliniques des myéliniques, elle a repéré les ganglions et même découvert des cellules isolées. Le rôle de ces éléments n'est pas négligeable et sans doute les uns et les autres n'ont-ils pas les mêmes fonctions et ne captent-ils pas les mêmes ondes. Il en est pour la sensibilité, pour la chaleur, le froid. Il en est peut-être aussi pour la douleur. Le problème des réflexes, des constrictions vasculaires et des dilatations, des réactions douloureuses même s'est singulièrement raffiné depuis plusieurs années, mais il s'est aussi compliqué. Le système végétatif paraît intervenir partout, plus souvent en tous cas qu'on ne le croyait jadis, pour définir une douleur hors de son territoire et même a projeter à distance.

Mais la thérapeutique a bénéficié de ces recherches. Elle a montré le rôle des substances sympatholytiques, des médicaments vaso-dilatateurs dans l'atténuation des douleurs des artères périphériques ; les bienfaits des injections directes, dans le plexus nerveux ou dans le ganglion correspondant, voire des réactions ganglionnaires ou des sections des cordons. Nous connaissons la répercussion centrale. Nous connaissons même le terrain qui accroît la sensibilité et qui renforce la douleur, terrain chimique et glandulaire qui mérite l'emploi non seulement de la banale antipyrine ou de l'aspirine, mais encore de vitamines, de médicaments endocriniens, même de certains sels minéraux.

Toutes ces notions sont contenues, développées ou concrétées dans le livre que le Docteur Tinel vient de publier chez Masson. Un très beau livre dont toutes les pages, il en est plus de 800, méritent d'être lues, où l'on trouvera l'anatomie, la physiologie, les lésions, les réactions du système végétatif, l'étude des syndromes qu'il réalise, des médicaments qui le calment ou l'excitent, des intermédiaires chimiques même qui transmettent, du nerf à l'appareil, l'excitation nerveuse. Et aussi une thérapeutique complète où tout est passé en revue, depuis le médicament jusqu'à l'intervention. Ce livre fait honneur à son auteur dont l'érudition, la sagesse, la conscience sont connues. Il fait aussi grand honneur à la médecine française car il est un monument. Le moins que l'on puisse dire, c'est que de longtemps il ne sera pas possible d'écrire mieux ou plus sur le même sujet. — Maurice Loeper.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Claude (Henri), Lévy-Valensi (J.). — **Les états anxieux**. 432 p. Br. : 60 fr. Maloine.

Duz (Dr M.). — **Traité pratique de médecine astrale et de thérapeutique**. 152 p. (190 gr.). Br. : 25 fr. Chacornac.

Feuillets médicaux (2e année). Br. : 275 fr. Maloine.

Hovelacque (A.), Monod (Olivier), Evrard (Henri). — 13 **coupes horizontales du thoraz**. Br. 215 fr. Maloine.

Lecoq (Raoul). — **Déséquilibres alimentaires et nutritifs**. 128 p. Br. : 30 fr. Vigot.

Planches anatomiques de l'homme. Br. ch. pl. : 35 fr. : la série de 12 pl. : 375 fr. Maloine.

Ramoud (Louis). — **Conférences de clinique médicale pratique**. 380 p. Br. : 50 fr. Vigot frères.

Tetau (J.). — **Homéopathie**. 120 et 165 p. Br. 2 vol. ch. : 18 fr. Maloine.

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET CIE

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 50 — 11 DÉCEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. Roussy, Brindeau et Sergent, anciens professeurs à la Faculté de médecine.

— Thèses de médecine. — 13 décembre. — Mlle Lecler : Le traitement du syndrome toxique cholérique du nourrisson par l'instillation intra-veineuse continue.

14 décembre. — M. Bachmann : Traitement des noevo-carcinomes par l'électro-coagulation et la chirurgie électrique. — M. Becker : L'ostéomyélite du maxillaire inférieur. - Mlle Onfray : Contribution à l'étude de la création d'un vagin par greffes cutanées libres.

15 décembre. - M. Aouizerate : Traitement du paludisme chez la femme enceinte par la quinine et les dérivés synthétiques. — M. Bargain : Trois années au dispensaire Hillairet de l'hôpital Saint-Louis.— M. Converset : La chaptalisation des moûts. — M. Dubuisson : Contribution à l'étude de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Nomeir : La méningite cérébro-spinale en Egypte. — M. Tirel : Quelques règles d'hygiène pour l'hospitalisation des enfants tuberculeux.

16 décembre. — M. Azuelos : Contribution à l'étude des phénomènes d'intolérance aux substances à composition chimique définie. — M. Husset : Etude des principaux facteurs du diagnostic clinique. — M. Menguy : Etude sur les lésions consécutives aux états de choc. — M. Vallado : Interventions sur les voies respiratoires supérieures et tuberculose pulmonaire. — M. Blaire : Contribution à l'étude du traitement de l'érythrémie par la radiothérapie et en particulier par la téléroentgenthérapie totale. — M. Froim : L'étiologie et la prophylaxie du goître eudémique en Roumanie.

— Vacances de Noel et du Jour de l'An 1937-1938. — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du *vendredi* 24 *décembre* 1937 *inclus* au *dimanche* 2 *janvier* 1938.

Secrétariat.

Les bureaux du Secrétariat seront fermés :

1° Le vendredi 24 décembre ;

2° Du mercredi 29 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938.

Bibliothèque.

La bibliothèque sera fermée du vendredi 24 décembre inclus au dimanche 2 janvier 1938.

Une séance spéciale pour le service de prêt et de lecture aura lieu le jeudi 30 décembre, *de* 14 à 17 *heures.*

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le Professeur Maurice Chiray fera la leçon inaugurale de son cours le lundi 17 janvier 1938, à 18 heures, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera ses leçons, dans le Petit amphithéâtre, les vendredis et lundis suivants, à 16 heures.

Ce cours sera complété par une série de vingt leçons d'hydrologie thérapeutique et de climatologie pratiques, avec présentation de malades, à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de ce dernier enseignement.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Jury : MM. Merklen, Michaux, Launay, Lenègre, Gérard-Marchant, Couvelaire, Jean Gosset, Sauvage et Aubry.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Vrasse : 60 points; Friez : 59 points; Maleplate : 55 points ; Bornet : 53 points.

Epreuves de nomination : 1° *Epreuve orale théorique de pathologie ou de thérapeutique dentaire.* Question posée : Dents incluses. Signes, diagnostic et traitement. Ont obtenu : MM. Maleplate : 16 ; Bornet : 15 ; Friez : 18 ; Vrasse : 15.

Epreuve orale d'orthodontie. Questions posées : Malformations et déformations consécutives à l'extraction d'une ou plusieurs molaires temporaires. Comment les éviter et les traiter. Ont obtenu : MM. Bornet : 18 ; Friez : 15 ; Maleplate : 16 ; Vrasse : 14.

— Mutations des chefs de service des hôpitaux au 1er janvier 1938. — 1° Electro-radiologistes chefs des services centraux :

a) A l'hôpital Beaujon (en remplacement de M. le Docteur Aubourg atteint par le règlement sur la limite d'âge), M. le Docteur Gérard, de l'hôpital Boucicaut.

b) A l'hôpital Boucicaut, M. le Docteur Joly, titularisé.

c) A l'hôpital de Vaugirard (remplacement de M. le Docteur Béclère, décédé), M. le Docteur Gally, titularisé.

2° *Chirurgien des hôpitaux* :

a) A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Docteur Baumgartner (limite d'âge) M. le Docteur Küss (mutation intérieure).

A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Docteur Küss), M. le Docteur Desplas, de la Maison de retraite des ménages.

A la Maison de retraite des ménages. M. le Docteur Madier, titularisé.

b) A l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Docteur Gernez, décédé) M. le Docteur Girode, titularisé.

c) A l'hôpital Beaujon, M. le Docteur Robert Monod en remplacement de M. le Docteur Basset.

A l'hôpital Broussais-La Charité, M. le Docteur Basset, en remplacement de M. le Docteur Robert Monod.

d) A la Maison municipale de santé (service temporaire) M. le Docteur Moulonguet, chirurgien des hôpitaux.

e) Chirurgien consultant à la Fondation Paul Marmottan : M. le Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, en remplacement de M. le Docteur Madier titularisé.

Amphithéâtre d'anatomie.— Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par MM. les Docteurs P. Aboulker et J.-C. Rudler, prosecteurs, commencera le lundi 3 janvier 1938, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. *Chirurgie courante de la main* : traitement des panaris, phlegmons de la main. Sutures tendineuses. Amputations partielles et totales des doigts. — Les assistants répéteront : les incisions de drainage des panaris et phlegmons de la main, les sutures tendineuses des fléchisseurs, les amputations des doigts.

II. *Chirurgie des parois thoraciques* : Résection costale, pleurotomie. Ablation du sein pour cancer. — Les assistants répéteront : la pleurotomie avec résection costale, l'ablation du sein avec curage axillaire.

III. *Chirurgie des parois abdominales* : Hernies inguinale, crurale, ombilicale. — Les assistants répéteront : la cure opératoire des hernies inguinale, crurale, ombilicale.

IV. *Chirurgie du tube digestif* : Généralités sur les sutures intestinales ; la suture bord à bord. Résections intestinales. Gastro-entérostomie. — Les assistants répéteront : la résection intestinale, la gastro-entérostomie.

V. *Chirurgie du tude digestif* : Gastrostomie. Appendicectomie. Anus artificiel. — Les assistants répéteront : la gastrostomie, l'ablation de l'appendice, l'anus cæcal et l'anus iliaque gauche.

VI. *Chirurgie de la vésicule biliaire* : Cholécystostomie, cholécystectomie.— Les assistants répéteront : la cholécystostomie, la cholécystectomie.

VII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystéropexie, colpopérinéorraphie, colpotomie. — Les assistants répéteront : l'hystéropexie, la colpopérinéorraphie, la colpotomie.

VIII. *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* : Hystérectomie subtotale et totale. Castration unilatérale. — Les assistants répéteront : la castration unilatérale, l'hystérectomie.

IX. *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme* : Opérations sur le testicule et ses annexes (hydrocèle, épididymectomie, castration). — Les assistants répéteront : le retournement de la vaginale, l'épididymectomie, la castration.

X. *Chirurgie du rein* : néphropexie, néphrostomie, pyélostomie, néphrectomie. — *Chirurgie vésicale* : la cystostomie suspubienne. — Les assistants répéteront : la néphrostomie, la néphropexie, la pyélostomie, la néphrectomie, la cystostomie.

Société de pathologie comparée. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 14 décembre 1937, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. Martel, président de l'Académie de médecine.

Ordre du jour. — *Correspondance. Les anémies vermineuses chez l'homme et chez les animaux* : M. le Professeur Henry (d'Alfort), rapporteur : Les anémies vermineuses chez les animaux ; M. le Professeur agrégé Paul Chevalier, rapporteur : Les anémies vermineuses chez l'homme ; M. J. Dufrénoy : Le dépérissement vermineux des plantes. — M. Velu (de Casablanca) : Les anémies vermineuses du bétail dans les pays d'élevage extensif : M. Taskin : Les anémies dues au trichocéphale ; MM. Lesné et Briskas : La thérapeutique cuprique dans les anémies par carences.

Prière de se faire inscrire immédiatement pour le banquet qui aura lieu à 8 heures précises au Restaurant des vins d'origine (ancien Marguery) 34-36, boulevard Bonne-Nouvelle (Prix : 50 francs, tout compris, tenue de ville).

Académie Duchenne de Boulogne. — L'Académie Duchenne de Boulogne dont le but est de récompenser les travailleurs indépendants pour honorer la mémoire de Duchenne de Boulogne, a décerné le jeudi 8 décembre 1937, son prix annuel de dix mille francs, à M. le Docteur Louis Bory, pour l'ensemble de ses travaux portant sur la pathologie générale, la pathologie expérimentale et comparée, la chimiothérapie du soufre et la dermato-syphiligraphie.

Ce prix est attribué chaque année, le premier jeudi de décembre, à la suite d'un vote secret.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire, doivent être adressés au secrétariat de l'Académie, Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris, avant le 1er octobre de chaque année.

Hôpitaux de Lyon. — *Concours de l'externat.* — Sont nommés :

Externes titulaires : MM. Dupré, Guillet, Violette, Delètre, Meley, Feroldi, Tholon, Wegelin, Revol, Courjon, Maral, Müller Maurice, Dujet, Millet, Jonquères, Dumont, Lefèvre, Lançon ; Mme Jaudoin, MM. Berger, Martin Alfred, Jacquemet ; Mlles Meynard, de Rosière ; MM. Guigou, Guillotte, Révillon ; Mlle Galillard ; MM. Dumarest, Martin Henri ; Mlle Fargère ; MM. Mure, Martin Jean, Meyer, Colin, Trau van Khai, Rozier, Verhoeven, Perrin, Liou Tchunog Tche, Mandryka, Meynadier, Darbon, Oudot, Bachet, Vialtel, Coirault, Biltard, Borleau, Charpin, Bérard, Favier, Bruno, Fayard, Massin, Lesnis, Tronel, Cairier, Carre-Pierrat, Dubois, Rabechault, Beurier, Brun,

Eglène : Mlle Bonier ; MM. Gamet, Girard-Madoux, Rigal, Issert, Philippe.

Externes suppléants : M. Armand ; Mlle Maillefaud ; M. Desjardins ; Mlle Aubert ; MM. Beyssac, Picq, Maisonneuve, Muller Félix, Anav, Benoist, Leborgne, Voegtlin, Mazes, Foucrier, Bernard, Teil, Delavay ; Mlle Faure ; M. Roy ; Mlle Franchet ; MM. Tiegler, Pellenc, Tabutin.

Hôpitaux de Montpellier. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Claude Gros, André Vedel, René Soulier, Jean Bigonnet, Eric Nègre, René Passouant.

Externes en premier : MM. Souchon, Bosc, Duc, Fabre.

— Le *Concours de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : Mlle Marianne Cadier ; M. Gilbert Blaquière ; Mlle Geneviève Vinon ; MM. Jean Andreani, Lucien Dinguirard ; Mlle Juliette Rabejac ; MM. Jean Etienne, Alfred Campo, Jacques Germer-Durand, Paul Belvèze ; Mlle Antonia Orisni ; MM. Claude Baillet, Hervé Roussignol, Georges Sauret ; Mlle Yvonne Fabre ; MM. Emile Bénézech, Georges Mazyer.

Externes provisoires : MM. André Rolland, Etienne Boissier ; Mlles Madeleine Portes ; MM. Fabre de Morlhon, Robert Graefland, Emmanuel Ponsoye, Pierre Amiel.

Ecole de médecine de Reims. — A la suite du concours ouvert le 25 octobre, le Docteur Maurice Jacquet a été nommé professeur suppléant des chaires d'anatomie, histologie et physiologie.

Sanatoriums de Villiers-sur-Marne et d'Arnières. — Le concours pour l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums de Villiers (Aisne) et d'Arnières (Eure), de la Renaissance Sanitaire, qui comportait trois places et onze candidats, s'est terminé par la désignation de MM. Parrique, Becuwe et Forestier.

Hôpitaux de Marseille. — A la suite d'un concours, M. le Docteur Marius Audier a été nommé médecin des hôpitaux.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux de Nîmes s'ouvrira au mois de mai 1938.

Ce concours est ouvert aux docteurs en médecine français installés à Nîmes avant le 30 avril 1936. Inscriptions avant le 20 avril 1938, au secrétariat de la Commission administrative des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes.

Société de thérapeutique. — *Prix Antoine Courtade.* — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans les arrérages du legs Antoine Courtade (1.250 francs) « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société, ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques, devront être envoyés au secrétaire général (Docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e), avant le 1er mars. Ils peuvent être adressés soit par le candidat lui-même, soit par un membre de la Société. Aucun acte de candidature personnelle n'est nécessaire, et l'anonymat est admis. Les candidats devront justifier de leur qualité de Français.

Une médaille à M. le Professeur Sabrazès (de Bordeaux). — Un Comité comprenant les présidents d'honneur : MM. le recteur Roussy, le Professeur Vincent, les Doyens Sigalas et Mauriac, le Professeur Réchou, le médecin général Cazamian ; le président, M. le Professeur Denigès ; les vice-présidents, MM. les Professeurs Dupérié et Bonnin ; le trésorier, M. le Docteur Pauzat, s'est constitué en vue d'offrir une médaille commémorative à M. le Professeur Sabrazès, à l'occasion de son admission à l'honorariat.

Une souscription est ouverte, donnant droit à une médaille en bronze, pour tout versement minimum de 70 francs. Adresser le montant des souscriptions à M. le Docteur Pauzat, trésorier, compte-courant Bordeaux 43.193.

TRAVAUX ORIGINAUX

La tache « hépatique » (*)

Par **Michel ALBEAUX-FERNET** et **Hans KOHN**

Les nævi et taches pigmantaires ont, depuis toujours excité l'imagination et la curiosité populaires. Mais aussi les savants les plus illustres leur ont prêté des significations spéciales. On croyait que les « signes », « envies », « nævi materni », « taches de vin » étaient causés par certaines affections organiques ou psychiques du porteur ou de sa mère. Les interprétations mystiques et physiognomoniques des *Septalius* (1606), *Elsholtius* (1654), *Lavater* (1) leur ont donné une importance toute particulière.

Si le public éclairé d'aujourd'hui ne croit plus aux « envies », il n'en est pas de même pour les « taches hépatiques » auxquelles il attribue toujours une certaine valeur sémiologique. On voit assez souvent des personnes s'alarmer pour ces anomalies cutanées et consulter des spécialistes des maladies du foie. Etant donné le rapport indiscutable entre le foie et certaines altérations pathologiques de la peau (2), il nous a semblé intéressant de chercher l'origine de cette curieuse expression qui se retrouve dans plusieurs langues (allemand : Leberfleck, Lebermahl ; anglais : Liverspot, hepatic spot ; hollandais : Levervlek, Leverpuist ; hongrois : Majfoltok ; tchèque : jabrové skvrny ; italien : macchia epatica, fegatoso), d'en suivre l'évolution et d'en préciser la signification pathogénique.

Or, la « chaleur de foye » que les anciens croyaient causée par « l'intempérie chaude du foye » (3), les « taches hépatiques des maladies du foie » (4) doivent leur nom à une fausse interprétation étymologique remontant probablement à la fin du XVIe siècle.

***

L'expression est d'origine allemande. Le « Leberfleck » est une appellation populaire fréquemment employée qu'on peut trouver dans les œuvres de Gœthe (1), Schiller (5), Gellert (6). Ce mot signifie en réalité « tache de la couleur du foie (7). Il y a nombre d'autres expressions germaniques à « Leber... » dont la partie « Leber » indique la couleur de l'objet. Il existe même un adjectif « leberfarben », c'est-à-dire « couleur de foie ».

On trouve le Leberfleck pour la première fois en 1563, chez *Paracelse* (8), dans le chapitre « De Lentigine vulgo Laubflecken im Angesicht, Leberflecken ». Ne distinguant pas les lentilles des éphélides (Laubflecken) ni des taches hépatiques, il dit de ces taches : « Die inexperti und selbige Doctores sagen, dieses komme von Cholera : und die Münnch sagen, es komme von Keuschheit : aber ich sag, der Lentigo sey ein Blüt, des liquoris Mercurii » (Traduction : « Les gens sans expérience, même des docteurs, disent qu'elles seraient causées par le choléra et les moines disent par la chasteté, mais moi, je dis que c'est une efflorescence de la Liquor Mercurii ». *Paracelse* connaît encore la vraie signification du mot Leberfleck, puisqu'il parle plus loin de « Leberfarben masen » (taches de la couleur du foie). Aussi l'idée ne lui vient pas de chercher une affection hépatique dans l'étiologie de ces pigmentations.

En 1596, Regnier Solenander (9) donne une longue description de la tache hépatique, mais il ne cite ni terme allemand, ni latin : « In symptomate, seu corporis affectu, qui cutem lituris et maculis luridis, fuscis, et subnigris conspurcat, potissimum circa pectus et dorsum ».

Plater, (10), en 1608, distingue les « lentigines » (Laubflecken) des « maculæ fuscæ latæ ». Mais lui non plus ne donne pas de nom allemand ni latin aux dernières.

Ce n'est que chez Hafenreffer (11), en 1630, que nous retrouvons le terme « Leberfleck ». Ne connaissant pas de nom latin correspondant, il propose le terme de « umbræ ». Il écrit « ..... à germanis dic Leberflecken quod subnigricante suo colore, hepar vel referarit, vel ex eiusdem qualitate praeter naturam sanguinem adurente, nigricantemque colorem cuti inferente, causa fovens habeatur ». L'expression allemande s'expliquerait donc d'après lui, soit par la couleur analogue, soit par la « propriété du foie de brûler excessivement le sang et de communiquer une teinte noirâtre à la peau ».



Frontispice des Practicæ Medicinæ Liber primus, de Sennert

Enfin, en 1634, Daniel Sennert (12) donne la traduction latine de l'expression allemande dans le chapitre « De maculis a Germanis Epaticis dictis ». Il croit être le premier à décrire les « Leberflecke » sous cette dénomination. Donc il ignore que les ouvrages de Paracelse et de Hafenreffer en font mention. Sennert ne connaît qu'une interprétation du Luberfleck : « Vulgo notus est affectus, quem Germani Leberflecke, nominant proculdubio, quod ex epate ortum habere credant (très connue est l'affection que les allemands appellent Leberflecke, sans doute parce qu'ils la croient causée par le foie) ». Dès lors, il n'est pas surprenant que cet organe joue un rôle important dans l'étiologie des taches hépatiques chez Sennert : « La cause des Maculae hepaticae est, soit l'humeur trop sèche et mélancolique transportée à la peau avec l'aliment des parties du corps, soit le sang trop boueux et épais qui chasse à la peau ce qui doit être excrété, tout en ne pouvant être assimilé. Et même si le sang trop boueux est sécrété par un foie trop sec (d'où le nom allemand Leberflecke,

(*) Travail du Service du Prof. Noël FIESSINGER

maculœ hepaticœ) je crois pourtant que la rate n'est pas hors de cause parce qu'elle est également hématopoiétique ». Il s'exprime encore plus nettement dans le pronostic : « Ces taches ne sont en soi nullement dangereuses ni gênantes, elles ne causent aucune vilaine difformité, puisqu'elles n'apparaissent pas sur le visage ni sur les mains comme les lentilles, mais sur les parties couvertes par les vêtements. Mais en raison de la cause qui est à leur origine, et de la constitution déficiente du foie et de la rate, elles prédisent d'autres maladies. Et assez fréquemment, j'ai observé à leur suite des fièvres tierces et quartes ». La description Sennertienne de la macula hepatica n'est pas sans intérêt : « Ce sont des taches brunes ou des taches jaunes qui noircissent. Elles sont larges comme la main et occupent surtout l'aîne, le dos et parfois même tout le thorax. Une légère aspérité caractérise ces



L'éphélide hépatique
Gravure extraite de L'*Atlas* d'Alibert (1806)

taches qui s'accompagnent de desquammation de légères écailles furfuracées. Elles ne restent pas toujours au même endroit, elles se déplacent ; parfois elles disparaissent pour réapparaître un peu plus tard... Si l'on peut les assimiler au vitiligo et à l'alphus noirs, ce que je crois, le lecteur doit en juger ». Sennert souligne, comme on voit, la ressemblance avec le vitiligo (13), mais il semble plutôt décrire, comme Willan (14) l'a remarqué, l'affection que ce dernier a appelée Pityriasis versicolor.

Daniel Sennert, (1572-1637) jouit d'une grande célébrité au XVIIe siècle et ses ouvrages connurent plusieurs éditions. Presque tous les auteurs se rapportaient à lui et il n'est pas étonnant que la « Macula hepatica » introduite par lui dans la littérature médicale, ait fait fortune. Déjà en 1644 nous la retrouvons, chez Ionston (15). Cet auteur donne d'ailleurs simplement un résumé de l'article de Sennert.

Mais, 40 ans plus tard, Thomas Willis, l'auteur célèbre de « l'anatomie du système nerveux », nie énergiquement la possibilité d'une lésion hépatique à la base de la tache pigmentaire (16) «... iisque plurimum insigniti, jecur minus sanum, aut saltem haud bene sanguificum habere creduntur ; quod tamen sub hac ratione verum non est (On croit que ceux qui ont beaucoup de taches hépatiques, ont le foie malade ou pas bien hématopoiétique ce qui pourtant n'est pas exact) ». Il explique la génèse des taches par « les impuretés et déchets du sang qui, insuffisamment filtrés par les organes sécréteurs, sont véhiculés à la peau avec le sérum dans lequel ils sont dilués. Là, séparés du sang et abandonnés par le liquide séreux avec ce qui est à évaporer, ils se fixent autour des extrémités des pores (comme la mousse qui s'accumule là où le fleuve devient étroit) ». Le savant anglais insiste sur le fait que des sueurs abondantes favorisent l'éclosion des taches hépatiques. En Allemagne aussi, on était frappé par ce détail. Il existait en effet à cette époque une autre expression germanique pour désigner ces taches : « Schweissfleck » (17) ou « tache de sueur ».

Le roi Charles II disait de Willis : « Il me tue plus de sujets qu'une armée ennemie ». Mais d'après ce qu'il dit du traitement de la tache hépatique, il a dû être un praticien plein de bon sens : « Un médicament ne semble nullement indiqué. Mais chez le public l'opinion se propage de plus en plus que ces taches indiquent une foie sérieusement menacé et qu'un traitement serait absolument nécessaire. Alors, pour satisfaire ceux qui exigent importunément des drogues, j'ai l'habitude de prescrire, à côté des cosmétiques externes, des remèdes internes pour le foie » et il en profite pour améliorer l'état général de ses patients.

Michael Ettmüller (1697) cite comme Hafenreffer les deux interprétations possibles de la tache hépatique : « Maculœ Epaticœ ita dicuntur, vel quod epatis colorem repraesentent, vel quod vitio epatis obstructi, nec rite sanguificantis, origi vulgo credantur » (18). D'après lui, elles seraient dues « à rien d'autre qu'un sérum nutritif acide qui, plus ou moins visqueux, se coagulerait dans les interstices des valvules lymphatiques ». Ces taches ne seraient guère distinctes des lentilles et Sennert aurait tort de critiquer Plater qui donne la même étiologie aux deux affections. Ettmüller ajoute à la description de Sennert le prurit sur lequel insisteront plus tard les auteurs pour distinguer la tache hépatique du pityriasis versicolor qui, lui, n'est jamais purigineux.

Signalons encore deux ouvrages du XVIIe siècle qui font mention de la Macula hepatica : Castellus (1688) qui les explique comme Ettmüller par une sorte de coagulation (20), et Manget (1695) qui copie littéralement une partie du chapitre de Willis (21).

Dans le dictionnaire franco-germano-latin de Comenius (1638), on trouve les « Leberflecken » et « Schweissflecken » correspondant aux « lentilles », « lentigo » des deux autres langues (17). Mais en 1679, le « Lexicon novum medicum » de Blankaart (19) traduit la Macula hepatica dans le hollandais : « Lever-Vlekken ». L'édition de 1690 du même ouvrage donne enfin les traductions française « Macule hépatique » et anglaise « The liver spot ».

Or, l'expression française prête très facilement à confusion puisque l'adjectif « hépatique » ne sert pas, en général, à désigner une couleur. La vraie signification de la tache hépatique resta toutefois connue, tant en France qu'en Allemagne, comme le prouvent les remarques de Frisch (1741), A. von Haller (1755), Lieutaud (1769) (23).

Nous avons déjà vu que la tache hépatique de Sennert ne constitue pas une entité morbide bien définie. Mais il semble que la confusion ait été plus grand encore au XVIIIe siècle.

J.-J. Woyts (1709) range aussi parmi les taches hépatiques le masque de la grossesse lequel en était pourtant séparé par Sennert sous le terme de « Ephelis gravidarum » (24).

Col de Vilars (1738) les rapproche de la couperose : « Les taches hépatiques, sont rouges, livides, plus ou moins larges. Elles s'élèvent quelquefois en boutons et viennent non seulement au visage, mais aussi en différentes parties du corps. Eles ne diffèrent de la Couperose, qu'en ce qu'elles sont séparées les unes des autres..... La cause de ces Taches est

la même que celle de la Couperose. C'est un sang chargé d'une lymphe visqueuse, qui s'engorge dans les tuyaux capillaires sanguins, s'infiltre dans les vaisseaux lymphatiques de la peau et fait des espèces d'ecchymoses. Plus l'engorgement des vaisseaux est étendu et l'amas des humeurs est considérable, plus ces taches sont larges et élevées. Elles rendent quelquefois la peau rude, inégale et causent un peu de démangeaison. Elles sont souvent l'effet d'un virus scorbutique ou vénérien. L'excès immodéré du vin, les aliments acides salés, grossiers et indigestes, et le vice ou l'abus des autres choses non naturelles, en sont aussi les causes éloignées » (3).

Boissier de Sauvages (1763) admet la supposition de Sennert et classe les taches hépatiques (« Vitiligo hepatica ») parmi la lèpre (« vitiligo alphus »), le « vitiligo leuce » et le « vitiligo melas » dans le chapitre de « Morphée-Vitiligo » (26). Renversant les rapports entre cause et effet, il écrit qu'elles « paroissent après les fièvres tierces, quartes ».

D'après Plenck (1776) « l'ephelis hepatica » affecterait les jeunes filles mal réglées, les porteurs de « haemorrhois caeca » et ceux dont le foie est malade (28). On appellerait cette tache aussi « Hepatizon ».

Lieutaud (1769) assimile les taches hépatiques aux dartres (23).

Une édition allemande du dictionnaire de Blankaart (29), datant de 1788, donne la curieuse classification que voici :

1° Die Sonnenleberflеken (Taches hépatiques solaires. Ephelis solaris) ;

2° Feuerleberfleken (Tache hépatique par brûlure. Ephelis ab igne) ;

3° Leberfleken der Schwangeren (Taches hépatiques des femmes enceintes. Ephelis gravidarum) ;

4° Leberfleken von Leberkrankheiten (Tache hépatique des maladies du foie. Ephelis hepatica. Hepatizon) ;

5° Leberfleken bei Neugebornen (Ephelis neonatorum).

Johann Peter Frank (1792) choisit le terme de « Chloasma » pour sa classification des taches pigmentaires et appelle la tache hépatique « Chloasma pseudoporrigo » parce qu'elle ressemblerait au porrigo. Le terme de tache hépatique serait seulement admissible si l'on veut dire par là que les hémorrhoïdes qui en sont une des principales causes, témoignent d'un mauvais état du système porte (30).

Robert Willan décrit en 1798 le pityriasis versicolor (14). « The maculae hepaticae described by Solenander, and Sennert seem referable to the present article ».

Swediaur (1812) donne à la tache hépatique deux dénominations différentes, celle de « Kelis fulvescens » et celle de « Alphus niger ». Praeprimis gravidis, difficulter aut male menstruatis, aut haemorroïdibus laborantibus infestae » (31).

Toutes ces nouvelles créations de termes pour désigner la tache hépatique, témoignent de la difficulté qu'éprouvaient les auteurs de cette époque à établir une classification rationnelle des maladies de la peau. Alibert (32), le célèbre dermatologiste de Saint-Louis, se trouve dans le même cas. Voici un résumé de ses idées donné par Gibert (33) : « Le pithyriasis versicolor rangé autrefois dans les éphélides, par M. Alibert, et décrit aujourd'hui par le même auteur, sous le nom de pannus hepaticus, dans le groupe des dermatoses dischromateuses, se distingue par la coloration grisâtre fauve, jaunâtre, safranée qui avait fait donner à cette affection le nom de taches hépatiques...

Alibert avance que l'éphélide hépatique est fréquemment accompagnée d'une altération grave dans les fonctions du foie, il ajoute même que dans ce cas la maladie peut faire des progrès très dangereux.

Bateman dit au contraire (et ce nous semble avec raison) que le pityriasis versicolor est ordinairement de peu d'importance et très rarement accompagné de quelque dérangement interne ».

Alibert n'a point été trompé par l'expression de tache « hépatique » pour accuser une lésion du foie. Il écrit lui-même :

« Ce n'est point parce qu'on a cru apercevoir entre ces taches et les altérations du foie une sorte de corrélation, qu'on les a nommées taches hépatiques, c'est plutôt parce qu'on a cru voir de l'analogie entre leur couleur et celle de cet organe. C'est ainsi que, dans l'histoire naturelle médicale, une substance figure sous le nom d'aloes hépatique ». Alibert se base sur ses propres observations cliniques : « Je pourrais décrire cette maladie avec toutes ses complications ; en effet qu'elle soit quelquefois accompagnée d'une altération grave dans les sécrétions biliaires, et dans ce cas, elle peut faire des progrès dangereux. Le fond de la peau est alors d'un jaune safran très prononcé ; souvent il est d'un jaune très pâle, comme cela s'observe dans les feuilles mortes de certains arbres ; les malades ressentent alors, dans l'intérieur de l'abdomen, une espèce de gène et de malaise qu'il est difficile de retracer ; c'est ce qui les rend d'un caractère inquiet et morose, et les porte continuellement aux idées mélancoliques..... Il est assez bien démontré pour nous qu'un état de torpeur survenu dans les fonctions du foie contribue souvent à les (les taches hépatiques) déterminer. Les nécroscopies exécutées par M. Dauvergne de Valensole prouvent qu'elles coïncident souvent avec la formation des calculs biliaires. Il faut bien que les taches tiennent à un état désordonné du système intérieur, puisqu'on les remarque si souvent sur la peau des femmes enceintes et qu'il suffit de l'interruption d'un flux habituel pour qu'elles se développent et viennent changer la teinte naturelle du tégument. »

Un grand nombre d'auteurs partage l'opinion d'Alibert, comme Frank (34) : « Caussae chloasmatis sunt : graviditas, retentio menstruorum, hysteria, suppressio haemorrhoidum, fluoris albi, vitia hepatis, lienis, hypochondriasis, labes scorbutica..... Caussa proxima tum in bile (35), tum in sanguine sub epidermide offusis ac muco et adipe mixto, quaerenda est »....

Conradi (36) insiste comme Alibert sur la sécrétion biliaire entravée et sur la « Polycholie ». Fuchs (37), Gravier (38) Camus (39), Jossand (42), Copland (47) admettent également une étiologie semblable.

Mais les auteurs deviennent de plus en plus nombreux qui déclarent, comme Cazenave et Schedel (40) : « Les éphélides hépatiques ne sont pas plus sous la dépendance du foie que sous celle de l'estomac ou des poumons ». Ce sont Gibert (33), Rayer (41), Adenot (43) (22), Buch-Gräfe (44), Michalski (45), Chausit (46), Monneret et Fleury (25), Lafaye (27), Hebra (51).

D'autres auteurs s'abstiennent sagement de la discussion et se contentent d'en décrire des variétés : l'éphélide hépatique fugitive, la permanente (48) et la congénitale (49).

Signalons enfin un cas de taches hépatiques « émotives » rapporté par Bayle et Gibert qui d'ailleurs les rangent parmi les taches dartreuses : « Un domestique vit tout son corps se couvrir d'une desquamation furfuracée prurigineuse par suite de la vive émotion dont il fut saisi en apercevant son ancien maître qu'on trainait à la guillotine dans le temps de la terreur » (50).

De nos jours la tache hépatique a beaucoup perdu de sa signification pathogénique.

Avec Darier (52), Gougerot (53), Desaux et Boutelier (54), Bash et Kipfer (55), on considère la tache hépatique comme une variété de nævi : le nævus pigmentaire plan ou légèrement saillant de teinte café au lait, ocre ou brunâtre, de taille variable, pouvant atteindre la dimension d'une paume de main, de forme ronde, ovalaire, ou polylobée, non squameux.

Alors que la majorité des auteurs estime qu'il s'agit d'une néoplasie congénitale et fixée, Gougerot soutient la conception des nœvi néoplasies bénignes mais évolutives, apparaissant plus ou moins tardivement même à l'âge adulte et chez les vieillards, grossissant avec l'âge et évoluant avec une grande lenteur, parfois régressant spontanément, parfois aboutissant à l'épithélioma mélanique.

La croyance populaire selon laquelle les nœvi dépendaient d'influences morales ou physiques subies par la mère pendant sa grossesse ne repose, déclare Darier, sur rien de sérieux.

En raison de leur transformation possible en nœvo-cancers, les taches hépatiques doivent être surveillées. Si elles sont inesthétiques, il faut s'abstenir de traitements intempestifs :

ni curette, ni bistouri, ni pointe de feu ainsi que le conseille Belot. La neige carbonique et l'électrolyse seront les seuls procédés employés.

Ainsi la tache hépatique ne comporte plus aucune signification dans la pathologie du foie ; c'est sa teinte qui lui a valu son qualificatif et non sa pathogénie. Et il est curieux de suivre l'histoire de ce terme qui, malgré des fortunes diverses, a survécu pendant des siècles et vivra sans doute encore longtemps.

(1) Goethe écrit que Lavater aurait interprété les verrues et taches hépatiques comme des signes de propriétés morales et plus souvent immorales. Goethes Werke. *Vollst. Ausgabe aus letzter Hand.* Stuttgart 1833. Tome 48, page 145.

(2) Déjà en 1783, la Société royale de médecine proposa un prix sur le sujet du lien qui existe entre les maladies du foie et celle de la peau.

(3) Elie Col de Vilars. — Cours de chirurgie, Paris 1738. Tome II.

(4) Docteur O. Dubois. — La médecine nouvelle, Paris s. d.

(5) Schiller. — Sämmtliche Schriften, Stuttgart 1867. Tome II, page 344.

(6) F.-C. Gellert. — Lustspiele, Die kranke Frau. Leipzig 1750. Page 336. La traduction française (1769) donne « tache de rousseur ».

(7) J.-C. Adelung. — Grammatisch-kritisches Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart. Wien, 1777.

K. W. L. Heyse. — Handwörterbuch der deutsche Sprache. Magdeburg 1849.

Moriz Heyne. — Deutsches Wörterbuch. Leipzig 1867.

J. et W. Grimm. — Deutsches Worterbuch, 1885.

(8) Paracelsus. — De Apostematibus, ulceribus, sironibus und nodis, 1563. (Sudhoff 56). Nous citons d'après l'édition de 1618 (Sudhoff 302), Strasbourg. Dans la traduction latine de 1603 (Sudhoff 258) « Bertheonea sive Chirurgia minor », la tache hépatique n'est pas mentionnée dans le chapitre « De Lentigine ».

(9) Reinerus Solenander. — Consil. Medic. sectiones V. Francfort, 1596.

(10) Felix Plater. — Praxeos tractatus tertius. Bâle, 1608.

(11) Samuel Hafenreffer. — Pardocheion Aiolodermon. Tubingue, 1630.

(12) Daniel Sennert. — Practicae medicinae liber quintus. 1634.

(13) Dans deux dictionnaires allemand-latin, on trouve la tache hépatique confondue avec le vitiligo.

C. E. Steinbach. — Lexicon Germanico-Latinum. Bresslau, 1734 ; Tome I.

J.-L. Frisch. — Teutsch-Lateinisches Wörterbuch. Berlin 1741.

Sauvages crée le nom de « Vitiligo hepatica ».

(14) Robert Willan. — On cutaneous diseases. Londres, 1798.

Thomas Bateman. — A practical synopsis of cutaneousdiseases. Londres 1813.

Félix Rochard. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1860.

Erasmus Wilson. — On diseases of the skin. Londres, 1863.

(15) Joh. Ionstonus. — Idea universae medicinae practicae. Amsterdam 1644.

(16) Thomas Willis. — Opera posthuma. Lyon 1676.

(17) J. A. Komensky (Comenius). — Janua aurea reserata. Genève, 1638.

G. Stieler (Serotinus). — Der teutschen Sprache Stammbaum. Nuremberg 1691 : Maculae hepatariae, dicuntur etiam Schweissflecken, lentigines, exanthemata flava.

(18) Michael Ettmuller. — Operum medicorum theoretico-practicorum tomus secundus. Francfort 1697.

(19) Steph. Blancardus. — Lexicon novum medicum. Lugduni Batavorum, 1690. L'auteur reproduit simplement une partie de l'article de Sennert.

(20) Bart, Castellus. — Lexicon medicum. Edité par J. Brano Nuremberg 1688.

Lavoisien (1781) et Hotherby (1785) parlent aussi d'une sorte de coagulation.

(21) J.-J. Manget. — Bibliotheca medico-practica. Genève 1695.

(22) Dans cette série de thèse, nous devons citer aussi celle de F. J. B. Hilsmann. Greifswald, 1831. Elle donne une bibliographie complète des pigmentations anormales depuis Hippocrate. Malheureusement, nous n'avons pu consulter cet ouvrage qu'on ne trouve dans aucune bibliothèque de Paris.

(23) J. L. Frisch. Teutsch-Lateinisches Wörterbuch. Berlin, 1741.

A. von Haller. Onomatologia completa. Ulm, 1755.

Lieutaud. — Précis de la médecine pratique. Paris 1769.

(24) J. J. Woyts. — Gazophy-lacium medico-physicum. Leipzig 1743 (première édit. 1709).

(25) Monneret et Fleury. — Compendium de médecine pratique. Paris, 1839.

(26) François Boissier de Sauvages. — Nosologie méthodique Paris 1771. Nosologia methodica, Amsterdam 1763.

(27) C.-J.-B. Lafaye. — Qu'est-ce-que les éphélides ? Thèse de Paris, 1843.

(28) J.-J. Plenck. — Doctrina de morbis cutaneis. Vienne, 1776.

(29) Blancard-Isenflamm. — Arzneiwissenschaftliches Wörterbuch. Vienne, 1788.

(30) Johann Peter Frank. — De curandis hominum morbis Epitome. Mannheim 1792 ; Grundsätze über die Behandlung der Krankheiten des Menschen. Mannheim 1795. Tome 4.

(31) F. Swediaur. — Novum Nosologiae Methodicae Systema. Paris, 1812.

(32) J.-L. Alibert. — Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis. Paris 1806.

Précis théorique et pratique des maladies de la peau, Paris, 1818 ;

Monographie des dermatoses. Paris 1832 ;

(33) Cité d'après C.-M. Gibert. — Manuel des maladies de la peau. Paris, 1834.

Voir aussi Béclard-Chomel-Cloquet. — Nouveau dictionnaire de médecine. Paris, 1821.

(34) Joseph Frank. — Praxeos medicae universae praecepta. Leipzig, 1829.

(35) Turner et Lorry parlent aussi « d'efflorescences bilieuses », mais ne mentionnent pas la tache hépatique.

(36) J.-W.-H. Conradi. — Grundriss der Pathologie und Therapie. Marburg 1813.

(37) C.-H. Fuchs. — Die krankhaften Veränderungen der Haut. Göttingen 1840.

(38) C.-J.-B. Gravier. — Etablir le diagnostic et le traitement des éphélides. Thèse de Paris, 1845.

(39) F.-M.-E. Camus. — Rapport des maladies de la peau avec les affections internes. Thèse de Paris, 1856.

(40) Cazenave et Schedel. — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1833.

(41) P. Rayer. — Traité des maladies de la peau. Bruxelles, 1837.

(42) Syndey Jossand. — Essai sur les éphélides ou taches hépatiques. Thèse de Montpellier, 1837.

(43) J.-B. Adenot. — Quelles sont les maladies de la peau qui consistent dans une coloration anormale ? Thèse de Paris, 1839.

(44) Busch-Grafe. — Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. Tome 22. Berlin, 1840.

(45) A. Michalski. — Quelles sont les maladies de la peau qui consistent dans une coloration anormale ? Thèse de Paris, 1842.

(46) Chausit. — Diagnostic du vitiligo et des taches hépatiques. In Annales de la peau. Paris, 1850.

(47) James Copland. — A dictionary of practical medecine, Londres, 1858.

(48) Ph. Pinel. — Nosographie philosophique. Paris, 1813.

(49) L.-A. Struve. — Synopsis morborum cutaneorum. Berlin. 1829.

(50) Bayle et Gibert. — Dictionnaire de médecine. Paris 1875 (1858).

(51) F. Hebra. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1869.

(52) Darier. — Précis de dermatologie. Masson édit., Paris 1923 ; p. 849.

(53) Gougerot. — La dermatologie en clientèle. Maloine édit., Paris, 1932 ; p. 771.

(54) Desaux et Boutelier. — Manuel pratique de dermatologie. Masson édit., Paris, 1932, p. 810.

(55) Bash et Kipfer. — Dyschromies in encyclopédie médico-chirurgicale, tome II, 12098, p. 10, Paris, 1936.

« Personne ne dira jamais assez de bien du médecin de campagne.

A la fin de ma carrière, ma fierté est moi-même d'avoir été un des leurs. Pendant mes années de jeunesse, j'ai porté comme eux le poids d'une responsabilité parfois bien lourde. L'imprévu, j'ai appris, à leur exemple, qu'il fallait le déjouer à tout instant. Les orages, m'ont-ils enseigné, il convient de les accepter sans se plaindre et sans même avoir l'air d'être mouillé par les ondées qui ruissellent sur votre tête. Les mauvais procédés, les médisances, les perfidies, les calomnies n'ont pas le droit, dans un mouvement d'indignation ou d'exaspération, de solliciter une réplique ou une riposte de votre part. Aller son droit chemin, éviter si possible les épines de la route, mais ne pas s'irriter de leurs piqûres si elles vous blessent, continuer l'œuvre de bienfaisance qu'on poursuit du matin au soir, avec aux lèvres le sourire d'encouragement et de bonté pour chacun, voilà la tâche à remplir et dont le médecin ne se lasse pas. » (*Journal des Praticiens* (10 novembre 1937). — La grandeur du médecin contemporain).


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL^D PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Technique de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires [1]

Par B.-Y. YOVANOVITCH

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Avant de décrire la technique opératoire, nous dirons un mot du moment de l'intervention, du choix de l'anesthésie, du choix de l'incision pariétale et du niveau de la fistulisation.

1° Question du moment de l'intervention

— La réponse est facile pour les occlusions post-opératoires tardives, mécaniques : il faut opérer le plus vite possible.

— La question est beaucoup plus discutée pour les occlusions immédiates et précoces. Guibal écrit : « Il faut intervenir ni trop tôt, ni trop tard ». Nous croyons qu'il serait préférable de dire : il faut intervenir plutôt très tôt que trop tard. Le plus grand nombre d'insuccès d'iléostomie dans les occlusions immédiates et précoces sont dûs à une intervention tardive avec une paralysie totale du grêle. Une opération précipitée serait simplement inutile, jamais dangereuse ; une opération tardive laisse mourir le malade.

2° Question de l'anesthésie

— Le choix de l'anesthésique dans les occlusions post-opératoires est souvent extrêmement embarrassant et ne peut être étudié en bloc. Il dépend avant tout de la résistance du malade et de la forme anatomique de l'occlusion.

— Dans les occlusions immédiates et précoces, qui s'accompagnent toujours d'une grave atteinte de l'état général, l'anesthésie locale doit être de beaucoup préférée. Dans notre statistique, quoique employée dans les cas exclusivement graves, elle a donné une mortalité moins grande que celle de la rachianesthésie ou de l'anesthésie générale. La question de l'anesthésie dans ces sortes d'occlusions est, on ne saurait trop le souligner, d'une importance fondamentale. L'anesthésie locale est la seule à employer chez ces malades choqués, fatigués et épuisés, même si on soupçonne un obstacle mécanique, même si on se propose de faire une exploratrice. Gosset, Cunéo, Hübner insistent sur ce fait.

— Tout autre est le problème de l'anesthésie dans les occlusions tardives. La rachianesthésie, par admirable silence abdominal qu'elle entraîne, est évidemment la plus indiquée. Elle a été employée le plus souvent dans notre statistique et a donné une mortalité moins grande que celle de l'anesthésie générale. Elle a été, il faut le souligner, employée chez les malades, dont on avait systématiquement mesuré la tension artérielle, ausculté le cœur et apprécié la résistance.

3° Question de l'incision pariétale

— La discussion sur la voie d'abord dans les occlusions post-opératoires est encore ouverte. Les uns prônent les avantages de la médiane (Guibal, Roux-Berger, Auvray, Mathieu, Huet), les autres donnent la préférence à l'incision latérale minime (Gosset, Cunéo, Hübner, Moulonguet, Alglave).

— Le choix de l'incision pariétale dépend avant tout de la variété de l'occlusion post-opératoire. Dans les occlusions tardives, mécaniques, la laparotomie médiane exploratrice est la seule à employer, en dehors, bien entendu, des cas où une indication clinique et surtout radiologique précisera le siège et la nature de l'obstacle et dictera le siège et les dimensions de l'incision pariétale. Dans les occlusions immédiates, paralytiques pures, une incision minime, latérale droite ou gauche, est la meilleure conduite à tenir.

— Le siège et les dimensions de l'incision pariétale sont beaucoup plus discutés dans les occlusions précoces. Tout le monde est d'accord qu'il faut faire cette incision loin de tous foyers suppurés, loin de tout drainage, en tissus sains. La résistance du malade dictera les dimensions de l'incision et la possibilité de l'exploration.

— Très souvent, le malade est très affaibli, très épuisé, dans un état de misère très marquée. Dans ce cas une incision pariétale minime est la seule voie d'abord à conseiller. Le siège de cette incision sera dicté par les signes cliniques et radiologiques. L'étude du météorisme est capitale. Le météorisme localisé dans la région sous ombilicale ou péri-ombilicale, à droite ou à gauche, indique une occlusion de l'iléon. Les petits ballonnements qui ne sont qu'épigastriques, et si difficiles à voir chez des malades gras, sont le fait d'occlusions jujénales hautes. Si le météorisme est généralisé, il n'y a rien à conclure, ou il faudrait pouvoir déduire qu'il y a eu d'abord anse isolée, et qu'autour d'elle est venu peu à peu s'étaler l'énorme ballonnement actuel. Le péristaltisme peut renseigner par son siège, sa force, sa durée ; il est plus vif et plus bref dans les occlusions hautes, plus lent et plus long dans les occlusions basses. La constatation d'une zône de clapotage fixe s'inscrit parmi les meilleurs symptômes localisateurs de l'occlusion. Pour autoriser une affirmation, ce signe doit être retrouvé après qu'un lavage d'estomac a vidé l'organe, et éliminé toute cause d'erreur. La zone de clapotage siège soit dans l'hypochondre gauche, soit dans le flanc ou la fosse iliaque gauche ; dans le premier cas il s'agit d'une occlusion haute, dans le second d'une occlusion du tiers moyen ou de la terminaison du grêle. L'interprétation des clichés faits sans préparation est souvent très délicate. C'est par l'analyse serrée des images, souvent par des comparaisons subtiles, par la lecture en quelque sorte mot à mot du cliché que l'on parviendra. Une image radiographique de distension en haut et à gauche de la colonne lombaire, avec contours finement crénelés, indique un obstacle de la partie haute du grêle. Une image localisée à la fosse iliaque droite, dans la région para-ombilicale droite ou dans le pelvis, correspond plutôt à un obstacle de la fin du grêle. Dans les cas où il n'y a aucune indication clinique et radiologie que, Gosset conseille l'incision dans la fosse iliaque gauche, Hübner l'incision dans le flanc gauche.

— Si, au contraire, on se trouve en présence d'un malade pouvant supporter une nouvelle intervention, il faut avouer que la laparotomie médiane permettant l'exploration est la conduite préférable. Elle permettra, dans les cas très rares d'occlusion précoce mécanique, de trouver et lever l'obstacle. Elle permettra, dans les cas très fréquents d'occlusion précoce par agglutination, de placer la fistule juste au-dessus de l'obstacle. On pourra ainsi éviter les fistulisations hautes inutiles, parfois dangereuses. On pourra surtout éviter des erreurs qui consistent à fistuliser une anse au-dessous de l'obstacle et légèrement distendue. Nous rapportons ici une observation très démonstrative à ce point de vue :

Observation du Docteur Braine (inédite). Mlle Y. B... 18 ans, opérée d'une appendicite à froid, le 18 juin 1931, par M. X., chirurgien. Le 7 juillet, soit dix-neuf jours après l'opération, la malade est en pleine occlusion : ondes péristaltiques visibles, ballonnement assez marqué, mauvais état général. Devant cet état alarmant M. Braine est appelé d'urgence en consultation. Il conclut à la nécessité d'une intervention d'urgence, laquelle est pratiquée par le premier chirurgien en présence de M. Braine. Par la même incision on ouvre largement le péritoine, gros magma d'adhérences péricœcales, péricoliques et péri-iléales. Enorme distension de l'iléon. Trois sténoses étagées successives : une à la fin de l'iléon, une deuxième à 20 cm. de l'angle iléo-cæcal, et une troisième, la plus haute, qui

(1) Voir les Indications... *Progrès Médical*, 4 décembre 1937.

siégeait 40 cm. au-dessus. Le segment du grêle entre la première et la deuxième sténose, et le segment entre la deuxième et la troisième sténose *sont très dilatés*, atones, paralysés, avec liquide intestinal visible à travers les toniques intestinales amincies, dilatées, très friables. Iléostomie juste au-dessus de l'obstacle le plus haut situé. Guérison.

— On comprend que M. Braine recommande, dans tous les cas où c'est possible, de se rendre compte de la limite supérieure des sténoses, pour éviter une fistulisation en aval d'une sténose sus-jacente insoupçonnée.

4° Question du niveau de fistulisation

— L'occlusion post-opératoire, aussi bien immédiate, précoce que tardive, est pratiquement toujours une occlusion du grêle (54 cas sur 56 dans notre statistique). L'obstacle siège presque toujours sur la portion distale de l'iléon, à 20 ou 30 centimètres de l'angle iléo-cœcal, parfois un peu plus haut, rarement sur le jéjunum.

— On comprend alors que *l'iléostomie*, avec fistulisation du grêle immédiatement au-dessus de l'obstacle, soit la seule méthode logique. Elle a été faite dans tous nos cas.

— Certains chirurgiens, surtout anglo-américains, conseillent dans l'iléus paralytique pur, la fistulisation haute *ou jéjunostomie*. Pour S. Handeley les premières anses jéjunales conservent très longtemps leur péristaltisme. Dans les cas les plus fréquents où l'occlusion s'accompagne de douleurs, douleurs qui traduisent certainement des contractions péristaltiques, il faut bien admettre que ce ne sont pas les dernières anses qui en sont le siège ; sans quoi elles sauraient vider leur contenu dans le côlon. Il est probable que ce sont les anses hautes qui conservent du péristaltisme et que ce sont celles dont le péristaltisme est le mieux susceptible de se réveiller. Les cas de l'iléus paralytique pur ne sont pas rares, où une iléostomie dans la fosse iliaque droite reste sans succès, et où une deuxième fistule, plus haute, amène l'évacuation d'énormes quantités de liquide et entraîne la guérison (S. Handley, Hübner, Melchior, R. Bernard). La jéjunostomie peut donc avoir des indications dans l'iléus post-opératoire paralytique pur, uniquement après échec de l'iléostomie.

— Que penser de *cœcostomie* ou de *colostomie* ? Le cœcum et le côlon ne participent jamais à la distension, même dans l'iléus paralytique pur ; ceci signifie clairement que dans les occlusions post-opératoires tout anus cœcal et colique est voué à l'échec le plus complet. *L'appendicostomie* a les mêmes inconvénients que la cæcostomie. Très vanté à titre préventif par Cotte et Bertrand, après les grosses interventions abdominales, elle doit être rejetée à titre curatif dans les occlusions post-opératoires.

— *La Meckelostomie*, par contre, peut être faite, quand le diverticule de Meckel, placé au voisinage de l'obstacle, permet de faire sans mal une facile fistulisation. Peut-on alors utiliser cette disposition anatomique, même si la fistule ainsi créée se trouve un peu au-dessous du sillon d'étranglement, donc un peu en aval des anses dilatées ? Nous croyons, avec Delore, que la Meckelostomie, en pareil cas, ne présente pas d'inconvénients graves ; elle simplifie l'intervention ; elle a contre elle l'existence d'un petit segment d'intestin susjacent à la fistule, qui peut absorber quelques toxines avant l'évacuation des liquides intestinaux ; pourvu que ce segment soit court et la fistule bien perméable, il n'y a pas là une contre-indication suffisante. Dans un de nos cas on a pu utiliser ce diverticule de Meckel comme trajet de fistulisation. L'observation mérite d'être rapportée :

C. G..., opéré le 13 décembre 1931 d'une appendicite à chaud. On a terminé l'intervention en plaçant un drain dans le Douglas. Le malade est guéri au bout d'un mois. Le 23 février 1932, soit cinq semaines après, on l'amène avec un syndrome d'occlusion aigue. Intervention d'urgence. Deux brides dans la fosse iliaque droite étranglant la terminaison du grêle. Une troisième bride étranglant le grêle juste au-dessus d'un volumineux diverticule de Meckel. Section des brides. Enfouissement du sillon d'étranglement sur l'anse afférante. Extériorisation et fistulisation du sommet du diverticule. Paroi en trois plans. Suites simples.

Le 7 mars le malade a une seule selle normale. Un mois après l'intervention, la fistule intestinale ne se tarissant pas, on réintervient : résection du grêle et anastomose iléo-cæcale termino-latérale. Guérison.

— Delore a publié un cas absolument analogue. Dans les deux cas, il a fallu intervenir secondairement pour fermer la fistule. Cette persistance de la fistule nous semble être en rapport avec le canalicule diverticulaire. C'est pourquoi bien qu'il n'ait aucun inconvénient grave, on peut se demander si, dans des cas semblables, il ne vaudrait pas mieux, lorsque l'état général permet de prolonger un peu l'intervention, de réséquer le diverticule, d'enfouir le moignon et de pratiquer une fistule un peu au-dessus.

5° Question de la technique opératoire

— Les techniques de l'iléostomie sont assez nombreuses. La technique de Nélaton (1858), celle de Witzel (1894) et celle de Delore (1919) sont trop connues pour que nous les décrivions ici.

— Stubenrauch (1908), puis Mocquot et Padovani (1934) ont décrit une modification de la technique de Witzel. La sonde de Nélaton est remplacée par un petit trocart, analogue au trocart de l'appareil de Potain, mais plus court et de plus fort calibre. Sur la chemise du trocart est branché un orifice latéral sur lequel on adapte un tube de caoutchouc et, grâce à un dispositif simple, on peut fermer le robinet avant de retirer complètement le mandrin. On évite ainsi tout afflux de matières intestinales dans la plaie. Le manchon est laissé en place, et, grâce aux cannelures qu'il présente, il peut être fixé comme une sonde, à la Witzel, dans un pli de l'intestin.

— Rowlands (1920) fait une iléostomie selon la technique de Nélaton, et fait passer la sonde à travers l'épiploon pour mieux assurer la fermeture spontanée de la fistule du grêle.

— Arrou (1927) propose une technique encore plus simple Il n'extériorise pas l'anse iléale à fistuliser ; il la plaque tangentiellement à l'incision pariétale, la fixant à la peau par quatre fils de lin aussi fin que possible. Puis, 3 ou 4 heures après, il ponctionne l'iléon avec la pointe arrondie du thermocautère. Gosset emploie souvent une technique analogue, mais il fixe soigneusement l'anse au péritoine pariétal et il ouvre immédiatement le grêle.

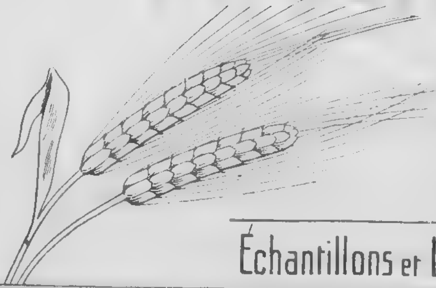
— Lardennois (1928), à la suite de Anschütz (1909) et Kappis (1911), pratique une iléostomie à minima, sur une anse tenue bien parallèlement à la paroi, sans coudure et sans angulation. Il lui paraît préférable de fixer l'anse au péritoine pariétal au catgut, plutôt qu'avec de la soie. Il utilise, pour ces fixations, de petites ligatures sur pinces de Chaput à mors diminués. Au moyen des chefs de ces ligatures il amarre l'anse à la face profonde de la paroi plus rapidement et plus sûrement qu'avec les fils passés dans les tuniques iléales œdématiées et peu résistantes. Deux ligatures passées dans la peau inversent celle-ci jusqu'au contact de l'intestin. Celui-ci n'est pas extériorisé. Il est ouvert tangentiellement et parcimonieusement. Un drain de Kehr, convenablement taillé, y est introduit. Ce drain plaque l'intestin à la peau.

— Enfin plusieurs chirurgiens allemands et américains (Vidgoff, Tschmarke), conseillent une iléostomie totale, avec fermeture du bout distal et abouchement d'un tube de Paul dans le bout proximal de l'anse grêle distendue. On obtient ainsi une évacuation immédiate et totale de l'intestin susjacent. Pour éviter les dangers de cette fistule totale, les mêmes auteurs conseillent sa fermeture précoce, c'est-à-dire entre le sixième et le dixième jour. Les résultats, disent les auteurs, sont nettement supérieurs à ceux obtenus par les fistules minuscules qui souvent fonctionnent mal.

***

— La technique de Witzel, employée par le plus grand nombre de chirurgiens, a un grand avantage : elle aboutit toujours





LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le traitement de l'hémiplégie syphilitique

La thrombo-artérite syphilitique, le plus souvent d'ailleurs associée à des lésions méningées, détermine l'ischémie du territoire encéphalique correspondant, d'où production d'un foyer de ramollissement, lésion seconde et de mécanisme désormais banal. De même que les artérites thrombosantes d'autre nature l'artérite syphilitique évolue par poussées de soudaine aggravation séparées par des périodes de stabilisation ou même de régression lésionnelles. De plus intervient vraisemblablement le spasme vasculaire. Enfin, la syphilis des artérioles cérébrales se voit surtout chez des sujets jeunes, avant la cinquantaine, dont les artères voisines sont capables d'assurer en quelque mesure une circulation de complément.

D'où les caractères de l'hémiplégie syphilitique habituelle :

a) Elle est habituellement annoncée par de nombreux prodromes, évoquant les uns le diagnostic de syphilis encéphalique en général, les autres un processus plus spécifiquement vasculaire : aphasie ou parésies transitoires — allant dans certains cas jusqu'à une hémiparésie fugace.

b) L'hémiplégie quand elle s'installe peut avoir un brusque début et s'accompagner d'ictus. Plus souvent peut-être elle s'installe à moins grand fracas et se complète progressivement.

c) La phase de schock est absente ou brève, la phase de flacidité très courte, le passage à la spasmodicité rapide, et il est classique de dire que la régression, en dehors même de tout traitement mais *a fortiori* lorsque celui-ci est mis en œuvre, est le plus souvent importante et parfois remarquable.

Cette dernière proposition, à savoir la régression importante, spontanée ou sous l'action du traitement, de l'hémiplégie syphilitique, me paraît particulièrement fallacieuse.

Certes, chez un sujet jeune, avec ou sans traitement, il y a localisation des dégâts, mais dans la mesure où peuvent jouer, chez ce sujet aux artérioles voisines en bon état, les circulations complémentaires. Mais ceci ne dépasse pas ce qu'on peut voir chez un malade atteint de sténose mitrale et qui fait une hémiplégie consécutive à une embolie de gravité moyenne. *Il n'y a pas de privilège attaché à l'étiologie syphilitique, en matière d'accidents déclarés.*

Le traitement de l'hémiplégie syphilitique est essentiellement préventif. Cependant, dans certaines circonstances très particulières, tout à fait au début du déclenchement des accidents majeurs, on peut espérer, en faisant usage d'une thérapeutique puissante, massive, surtout *rapide*, lutter de vitesse avec la constitution des lésions irréparables, et gagner la partie.

A) Prévention de l'hémiplégie syphilitique

Je n'insiste pas sur la nécessité de soigner correctement les syphilitiques pris en main au début de leur infestation. J'envisage ici le cas d'un sujet, dont la vérole est connue ou non, qui présente un ou plusieurs des prodromes classiques de l'hémiplégie syphilitique.

Il faut savoir penser à l'artérite cérébrale syphilitique, et à la syphilis tout court. Mais il ne suffit pas d'y penser d'une façon quelconque et de prescrire un quelconque traitement, dont le traitement par quelques injections de cyanure groupées en une série plus ou moins longue, laissée souvent au gré du malade, et destinée à demeurer unique, est le type communément observé. Son efficacité est douteuse. Ses dangers incontestables.

Ce qu'il faut faire, c'est asseoir solidement le diagnostic de vérole s'il n'est pas éclatant, c'est établir le bilan de l'atteinte nerveuse et la réalité de la réaction méningée (elle peut manquer mais rarement) par une exploration rachidienne, lombaire ou sous-occipitale au choix (ce n'est pas là ce qui importe).

Et sans perdre de temps, mettre en œuvre un traitement solide, identique (à moins de contre-indications tirées de l'âge, ou des atteintes viscérales trop marquées) à celui qu'il est accoutumé d'entreprendre comme « traitement d'attaque ». Que si l'on a peur d'une action brutale, activante sous forme de réaction d'Herxheimer, du novarsénobenzol, il sera loisible de commencer par deux ou trois injections intraveineuses quotidiennes de cyanure d'hydrargyre à un centigramme. Mais on aura d'emblée injecté du bismuth, intramusculaire, soit sous forme insoluble (en suspension dans l'huile), soit sous forme oléo-soluble. Ainsi on pratiquera un traitement mixte arséno-bismuthique suffisamment fort (un gramme de novar pour 10 kgr. d'individu, quinze à vingt injections de bismuth suivant l'activité du produit employé, à raison de deux injections par semaine ou mieux une injection tous les trois jours) et « ramassé » dans le temps.

A moins de circonstances exceptionnelles on sera maître de la situation. Il restera à soigner, suivant les techniques habituelles, cette vérole avec autant d'ardeur et de persévérance que s'il s'agissait d'une vérole prise à son début.

B) Le traitement d'urgence de l'hémiplégie syphilitique

Lorsque le praticien est appelé pour une hémiplégie qui vient de se constituer, c'est-à-dire quelques heures à peine après le déclenchement de l'accident, il doit toujours se poser la question d'une étiologie syphilitique possible.

Mais si l'on doit tout mettre en œuvre pour répondre à cette question (examens du liquide céphalo-rachidien en particulier) il faut surtout agir vite, *et l'on doit mettre en œuvre le traitement sans attendre les résultats du laboratoire* (Sézary), tout aussi bien que s'il s'agissait d'une diphtérie.

Ce traitement doit être très puissant : on n'hésitera pas à injecter dans la veine 0 gr. 30 de novarsénobenzol, dose qu'on pourra renouveler dès le lendemain (et même douze heures plus tard seulement). On aura injecté en même temps dans la fesse une double dose de bismuth oléo-soluble.

Le traitement antisyphilitique, ainsi *précoce* (c'est la condition essentielle) et *puissant*, a permis, à lui seul, d'assurer la guérison définitive et *totale* d'une hémiplégie syphilitique, comme les publications de Sézary surtout, d'autres auteurs également, nous en ont donné de précieux exemples.

Mais, je le répète, il s'agit d'une véritable lutte de vitesse entre la maladie et la thérapeutique. *La bataille est gagnée ou perdue, définitivement gagnée ou définitivement perdue, en vingt-quatre heures* (*trente-six au maximum*). Passé ce délai, on pourra sans doute triompher des lésions artérielles mais le tissu nerveux, ischémié trop longtemps, sera frappé à mort.

Bien entendu, après les vingt-quatre premières heures, on continuera le traitement intensif comme dans le premier cas.

A titre de médication adjuvante, pour lutter contre la part du spasme artériel, *l'acétylcholine*, par voie sous-cutanée, à doses réfractées, 0 gr. 10 par exemple toutes les quatre heures, le premier jour, matin et soir ensuite, trouve ici une indication théorique.

Il ne faut toutefois pas trop lui demander, et surtout ne pas oublier que c'est la médication spécifique qui reste au premier plan et le devoir essentiel du thérapeute.

C) Le traitement de l'hémiplégie syphilitique confirmée

Bien souvent, on ne voit l'hémiplégie syphilitique qu'après plusieurs jours. Tout espoir d'une régression totale est perdu.

Le traitement antisyphilitique là aussi va s'imposer, mais on a du champ et, aussi, on a tout intérêt à ne pas risquer d'aggraver la situation.

C'est là qu'on pourra très légitimement débuter par le prudent et classique cyanure d'hydrargyre. Mais on fera bien de surveiller l'état dentaire pour éviter la stomatite.

Le bismuth sera ensuite (ou en concomittance) employé. Le novarsénobenzol ne sera pas d'un emploi automatique : il y a lieu de tenir compte de l'état des organes, de l'âge, etc...

On retombe en somme dans la première éventualité envisagée : prévention d'une hémiplégie à venir, et l'on sait assez que l'hémiplégie syphilitique a tendance à la récidive.

Je ne saurais insister sur les petits traitements habituels de l'hémiplégie. Ils n'ont ici rien de particulier et sont souvent inutiles puisqu'il s'agit souvent d'hémiplégie légère.

En conclusion

Si le rôle de la thérapeutique spécifique est nul en ce qui concerne l'hémiplégie déclarée, il peut être remarquable durant les premières heures qu'elle se constitue mais il y faut de la décision et de l'énergie. Enfin sa véritable indication est la prévention : soins corrects aux syphilitiques connus ; dépistage de la syphilis des artères cérébrales et mise en œuvre des chimiothérapies nécessaires.

Marcel PERRAULT
Chef de Clinique à la Faculté

à une fermeture spontanée et rapide de la fistule. Mais à côté de cet avantage, elle a de nombreux inconvénients : elle nécessite une anse pas trop distendue, donc à paroi assez épaisses, pour pouvoir permettre le surjet d'enfouissement ; elle expose à la déchirure intestinale dans les cas où l'anse est enflammée et œdématiée ; elle nécessite une extériorisation de l'anse pour pouvoir l'étreindre de part et d'autre avec des clamps et la coucher sur un champ afin d'assurer une protection rigoureuse : l'opération ainsi conduite est assez complexe et assez traumatisante ; elle ne fonctionne pas toujours très bien et les cas ne sont nullement rares où la sonde n'arrive à évacuer que quelques gouttes de liquides intestinaux.

— La variante de Stubenrauch-Mocquot permet d'éviter le traumatisme dû à l'extériorisation de l'anse, mais, comme dans la technique de Witzel, la fistule ne fonctionne pas régulièrement. Pour cette dernière raison elle a été par Stubenrauch lui-même abandonnée.

— La technique de Delore n'a, d'après nous, que des inconvénients : elle rétrécit le grêle ; elle laisse souvent des fistules rebelles ; elle ne fonctionne pas régulièrement. La technique d'Arrou a deux inconvénients : d'abord, elle souille la plaie opératoire et risque d'en amener la désunion ; ensuite, elle ne se prête pas à l'évacuation abondante et rapide, si désirable, du contenu amassé dans l'intestin. La variante de Gosset supprime ce dernier inconvénient.

—Le procédé de Lardennois n'a que des avantages : il permet, ce qui est capital : le passage du chyle, si l'obstacle se lève : pour cette même raison, la fistule se ferme souvent spontanément et si, par hasard elle persiste, la cure ultérieure de ces fistules tangentielles ne présente aucune difficulté.

— Quant à l'iléostomie totale, si souvent pratiquée en Allemagne, elle a l'avantage incontestable d'assurer une évacuation rapide du grêle sans souiller la plaie opératoire ; elle a un inconvénient incontestable de nécessiter toujours la cure ultérieure de la fistule.

***

— « Si l'on établit une fistulisation sur l'iléon en cas d'obstruction post-opératoire, dit Lardennois, il faut penser, en l'établissant, à favoriser la fermeture facile de cette fistule ». Cette notion nous paraît exacte seulement pour un certain nombre des cas d'occlusions post-opératoires. En effet, il faut avant tout savoir, que la fistulisation de l'iléon dans les occlusions post-opératoires, surtout immédiates et précoces, à un but primordial, c'est de guérir le malade de son accident occlusif, c'est d'assurer une évacuation rapide, régulière, continue et totale de l'intestin sus-jacent, condition essentielle pour supprimer l'action nocive de ce contenu et favoriser la reprise des mouvements péristaltiques.

Voilà à quoi doit penser avant tout le chirurgien en établissant une fistulisation sur l'iléon en cas d'occlusion post-opératoire. Accessoirement, nous le soulignons, il doit penser à favoriser la fermeture facile de cette fistule. Nous pensons que beaucoup d'iléostomies n'ont jamais fonctionné, parce qu'on a précisément trop pensé, au moment de l'opération, à favoriser la fermeture facile de la fistule. Nous verrons plus tard, qu'une fistule iléale, totale ou non, à condition qu'elle soit suivie et correctement traitée, n'est qu'exceptionnellement cause de mort.

De tout ceci il ressort, que les différentes formes d'occlusions post-opératoires sont justiciables de différentes techniques de l'iléostomie. Dans les occlusions immédiates et précoces, *opérées assez tôt*, la technique de Lardennois avec un drain de Kehr nous paraît le procédé de choix. Dans les occlusions tardives nécessitant une iléostomie associée à la levée de l'obstacle, la technique de Witzel est sans doute la meilleure. Dans toutes les formes, *vues tardivement*, avec grosse rétention, gros ballonnement et une paralysie subtotale du grêle, il faut faire une fistulisation assez large et directe à la paroi, voire même une iléostomie totale avec un tube de Paul. C'est le seul moyen pour obtenir une évacuation immédiate, si désirable, du contenu amassé dans l'intestin.

VARIÉTÉS

Remarques sur les professions de charité [1]

Par **Georges DUHAMEL**

Toute profession comporte des inconvénients et des risques ; choisir une profession ou mieux embrasser un état, comme on disait autrefois, c'est saisir à pleins bras toutes les conditions de cet état, c'est même, c'est surtout apporter à cet embrassement assez d'amour, assez de foi, pour que les désavantages et les dangers prennent aussitôt visage de droits et de privilèges.

L'homme qui n'est pas susceptible d'éprouver pour ses semblables les sentiments de tolérance, d'intérêt et de sympathie qui sont les ressorts naturels de la charité n'a pas chance d'exceller dans les professions médicales. L'égoïsme le plus sévère, quand il se manifeste chez un médecin, prend nécessairement l'aspect de la curiosité attentive et ceux qui ne connaissent pas une telle curiosité finissent, de force ou de gré, par déserter la carrière.

Les transformations de la vie sociale, dans l'époque moderne, ne laissent pas de toucher les habitudes médicales. Le rythme même de l'effort est en tous lieux si rapide et si fatalement exhaustif que médecins et chirurgiens ont dû, pour sauvegarder la qualité de leur travail, organiser le repos, sinon le loisir, c'est-à-dire se retirer parfois de l'arène pour restaurer leur énergie, pour méditer sur le sens et les formes de leur activité. Ces dispositions réservées sous les pressions de la nature, le médecin n'abdique jamais des charges dont il tire fierté. La notion de l'urgence n'abandonne jamais un médecin digne de ce nom. La notion du service se confond, dans l'esprit des professions médicales avec le sentiment de l'honneur. Les commandements du service et de l'urgence échappent à toute discipline imposée de l'extérieur, ils ont la vigueur et l'effet d'un impératif moral. Depuis 1892, le génie syndical est intervenu dans les rapports que les médecins ont soit entre eux, soit avec les malades, soit avec les collectivités sociales. L'ancienne déontologie, qui n'est heureusement pas morte, a pris, en maintes circonstances, le masque et le vocabulaire du syndicalisme. Par une foule de recherches et de réglementation, le syndicalisme s'est efforcé de défendre à la fois les intérêts de la médecine, ceux du médecin, ceux des malades. Il faut toutefois reconnaître que le syndicalisme s'est heureusement abstenu jusqu'ici d'étendre son empire à certains domaines de la conscience professionnelle. Le médecin est toujours l'homme qui se lève quand on l'en prie, l'homme qui, à l'appel de la souffrance ou de la mort, quitte sa table, son lit, sa retraite, ses affections pour aller accomplir la tâche une fois pour toutes acceptée, l'homme qui a librement choisi une carrière d'abnégation et qui ne peut mentir à cette carrière sans perdre avec la réputation ce qui est, dans la foule humaine, son caractère distinctif. Il en est

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, le 7 décembre 1937.

encore ainsi à cet instant du xxe siècle et on n'imagine pas sans peine et sans horreur que les pressions futures d'un stupide fonctionnarisme pourraient faire perdre à la profession médicale ces austères prérogatives.

Parce qu'ils prenaient part à la vie du médecin, à ses actes et même à certaines de ses pensées ou de ses états d'âme, les serviteurs subalternes de la médecine ont accepté longtemps sans réticence une discipline fondée sur le devoir et l'oubli de soi-même. La plupart d'entre eux l'accepteraient encore aujourd'hui de grand cœur si l'actuel déséquilibre social et les lois qui tantôt conjurent et tantôt manifestent ce déséquilibre n'étaient venues bouleverser de vieilles coutumes humaines et mettre en question la morale professionnelle.

Il est encore trop tôt pour juger parfaitement les effets de cette législation en ce qui concerne le personnel des hôpitaux, des sanatoriums et des cliniques. Elle ne peut manquer de déterminer à la longue une transformation des habitudes et des sentiments chez les intéressés : mieux vaut ne pas attendre ce résultat pour faire certaines remarques et même pour formuler certaines recommandations. On ne saurait tirer bénéfice d'un tel débat sans le purger au préalable de toute pensée politique. L'humanité seule nous intéresse. La plupart des dispositions légales mises en vigueur cette année devront subir des amendements dans l'avenir. Disparaîtraient-elles purement et simplement, ce qui semble difficile, qu'elles auraient du moins eu l'avantage de mettre en lumière les graves défauts de l'ancien état de choses et d'appeler l'attention sur les besoins respectables de toute créature pensante. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux publics et privés ont apporté le plus grande réserve jusqu'ici, dans l'appréciation des troubles provoqués par l'application des lois nouvelles. La Fédération intersyndicale des Maisons de santé de France a fait tenir au ministre du Travail un message d'une grande modération où se trouve envisagée une révision éventuelle du décret du 22 mars 1937.Le Corps médical tout entier a manifesté son inquiétude avec beaucoup de prudence. Tout au moins dans les services publics, où les questions budgétaires sont volontiers renvoyées au législateur, une partie des inconvénients observés au début semblaient devoir être conjurés par une simple augmentation numérique du personnel. Mais l'observateur ne peut pas n'être point frappé par les caractères et les conséquences d'un désordre qui choque l'esprit en même temps qu'il blesse le cœur.

Tous les praticiens consultés s'accordent à reconnaître que les inconvénients du nouveau régime gênent considérablement le médecin et le chirurgien dans l'accomplissement de leur tâche et privent donc le malade et de certains soins essentiels ; ils le privent aussi du sentiment de sécurité qui est une condition si précieuse de l'allègement et du salut. Nombreux sont les chefs de service, à Paris et en province, qui déclarent ne plus pouvoir compter sur les effets d'un traitement suivi. Trouver la personne responsable devient parfois un problème insoluble. Il y a, désormais, dans la série des actes qui constituent un traitement, d'inquiétantes solutions de continuité. Les infirmières nommées selon les endroits « volantes » ou « roulantes » et destinées à combler les lacunes du service, manquent d'instruction ou d'aptitudes, sinon certes de bonne volonté. Il est presque impossible au chef de service de formuler une juste remontrance et de trouver à qui cette remontrance doit être adressée.

En de nombreux endroits, le service de stérilisation chôme pendant deux jours pleins. Les opérateurs doivent prendre des précautions dérisoires pour s'arranger de cette vacance. La vie des salles d'opération est trouble de toute manière : les matériaux et instruments stériles sont rarement délivrés par les personnes qui ont assuré la stérilisation. Des mots qui ne devraient jamais franchir le seuil des quartiers opératoires y sont employés désormais. On entend dire que tel appareil est « peut-être » stérile et que « l'on croit » telle boîte autoclavée... Un doute effroyable s'introduit dans une profession qui vit d'exactitude et de rigueur.

Tous les praticiens signalent avec désespoir de grosses fautes d'asepsie, des erreurs de thérapeutique, des traits d'ignorance ayant un caractère mortel, des négligences involontaires mais toujours redoutables, un manque de cohérence entre les rouages humains de la grande mécanique saignante.

Une puissance nouvelle, étrangère à notre empire, celle des passions partisanes s'est introduite dans la place et ne craint pas d'y donner des ordres.

Les malades ignorent la plupart du temps et c'est heureux, ces tristes périls. Ils ont d'autres sujets d'angoisse. Voyant à chaque instant des figures nouvelles et même inconnues, ils ont le sentiment d'être abandonnés. Il faut n'avoir jamais été malade pour ne pas comprendre l'attachement ardent du malade à l'infirmier qui prend soin de sa misère. Les malades souffrent donc et du mal et des soins. L'effet moral est déplorable. L'humanité disparaît. La pendule et la loi président seules à l'épreuve douloureuse, à l'agonie et à la mort.

Il y a tout lieu de croire, je le répète, qu'une partie de ces dérèglements se trouvera supprimée par l'adaptation des éléments nouveaux et par la force des disciplines invétérées ; mais il est à craindre que cette énorme et brusque transformation de la vie professionnelle n'entraîne dans le personnel médical d'assistance un grand abaissement de la moralité.

J'entends bien que ce personnel subalterne lui aussi mérite un traitement charitable. Les serviteurs de la médecine sont des êtres de chair et de sang qui doivent bénéficier de ce que prescrit la loi en faveur des travailleurs. Mais la profession qu'ils ont choisie comporte des servitudes imprescriptibles. Le fer, le ciment, le bois, le papier, toutes les matières inanimées peuvent à la rigueur attendre les bonnes grâces du travailleur. La matière vivante est plus exigeante. La terre laborieuse ne tolère pas les négligences et les paysans le savent. L'homme qui souffre ne doit pas attendre, souvent même il ne le peut pas. Est-il nécessaire de le rappeler ? Le soigné passe avant le soignant. Est-il besoin de le redire ? Entre 1914 et 1919, nous avons vu régner, dans les formations sanitaires des armées, une discipline admirable. Faudra-t-il que la guerre vienne imposer de nouveau sa loi terrible, pour, de nouveau, rappeler les hommes au sentiment de l'équilibre et de la règle.

Dès maintenant, en de nombreux endroits, il a fallu recourir aux volontaires pour rendre à l'acte médical ou chirurgical leurs caractères naturels de sécurité, de continuité, de dignité. On n'imagine pas que la loi puisse jamais entraver ce service volontaire. Cela ne se serait jamais vu en médecine et ce serait une grave injure aux plus belles vertus humaines.

Si le service volontaire, parce qu'il peut seul, dans les conditions actuelles, apporter au médecin et au malade une souhaitable quiétude, si le service volontaire vient à se développer au gré des besoins médicaux, les serviteurs subalternes de la médecine risquent de voir leur profession soit avilie et réduite aux plus bas offices, soit plus simplement abolie.

Ils ont d'âge en âge, rendu jusqu'ici de grands services

à la médecine et les médecins leur en conservent une grande et juste gratitude. Nul ne peut considérer de sang-froid la dégradation d'un métier qui a suscité les plus beaux dévouements et qu'il vaut mieux ne pas choisir si l'on n'en accepte d'abord tous les soucis, toutes les peines et même toutes les amertumes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre 1937

Remarques sur les professions de charité.— *M. Georges Duhamel*. (Voir plus haut le texte intégral de cette lecture.)

Le premier stade de la prémunition des nouveau-nés vaccinés par injection sous-cutanée de B. C. G. — *MM. B. Weill-Hallé* et *A. Birencwajg*, dans cette note concernant 71 nourrissons, relèvent la simplicité et l'innocuité rigoureuse de l'injection prémunisante de B. C. G. chez le nouveau-né. La vaccination est effectuée vers le 8e jour, afin d'exclure les accidents d'ordre obstétrical ou congénital des premiers jours.

La débilité vraie ou la maladie leur semblent les seules contre-indications et leur ont fait exclure du choix des sujets à vacciner, 5 nouveau-nés dont 3 ont en effet succombé dans les premières semaines de leur vie.

L'allergie tuberculinique est obtenue dans un délai moyen de quatre à six semaines — notion importante pour la fixation du minimum d'isolement obligatoire après vaccination quand le sujet appartient à un milieu suspect ou contaminé.

Les 71 nouveau-nés vaccinés dans les premiers mois de 1937, et suivis déjà pendant un délai de six à huit mois, sont tous en excellent état de santé, en dépit de voisinage souvent suspect et même contagieux.

Deux cent deux accidents paralytiques du traitement antirabique. — *M. P. Remlinger*. — Conséquences à la fois de l'époque de neutropisme où nous vivons et d'une évolution inévitable du virus fixe en rapport avec le nombre des passages, les accidents paralytiques du traitement antirabique sont en voie d'augmentation. En dix années, 202 observations nouvelles, avec une mortalité de 32,22 p. 100 ont pu être recueillies : myélites dorso-lombaires avec ou sans paralysie de la vessie et du rectum, paralysies ascendantes de Landry, méningo-encéphalites diffuses, manifestations névritiques diverses, monoplégies ou diplégies faciales, rétentions d'urine passagères, etc... Ce sont surtout les traite ments dits de complaisance qui donne lieu à des accidents. D'où la nécessité qui s'impose aux directions d'Instituts antirabiques de subordonner exclusivement leurs décisions à des considérations techniques.

Les accidents sont plus fréquents mais ordinairement bénins avec les moelles desséchées ou desséchées puis glycérinées. Ils sont particulièrement graves avec les virus dilués et constituent souvent ici une « Rage de Laboratoire » mortelle. Ils s'observent avec les vaccins tués, mais sont quatre fois moins fréquents qu'avec les vaccins vivants, ce qui pose la question de la préférence à donner aux vaccins phéniqués.

La pathogénie ne paraît pas univoque. Le rôle du virus fixe est *indubitable* dans les cas où il est décelé à l'autopsie dans le système nerveux central. Il est *vraisemblable* lorsque l'inoculation du bulbe aux animaux donne un résultat négatif et même dans les cas bénins suivis de guérison, chaque fois que les vaccinations ont été pratiquées avec des vaccins vivants. Dans les accidents graves ou bénins déterminés par les vaccins morts, c'est un composant de la substance nerveuse normale qui paraît devoir être incriminé. Il s'en suit que, lorsque les accidents se produisent au cours même de la cure pasteurienne, le plus sage est de cesser, ou tout au moins d'interrompre le traitement.

Il demeure toujours acquis que ces accidents paralytiques sont exceptionnels (1 sur 4.000 ou 5.000 personnes traitées), qu'en cas de morsure, le risque d'une rage mortelle est infiniment plus considérable que celui d'une paralysie souvent curable et d'une façon générale que les accidents du traitement antirabique ne constituent pas plus une contre-indication à la cure pasteurienne que les accidents de l'anesthésie à une opération chirurgicale.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 1er décembre 1937

A propos des gastrectomies. — *M. Okinczyc* apporte sa statistique. Sur 102 gastrectomies pour ulcères, il n'a eu que quatre morts, dont deux par accidents pulmonaires. Et sur 115 gastrectomies selon le procédé de Finsterer il n'en a fait que 5 pour exclusion. Les indications de la gastrectomie pour exclusion lui paraissent exceptionnelles. D'autre part il signale qu'il n'a pas eu de fistule duédonale. Enfin il n'emploie que l'anesthésie locale.

A propos des injections intra-utérines. — *M. Huet* rapporte une observation d'une injection liquidienne utéro-tubaire ayant créé une péritonite sans interruption de la grossesse (Dr Herbert, Aix-les-Bains).

Tumeur du corpuscule carotidien. — *M. Barbier* fait un rapport sur une observation de *M. Jakovljevitch* (Novi-Sad) concernant un cas de neurofibrome du corpuscule carotidien, opéré et enlevé malgré son adhérence au pneumogastrique. Il y avait chez le malade d'autres tumeurs para-vertébrales qui furent également enlevées. L'auteur pense qu'il s'agissait d'une neuro-fibromatose à type Recklinghausen dont la tumeur principale siégeait au niveau du corpuscule carotidien.

Le rapporteur a rassemblé cinquante deux cas de tumeurs du corpuscule carotidien. En règle la tumeur existe depuis de longues années, mais à un moment donné, elle s'accroît et comprime le pneumogastrique, l'hypoglosse, le sympathique. Ces tumeurs peuvent donc être considérées comme douteuses au point de vue histologique. Si elles sont souvent bénignes, dans un tiers des cas elles sont suspectes ou nettement malignes. Le parangagliome est habituellement bénin, les autres plus volontiers malignes. L'exérèse est difficile et la fourche carotidienne peut être lésée. On peut donc discuter l'opportunité de ces ablations mais si on opère précocement l'intervention est plus aisée et plus bénigne. Les résultats globaux sont 78 % de guérisons, 12 % d'hémiplégies par ligatures vasculaires, 10 % de morts. La radiothérapie ne semble pas donner de grands résultats.

Le syndrome de Volkmann. — *M. Leveuf* a communiqué dix observations personnelles de contusions de l'artère humérale avec abolition des oscillations. Dans les formes totales il y a d'emblée paralysie de tous les muscles de la main, avec œdème, et paralysie sensitive. Au bout de 45 à 60 jours apparaissent la rétraction des muscles fléchisseurs et en même temps la récupération fonctionnelle du nerf radial et des muscles extenseurs. Beaucoup plus tard on peut voir la récupération se faire dans les muscles fléchisseurs et le domaine du médian et du cubital. Dans d'autres cas la récupération se fait peu ou mal. Les formes partielles sont beaucoup plus intéressantes et peuvent passer inaperçues parce que le domaine du radial n'est pas touché et parce que le domaine du médian et du cubital n'est pas totalement atteint. Les muscles de la pince sont les plus atteints. Le pronostic est meilleur du point de vue évolutif.

A la base de ce syndrome on trouve comme lésions histologiques :

Les lésions résiduelles de l'artère, contuse, spasmée, oblitérée, sur la saillie du fragment supérieur ;

Le séro-hématome n'a jamais été vu par l'auteur ;

Les muscles saignent peu, leur biopsie est peu hémorragique.

Les nerfs à la coupe présentent des suffusions hémorragiques. Les biopsies (par prélèvement du nerf supérieur du rond pronateur) montrent tantôt une dégénérescence totale, tantôt rien.

Les biopsies musculaires montrent des lésions de nécrose musculaire, massive, totale, en îlots. Ailleurs on trouve des lésions capillaires, gonflement par du sang en stase, avec extravasation des éléments du sang au voisinage surtout des globules blancs, quelquefois des globules rouges. C'est cette dernière lésion capillaire qui est l'élément essentiel, fondamental du syndrome, beaucoup plus que la nécrose. A l'extravasation fait en effet suite la sclérose.

Le barrage des capillaires est l'élément pathogénique primordial. Ce barrage est sous la dépendance des lésions de l'artère humérale. Les muscles atteints seraient ceux du domaine médian-cubital parce que les plus actifs. Il y aurait enfin une prédisposition chez certains sujets.

M. Cunéo pense que si le radial est habituellement épargné c'est à cause de sa vascularisation excellente.

M. Boppe a vu dans six cas de fracture sus-condylienne une interruption complète du pouls radial avec dans trois cas aucune paralysie ni du médian ni du cubital. La lésion nerveuse n'est donc pas constante lorsqu'il y a contusion artérielle.

Deux cas d'invagination iléo-colique de l'adulte. — *M. Bachy* (Saint-Quentin) communique deux observations d'invagination iléocolique ayant obligé à une résection. Un des cas était dû à une appendicite (appendice perforé, calcul stercoral). Ce deuxième cas a guéri.

M. Brocq apporte trois observation, une par lipome du fond du cæcum, une par appendicite, une par diverticule de Meckel. Il pense qu'il faut d'abord essayer de désinvaginer. S'il s'agit d'une iléo-iléale, il faut réséquer d'emblée (7 % de mortalité). Dans les iléo-coliques, faut-il réséquer d'emblée ? Uniquement s'il y a très bon état général, mésos à peu près sans œdème, peu de rétention dans le bout supérieur, et des bouts intestinaux en bon état.

Jean CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 novembre 1937

Syndrome d'hypertension intra-crânienne d'origine syphilitique. Guérison par le traitement spécifique. — *MM. J. Dereux, P. Coustenoble* et *St. Desreumaux* (Lille) rapportent l'observation d'un malade atteint d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne avec stase papillaire. Les réactions biologiques, l'épreuve du traitement révèlent la nature syphilitique de ce syndrome. Les auteurs insistent sur la rareté de cette origine. Exceptionnels, en effet, sont les syndromes purs d'hypertension intra-crânienne dont la cause est uniquement et sûrement la syphilis. Les auteurs montrent pourquoi on a pu indûment rapporter à la syphilis les syndromes d'hypertension intra-crânienne qui n'avaient aucun rapport avec cette affection.

M. Dufour rappelle un cas ancien dans lequel le traitement antisyphilitique, d'abord inopérant, se montre efficace après une trépanation décompressive.

M. Dereux pense qu'il faut associer la décompression au traitement spécifique en cas de gomme.

Cholestéatome supra-sellaire. — *MM. J. Dereux, E. Hartmann* et *J. Le Beau* relatent l'observation d'un malade chez qui la baisse progressive de l'acuité visuelle avec atrophie optique et les signes radiologiques de la région sellaire firent diagnostiquer une affection opto-chiasmatique pour laquelle on demande une intervention neuro chirurgicale. Celle-ci, pratiquée par M. Cl. Vincent, montra un cholestéatome supra-sellaire. Les auteurs insistent sur la rareté du cholestéatome crânien et surtout de la région supra-sellaire. Ils précisent, grâce à leur observation, les signes cliniques qui permettent de faire le diagnostic précoce de cette affection.

De l'hypocholestérolémie au cours des ictères dits catarrhaux. — *MM. F. Meersseman* et *P. Duran*, d'après l'observation de 46 cas d'ictères de type catarrhal, montrent que l'hypercholestérolémie n'existe que d'une manière très inconstante au cours de ces ictères : dans un tiers des cas, la cholestérolémie est normale et, dans un tiers des cas aussi, elle est abaissée. Dans ces deux dernières éventualités, le taux du cholestérol s'élève en général progressivement, parallèlement au déclin de l'ictère. Ces variations dans le comportement de la cholestérolémie ne paraissent répondre à aucune particularité étiologique, clinique, biologique ou évolutive : il n'existe pratiquement aucune différence entre les ictères avec hypo et les ictères avec hypercholestérolémie. Le mécanisme de l'hypocholestérolémie au cours des ictères catarrhaux paraît encore très incertain.

La baisse du pouvoir alexique des sérums au cours des états hépatiques. — *MM. F. Meersseman* et *H. Perrot*, utilisant une technique personnelle de titrage, montrent que, comme l'avait déjà affirmé Bauer, le pouvoir alexique du sérum est constamment abaissé au cours des affections hépatiques. Ce fait est intéressant à rapprocher de quelques autres notions ou hypothèses : théorie de Nolf sur la production de l'alexine par la glande hépatique ; notion de l' « anergie hépatique » de N. Fiessinger et Brodin ; rapports entre l'insuffisance hépatique et certains états de type colloïdoclasique, asthme, urticaire, migraine, etc..., qui s'accompagnent également d'une baisse marquée du taux alexique des sérums.

Maladie hémolytique chez deux jumeaux. Déformations crânio faciales associées. — *MM. Robert Debré, Maurice Lamy, M. Mozer, G. Sée* et *S. Kaplan* présentent deux enfants, âgés de cinq ans, jumeaux uni-vitellins, atteints l'un et l'autre d'une maladie hémolytique à laquelle sont associées des déformations remarquables du squelette crânio-facial.

Le caractère héréditaire de la maladie est démontré par la constatation chez la mère d'une forme fruste de la même affection attestée par une splénomégalie légère et une érythroblastose médullaire nette. En même temps que la maladie hémolytique, la mère a transmis aux deux enfants une autre tare morbide sous la forme d'une « langue scrotale ». Les deux jumeaux appartiennent au même groupe sanguin que leur mère et possèdent comme elle l'agglutinogène A. Un frère plus âgé n'a hérité ni de la maladie hémolytique ni de la langue scrotale ni de l'agglutinogène : il est bien portant, sa langue est normale, il appartient, comme son père, au groupe O.

Les signes de la maladie hémolytiques se trouvent tous réunis chez les deux jumeaux : splénomégalie, subictère, hyperbilirubinémie, urobilinurie, anémie, fragilité et anisomicrocytose des hématies, érythroblastose médullaire.

Il existe chez les deux enfants des déformations remarquables du squelette crânio-facial qui leur donnent un faciès asiatique très particulier. Les radiographies montrent une synostose prématurée des sutures et surtout un épaississement extrêmement marqué de la voûte crânienne qui présente un aspect spécial, « en poil de brosse ». Il semble que ces anomalies squelettiques ne représentent pas de simples malformations osseuses associées mais soient la conséquence d'une suractivité de la moëlle osseuse, elle-même destinée à compenser la destruction exagérée de globules rouges constitutionnellement anormaux, donc fragiles. Ces déformations sont voisines de celles que l'on observe dans une autre maladie où la fragilité globulaire est aussi l'élément fondamental, l'anémie de Cooley. Cet aspect si particulier du squelette crânien est sans doute temporaire. L'épaississement considérable du crâne constaté parfois chez des adultes atteints de la maladie hémolytique en serait la séquelle.

Les auteurs signalent une fois encore l'inutilité des traitements médicamenteux, rappellent que la seule thérapeutique qui mérite d'être discutée est la splénectomie et envisagent de la faire exécuter, chez les deux enfants, avant qu'ils n'aient atteint l'âge de la puberté.

Altérations squelettiques dans la maladie hémolytique. — *M. Mamerto a Cuna* (Buenos-Ayres) rappelle que les déformations squelettiques décrites dans la maladie hémolytique sont inconstantes ; elles se rapprochent beaucoup de celles observées dans l'anémie de Cooley.

Il semble bien qu'elles soient la conséquence des lésions de la moëlle osseuse. L'auteur précise ensuite les indications de la splénectomie.

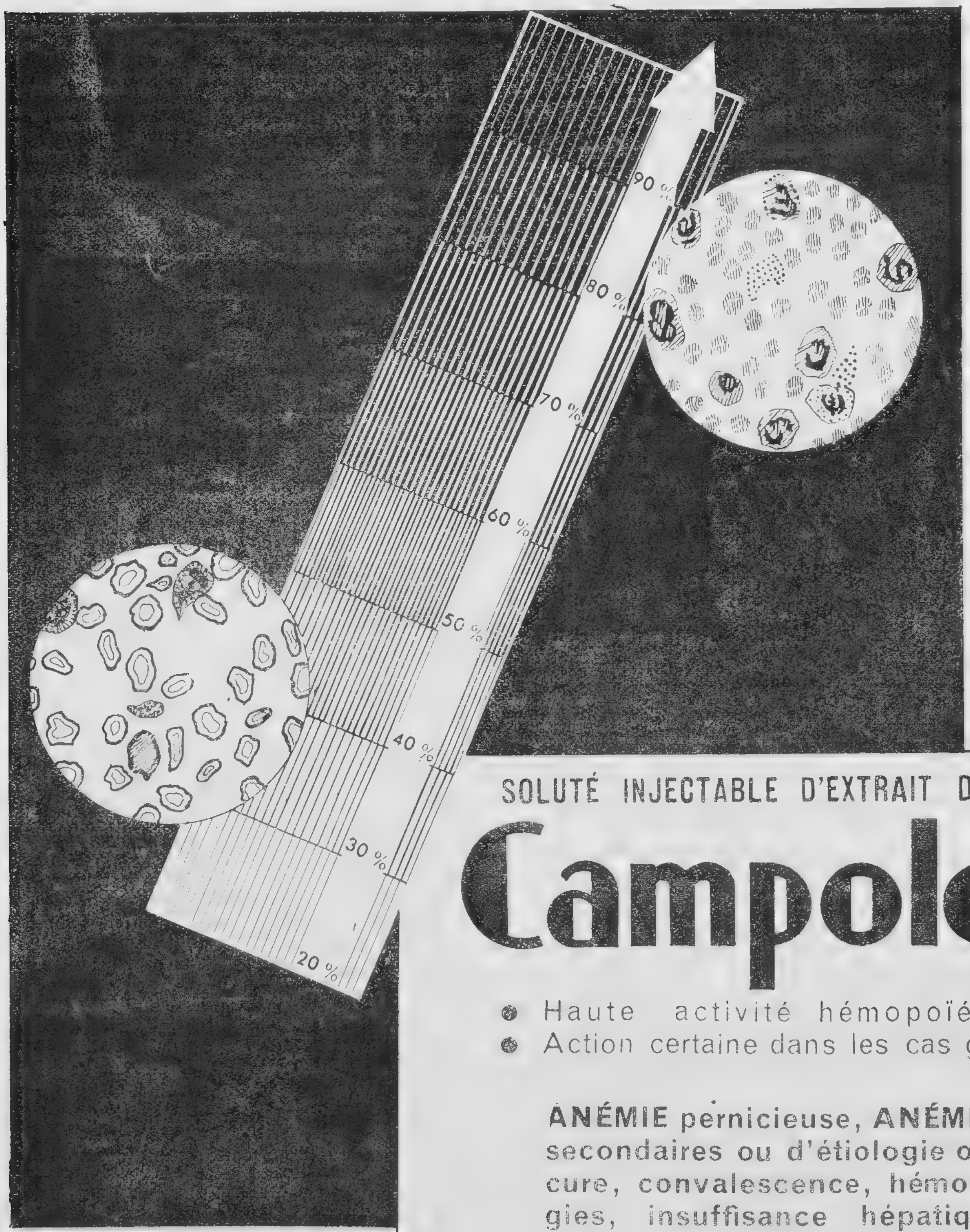
M. P.-E. Weil ajoute que plus la splénectomie est pratiquée tôt, plus les résultats sont favorables et moins il y a de risques opératoires. Le jeune âge ne doit pas constituer une contre-indication au traitement chirurgical.

Les lésions du squelette sont fréquentes dans d'autres affections touchant la moëlle osseuse ; on les rencontre dans l'anémie pernicieuse et les leucémies, surtout dans le jeune âge.

M. Lelong présente des radiographies dues à M. Caminopetros (d'Athènes) montrant les lésions osseuses retrouvées dans l'anémie érythroblastique de Cooley. Elles portent non seulement sur le crâne (épaississement de la voûte, excavations en forme d'empreintes digitales) mais aussi sur les os plats, en particulier les os iliaques, atteints d'ostéoporose.

M. Fiessinger insiste sur la nécessité de pratiquer la splénectomie avant la puberté.

Considérations anatomo-cliniques sur une leucémie myéloïde fébrile. — *MM. Jean Olmer* et *Y. Poursines* (de Marseille) ont observé un homme de 42 ans qui présentait depuis près d'un an de la fièvre, évoluant d'abord sous forme


90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %

de grands accès quotidiens, puis se stabilisant entre 37° et 38° sans aucun signe viscéral lorsqu'apparut une splénomégalie volumineuse et douloureuse accompagnée d'un gros foie. L'examen du sang permit de porter le diagnostic de leucémie myéloïde qui fut confirmé par le splénogramme et le myélogramme. L'affection évolua encore pendant neuf mois au cours desquels la fièvre ne fit jamais défaut, soit fébricule vespérale, soit grands accès fébriles pseudo-palustres. Pendant cette période, le malade présenta à sept reprises différentes de grands hématomes qui parurent chaque fois mettre sa vie en danger et qui cependant se résorbèrent.

A ces caractères cliniques si particuliers s'ajoutent les constatations anatomiques : absence d'infiltrat leucémique du cœur, des poumons et des reins ; rate énorme pesant 5 kg. 100 et présentant un double aspect d'infarctus multiples et surtout d'hémorragies en nappes, à contours vaguement polycliques, qui se sont produites au niveau des infarctus parfois, mais le plus souvent dans le parenchyme sain ; hystologiquement, le tissu splénique a perdu ses attributs lymphoïdes et réticulo-endothéliaux pour devenir du tissu hémopoïétique jeune où dominent les cellules indifférenciées. Le foie pèse 2 kg. 900 ; il ne présente pas d'aspects d'hémorragies ou d'infarctus, il n'y a pas d'infiltrat myéloïde à son niveau ; le tissu réticulo-endothélial y a réagi d'une façon discrète mais nette et élective dans le sens d'une élaboration hémopoïétique et indifférenciée. Enfin, la moelle osseuse présente une hypergénèse hémopoïétique de type myéloïde avec prédominance, ou même exclusivité par endroits, des cellules indifférenciées.

De tels caractères anatomiques s'ajoutent aux caractères cliniques et hématologiques soulignés, donnent à cette observation un très gros intérêt pour l'étude des formes intermédiaires entre la leucémie myéloïde et la leucémie aiguë.

Hématémèses et melæna à répétition chez un enfant de neuf ans. Splénomégalie ancienne. Arrêt des hémorragies après splénectomie. — ***MM. B. Weil-Hallé, de Godart d'Allaines*** et ***Mlle A. Papaïoannon*** présentent un enfant de neuf ans, qui, au cours d'une splénomégalie ancienne, a fait depuis janvier dernier des hémorragies digestives (hématémèses et melæna) abondantes et répétées, résistant à tous les traitements antihémorragiques, et ayant déterminé en dépit de transfusions multiples une anémie impressionnante.

La splénomégalie pratiquée le 12 avril met fin aux hémorragies et permet un rétablissement rapide du petit malade.

Les auteurs insistent sur certaines particularités : antériorité lointaine de la splénomégalie, petits signes d'insuffisance hépatique (prurigo à répétition et ictère transitoire) qui accompagnent le syndrome.

Au point de vue étiologique, ils pensent pouvoir éliminer : la syphilis (anamnèse et examens sérologiques négatifs) et, après l'étude histologique de la rate, la thrombose veineuse primitive et la maladie de Banti (pas de « fibro-adénie vraie, pas de nodules de Gandy-Gainnia) ».

Ils s'arrêtent au diagnostic de splénomégalie primitive, et, tout en faisant des réserves au point de vue de l'avenir, ils se bornent à enregistrer l'influence très favorable de la splénectomie.

M. Lamy pense que le fait de n'avoir pas trouvé de trombose splénique ne prouve pas qu'il n'existe pas un obstacle sur la veine porte (thrombose ou compression).

M. May rapporte le cas d'une jeune fille de 14 ans présentant une énorme rate, des hémorragies à répétition et quelques stigmates faisant pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang qui se révéla fortement positive. Après dix-huit mois de traitement par le mercure et le bismuth, la rate régressa partiellement et les hémorragies cessèrent complètement. Une maladie intercurrente des voies respiratoires entraîna la mort et l'on trouva à l'autopsie un foie ficelé typique, signant la nature syphilitique du syndrome splénomégalique hémorragique.

M. Weill-Hallé n'hésite pas à faire pratiquer la splénectomie.

M. Grenet rappelle combien est discuté le rôle de la thrombo-phlébite, même dans des cas où l'injection d'adrénaline entraîne la spléno-contraction.

Dolichosténomélie (arachnodactylie). — ***MM. Julien Huber, J. Florand J.-A. Lièvre*** présentent un nouvel exemple de cette dystrophie complexe. Primitivement définie par l'allongement démesuré des os longs et la gracilité des membres, cette affection comporte aujourd'hui un grand nombre de caractères concernant des particularités des os, ligaments, muscles, téguments, etc. Les anomalies les plus curieuses concernant les globes oculaires (ectopies des cristallins, iris tremblants, etc.). Dans le cas présent, très complet, on note encore un souffle cardiaque de la pointe, signe que les auteurs ont retrouvé dans d'autres observations et dont ils discutent la signification.

La dolichosténomélie, dont les auteurs écartent la nature endocrinopathique, est un exemple d'un groupement d'anomalies transmis par hérédité de façon globale ou dissociée. C'est probablement un « bloc de caractères héréditaires », fixé sur une même gêne de la cellule germinale.

M. Apert a observé un cas de dolichosténomélie chez une fillette de 13 ans, accompagnée d'autres malformations : béance du trou de Botal et réduction du lobe moyen du poumon droit à un lobule.

M. Marfan fait remarquer que la subluxation du cristallin avec tremblement irien se rencontre dans la moitié des cas de dolichosténomélie. Les malformations cardiaques sont moins fréquentes.

Séance du 26 novembre 1937

Un cas de thyroïdite infectieuse aiguë vraisemblablement rhumatismale. — ***M. R. Benda*** rapporte un cas de thyroïdite infectieuse aiguë typique, absolument isolée qui, survenue primitivement, évolua par poussées, indépendamment de toute manifestation articulaire et de toute atteinte cardiaque et ne fut suivie d'aucun trouble nouveau, même après plusieurs mois d'observation. Il s'efforce d'aller au devant des objections qui pourraient lui être légitimement opposées, au sujet de la nature rhumatismale de cette thyroïdite, en rappelant que l'importance de l'inflammation thyroïdienne au cours du rhumatisme articulaire aigu n'est nullement en rapport, au contraire, avec l'intensité de l'atteinte articulaire ; qu'il n'existait, dans le cas particulier, aucun autre facteur étiologique qui aurait pu être incriminé d'une manière valable à la place du rhumatisme. Bien plus, l'argument thérapeutique, malgré les réserves d'usage, conserve ici une valeur considérable étant donné l'action à la fois totale et immédiate du salicylate de soude, qui fit disparaître du jour au lendemain la fièvre et les poussées thyroïdiennes, alors qu'aucune autre thérapeutique n'avait été capable de le faire depuis près d'un mois.

M. Brodin insiste sur l'extrême rareté des thyroïdites rhumatismales isolées dont il a cependant observé deux cas.

Manifestations rhumatismales déclenchées chez un tuberculeux par la collapsothérapie. — ***MM. Henri Bénard, Félix-Pierre Merklen*** et ***Maurice Cord*** ont vu, chez un malade atteint de tuberculose unilatérale gauche, une première insufflation de plèvre déclencher l'apparition de manifestations articulaires dans les genoux et les épaules, avec élévation de la température à 39°5-40° et atteinte du myocarde, signée en particulier par la chute de la tension artérielle. Ces phénomènes ayant cédé à l'administration de salicylate de soude, une nouvelle insufflation pleurale effectuée quatre semaines plus tard fut immédiatement suivie de la réapparition des douleurs articulaires, d'une recrudescence fébrile légère et d'un assourdissement extrêmement marqué des bruits du cœur ; une réactivation des phénomènes douloureux suivit encore les trois insufflations suivantes, mais la médication salicylée finit par amener la disparition de tous ces troubles.

Sans pouvoir affirmer la pathogénie exacte des phénomènes observés (éveil d'une maladie de Bouillaud véritable par la collapsothérapie, ou nature allergique, toxinique ou infectieuse d'accidents dûs à la compression des lésions tuberculeuses), les auteurs se croient en droit de souligner l'intérêt clinique de leur observation.

Maladie de Bouillaud abarticulaire, avec dissociation auriculo-ventriculaire complète, jugulée par le traitement salicylé précoce. — ***MM. Théodoresco*** et ***Aberfeld*** (Bucarest).

Adénite rhumatismale. Présence du streptocoque viridans dans un ganglion hypertrophié au cours de la maladie de Bouillaud. — ***MM. R. Debré, S. Thieffry*** et ***G. Moret*** rapportent l'histoire clinique d'une maladie de Bouillaud compliquée d'endo-myocardite très sévère. Au cours même de l'affection, en coïncidence avec des érythèmes diffus

marginés éphémères et des poussées de nodosités périarticulaires, on voit survenir dans une fosse sus-épineuse une tuméfaction qui simule le nodule de Meynet. A vrai dire on peut affirmer, après contrôle histologique, que cette nodosité n'est autre chose qu'un ganglion. Il s'agit d'un ganglion de texture bouleversée et présentant par places des zones de nécrose fibrinoïde, disparition des éléments lymphocytaires et conservation de la trame. Par ensemencements, les auteurs retrouvent en pureté dans le ganglion le streptocoque viridans.

Faisant remarquer la rareté et le siège anormal de cette adénopathie, ils rappellent par contre qu'une telle localisation a déjà été rapportée par E. Brissaud, associée à des adénopathies multiples. Eux-mêmes ont eu l'occasion de retrouver à trois reprises une semblable localisation, vérifiant à chaque fois par biopsie la nature ganglionnaire et inflammatoire d'une nodosité prélevée dans la fosse sus-épineuse. Il est possible qu'au moins dans certaines circonstances, les nodosités de Meynet ne soient autre chose que de semblables adénites rhumatismales.

Enfin, les auteurs insistent sur la découverte dans ce ganglion du streptocoque viridans que l'on a rencontré avec une certaine fréquence au cours de la maladie de Bouillaud.

Les lésions de nécrose fibrinoïde du ganglion s'ajoutent à celles qui ont été découvertes dans le muscle, le tendon, le tissu périnerveux et dernièrement encore dans le poumon au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur le rhumatisme articulaire aigu. — *MM. C. Lian* et *J. Facquet* rapportent plusieurs observations où l'attaque rhumatismale a succédé à une suppuration sous-cutanée ou à un phlegmon amygdalien : il en fut ainsi au début de plusieurs attaques dans chacun de ces cas curieux. A noter aussi un fait intéressant : une insuffisance mitrale s'installe sans cause appréciable chez un adolescent, et six mois après survient la première crise de manifestations articulaires de la maladie de Bouillaud.

Du point de vue du diagnostic, ils rappellent l'intérêt que peuvent présenter l'électrocardiographie et le dosage pondéral du fibrinogène du sang. A l'appui de la notion classique de l'action antipyrétique du salicylate de soude en dehors de la maladie de Bouillaud, ils citent deux cas de néoplasme pelvien où la fièvre, 38 à 39°, durant depuis des mois, a cessé immédiatement avec 5 gr. de salicylate et remonté immédiatement à son chiffre initial avec la cessation du salicylate.

Après avoir cité deux cas où cette maladie, à la fois articulaire et cardiaque, a laissé chez les jeunes gens une déformation chronique des doigts en coup de vent. Lian et Facquet critiquent la tendance actuelle à placer toujours ou presque toujours le rhumatisme cardiaque évolutif à l'origine de l'insuffisance cardiaque dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales. Les cas sont fréquents où, alors qu'aucun mouvement fébrile n'a été constaté depuis de nombreuses années, l'insuffisance cardiaque vient compliquer une lésion valvulaire rhumatismale : il s'agit alors simplement du surmenage d'un cœur ayant une cicatrice valvulaire ancienne. D'autres fois, c'est une maladie intercurrente qui contribue à déclancher l'insuffisance cardiaque (maladie infectieuse et non maladie de Bouillaud, hypertension artérielle, auto-intoxication, etc.). Il faut donc ne recourir à la médication salicylée dans une cardiopathie valvulaire chronique avec ou sans insuffisance cardiaque que si l'on a des raisons objectives de conclure à un rhumatisme cardiaque évolutif. Sinon la médication salicylée, par les troubles digestifs qu'elle entraîne souvent quand elle est très prolongée, est non seulement inutile, mais nuisible. Les auteurs ont observé plusieurs cas de cette action nuisible, et ont vu aussi les injections intra-veineuses salicylées spécialement mal supportées et entraîner un mouvement fébrile, ne cessant qu'avec la suppression des injections.

D'ailleurs, les auteurs, frappés de la non diminution des cardiopathies valvulaires rhumatismales, pensent que le salicylate rend certes de précieux services dans le traitement de la maladie de Bouillaud, mais que cette action favorable ne s'étend guère à la prévention et à la guérison des cardiopathies valvulaires.

M. Pichon croit que l'administration de salicylate de soude *per os* est en règle suffisante ; il ne faut pas recourir systématiquement à la voie veineuse. Le salicylate m'a paru une action préventive absolue sur le rhumatisme dont il modifie, par contre, heureusement l'évolution. Son action antipyrétique doit être distinguée de son action sur la maladie de Bouillaud.

M. Grenet considère que le grand avantage des injections intra-veineuse de salicylate est de permettre d'augmenter les doses du médicament lorsque le sujet le tolère mal par la voie digestive ; il n'est pas convaincu de la supériorité d'action de la voie veineuse.

M. Flandin n'a jamais observé d'effet nocif après l'injection intra-veineuse de salicylate ; il a pu constater, à plusieurs reprises, la grande efficacité du médicament administré par cette voie, alors qu'il restait inopérant quand il était donné par voie buccale.

M. Lesné n'a pas constaté, chez l'enfant, la supériorité de l'administration du salicylate par injections intra-veineuses. Le salicylate possède une influence préventive considérable sur les manifestations cardiaques ; par contre, il n'agit pas sur les cardiopathies rhumatismales évolutives.

M. Coste croit à l'activité plus grande du salicylate lorsqu'il est introduit dans l'organisme par voie veineuse. Ce mode d'administration a en outre l'avantage de permettre une médication adjuvante par voie buccale (antipyrine par exemple).

M. Lereboullet a vu dans un cas le salicylate agir sur les manifestations cardiaques constituées. Dans les grandes chorées, le salicylate, inefficace *per os*, donne par contre souvent des résultats remarquables quand il est administré par voie veineuse.

M. Lian ne nie pas l'action préventive du salicylate sur les cardiopathies rhumatismales, mais il déplore que cette action reste minime. Quand à son action régressive sur des lésions constituées, elle s'appuie sur des observations qui demeurent des raretés.

A propos d'un cas de rhumatisme cérébral guéri. — *MM. Laignel-Lavastine, H.-M. Gallot* et *H. Mignot* rapportent l'observation d'une malade qui fut prise de troubles mentaux au cours d'une poussée franche de rhumatisme articulaire aigu. Dans une première période, elle présenta un syndrome confusionnel avec onirisme pénible ; la confusion en s'atténuant a laissé derrière elle un état mélancolique actuellement en voie de guérison.

Les auteurs attirent l'attention sur les désordres mentaux sub-aigus et curables qui s'observent au cours de la maladie de Bouillaud. Le rhumatisme cérébral est loin de toujours se traduire par le tableau classique du délire suraigu mais peut réaliser tous les aspects des délires toxi-infectieux. Son diagnostic présente des difficultés inégales selon qu'il apparaît au milieu d'un tableau plus ou moins caractéristique de rhumatisme articulaire aigu.

Chorée et maladie rhumatismale.— *MM. Riser, Laboucarie* et *Géraud* (Toulouse) rapportent deux observations de sujets jeunes tout à fait superposables : début par un épisode choréique aigu, brutal, extrêmement violent, de type encéphalique évident, avec confusion mentale, signes neurologiques, modifications du L. C. R., association de myoclonies et température élevée dans un cas. A l'encontre de la forme classique, l'épisode rhumatismal apparut, cliniquement secondaire ; il fut tout à fait indiscutable et très important, bien qu'assez court, avec température élevée, allure septicémique, atteinte cardio-péricardique durable, anthropathies franches.

Par contre, les modes de contact des deux épisodes ont différé : dans le premier cas, succession nette, avec intervalle libre de quelques jours ; dans le second, intrication plus intime ; prolongation de la chorée grave. La thérapeutique salicylée ne jugula le rhumatisme d'un malade qu'à très hautes doses intraveineuses ; chez le second, bien qu'active et prolongée, elle demeura sans influence sur la chorée.

Il faut signaler l'action remarquable du soneryl et du somnifène intraveineux, à dose assez forte ; sans elle, les malades auraient, semble-t-il, succombé si l'agitation choréique avait duré, tellement elle était extrême.

Dans ces deux cas, il nous paraît que la maladie rhumatismale ait pu se manifester tout d'abord par une encéphalite cortico-striée, ce qui ne signifie pas — loin de là — que les rapports classiques entre beaucoup de chorées et le rhumatisme nous paraissent établis.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

Erratum. — Dans la Clinique infantile de M. G. BLECHMANN : De l'Erythème noueux ; formes familiales, n° du 27 novembre, page 1687, col. 2, intervertir le paragraphe « Nous n'avons pas... et le paragraphe « En effet...

Echos et Glanures

Les Maîtres. — *Le sixième volume de la* CHRONIQUE DES PASQUIER, LES MAÎTRES *vient de paraître. Œuvre poignante où Georges Duhamel a voulu peindre le maître vu par un homme jeune, son disciple.*

Est-ce un roman à clef ? Non, dit M. Duhamel (LES NOUVELLES LITTÉRAIRES, 27 novembre 1937). *Les deux personnages Nicolas Rohner et Olivier Chalgrin, deux biologistes, empruntent à des êtres vivants mais ne sauraient symboliser la querelle de Pasteur et de Berthelot, comme on a pu le croire.*

Quant aux noms réels, il y figurent assez nombreux, Nicolle, Perrier, Emile Picard, Georges Dumas, avec, pour quelques-uns, une touche plus accentuée. Tel ce portrait de Roux :

« Quelle figure déconcertante ! L'austérité, la maigreur ascétique de cette figure ! Il n'a pas encore soixante ans, je pense. Il porte les cheveux ras, arrondis sur le front, une barbiche semblable à celle des huguenots du XVI[e] siècle ; on l'imaginerait sans peine avec une fraise au col. Il n'a pas de fraise, mais un épais cache-nez de pion.

« Ses vêtements sont noirs et plus que modestes. Il porte de gros souliers, des croquenots de vicaire. Je le vois souvent chez l'économe, où il monte la garde une partie du jour, surveillant ce qui se passe, les gens qui entrent, les gens qui sortent. Quel regard vigilant ! Je suis allé, l'autre semaine, lui porter un dossier, dans son cabinet de travail. Il se tenait devant une table toute nue, longue d'un mètre large d'une coudée. Il était assis sur une chaise de paille, les pieds posés sur un petit tapis-brosse à trois francs. On se serait cru dans le parloir d'une congrégation pauvre. Je ne te cacherai pas que j'en demeure frappé d'un respect glacial. J'étais dans l'antichambre même de la science : la science du XIX[e] siècle inflexible, sincère et chaste ».

Et ailleurs cette silhouette de Charles Richet :

« A propos de Richet, que je te raconte une histoire. Je suis entré l'autre jour dans l'amphithéâtre de l'école pratique. Charles Richet donnait son cours. Grand, maigre, un œil à moitié clos par une grimace bien sympathique, la main dans la poche-gousset de son pantalon, il allait, de long en large, devant le tableau noir. A certain moment et comme le préparateur venait de couper la tête d'une grenouille pour je ne sais quelle expérience, Richet s'est précipité sur la tête de la bestiole : « Attendez, attendez, disait-il, je vais détruire la substance cérébrale qui reste dans ce débris. Inutile de laisser de la douleur derrière vous ». Il a fait ce qu'il venait de dire, de ses doigts attentifs. »

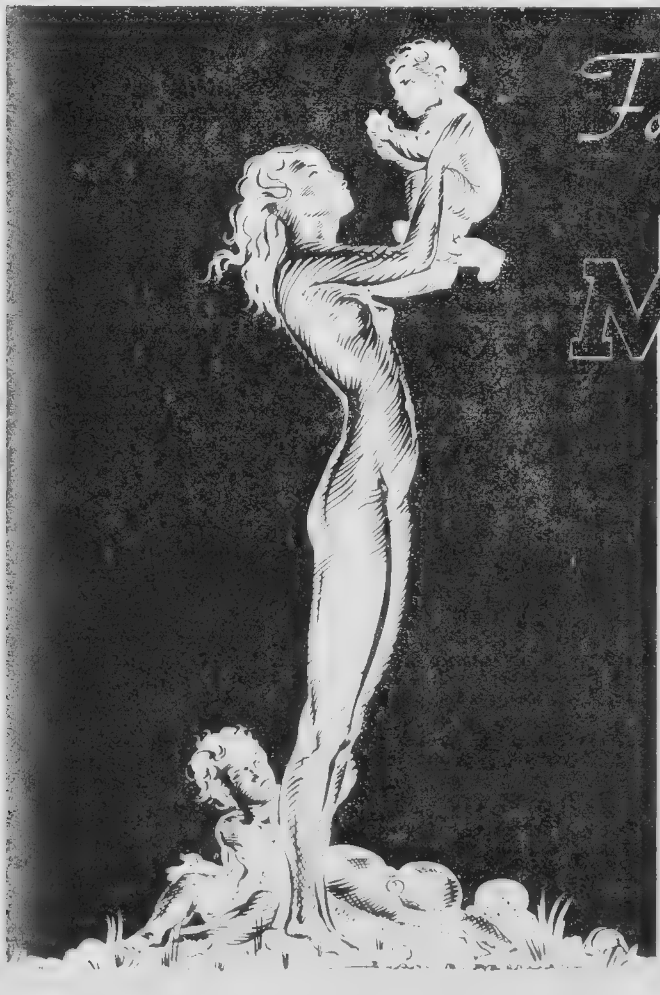
Et le livre n'est ni une satire, ni un pamphlet. Rohner ni Chalgrin, ne sont méprisables. S'ils succombent à des petitesses, leur passion de la recherche seule est en cause.

« Nous voulons, dit Gerges Duhamel en manière de conclusion à cette œuvre cruelle et cependant réconfortante, que notre maître soit un saint et un héros ! Nous lui demandons tout et quand il a donné tout, nous lui demandons le reste, au risque d'être déçus s'il ne peut nous contenter.

« . . . . . Des hommes admirables ! Il y en a. J'en ai connu. J'en connais. Ils ne sont pas admirables partout et toujours. Ils sont admirables quand les circonstances les portent et que l'inspiration les visite. Tant mieux pour ceux qui sont là. Il faudrait se contenter de ce que l'on possède. L'absolu ! La perfection ! Les saints des vitraux ! Les héros des livres d'images ! Oui c'est très beau, c'est très touchant.

« J'apprends tout doucement à vivre avec des êtres imparfaits qui ont parfois de belles heures, parfois des minutes éblouissantes. Ce n'est pas toute la journée qu'on voit la flamme au fond de l'œil et le signe entre les sourcils. Les grands hommes se détestent les uns les autres presque toujours, surtout quand ils se trouvent lâchés dans la même carrière. Les grands hommes se plaignent amèrement d'être méconnus de la foule, de la malheureuse foule qui a déjà si grand'peine à comprendre une fois de temps en temps les vérités élémentaires. Ils se plaignent d'être méconnus, mais, entre eux, ils ne font presque jamais rien pour se voir dans une saine lumière et pour se rendre justice.

« . . . . . Les grands hommes se chamaillent ; la pensée marche quand même. Le monument du savoir s'édifie malgré les querelles. Toutes les feuilles sont gâtées, tous les arbres sont malades, mais la forêt est magnifique. »



Descartes consultant. — *Si Descartes aima la médecine, dit M. Béclère,* (BULL. DE L'ACAD. DE MÉDECINE, 16 nov. 1937), *ce ne fut pas seulement en paroles. L'étude directe du monde vivant fut l'occupation principale de ses vingt dernières années. Et à l'occasion, il s'intéressait au traitement des malades :*

« ... A vrai dire, c'est seulement en de rares occasions et à des patients de choix qu'il donne quelque avis médical toujours fort prudent. Voici, en 1645, la lettre qu'il écrivit à la princesse Elisabeth, fille du roi de Bohême, son élève de prédilection et son amie : « J'ai appris que Votre Altesse a eu, trois ou quatre semaines durant, une fièvre lente accompagnée d'une toux sèche, en quoi je remarque les signes d'un mal si considérable et néanmoins auquel il me semble que Votre Altesse peut si certainement remédier que je ne puis m'abstenir de lui en écrire mon sentiment. Car bien que je ne sois pas médecin, l'honneur que Votre Altesse me fit l'an passé de vouloir savoir mon opinion touchant une autre indisposition qu'elle avait pour lors me fait espérer que ma liberté ne lui sera pas désagréable ». Et la Princesse lui répond : « Je m'imagine que la fièvre lente et la toux sèche qui ne me quitte pas encore vient de là » — elle veut dire de la tristesse, comme l'a diagnostiqué Descartes. — « C'est ce qui me fait consentir à l'avis des médecins de boire d'ici en un mois les eaux de Spa, mais je ne les prendrai point avant que j'en sache votre opinion, puisque vous avez la bonté de me vouloir guérir le corps avec l'âme. » Descartes, sans mettre en doute la vertu des eaux de Spa, recommande avec instance à la Princesse d'écarter, en les prenant, toute pensée triste, toute méditation sur les sciences et d'imiter ceux qui, « en regardant la verdeur d'un bois, les couleurs d'une fleur, le vol d'un oiseau et telles choses qui ne requièrent aucune attention, se persuadent qu'ils ne pensent à rien. »

A la même Princesse, atteinte d'apostèmes aux doigts, Descartes écrit l'année suivante : « Votre Altesse a très grande raison de ne vouloir pas user de remèdes pour ce sujet. Si cette incommodité dure jusqu'au printemps, alors il sera aisé de la chasser avec quelques légers purgatifs ou bouillons rafraîchissants où il n'entre rien que des herbes qui soient connues en la cuisine et en s'abstenant de manger des viandes où il y ait trop de sel et d'épiceries. Votre Altesse fait aussi bien de ne vouloir point user des remèdes de la chimie ; on a beau avoir une longue expérience de leur vertu, le moindre petit changement qu'on fait en leur préparation peut entièrement changer leurs qualités et faire qu'au lieu de médecine, ce soient des poisons. »

On sait qu'en 1647 Descartes fit deux visites à Pascal, à vingt-quatre heures d'intervalle. Voici ce qu'écrit Jacqueline, la plus jeune sœur de Pascal, sur la seconde de ces visites : « M. Descartes venait ici en partie pour consulter le mal de mon frère, sur quoi il ne lui dit pourtant pas grand'chose, seulement, il lui conseilla de se tenir tout le jour au lit jusqu'à ce qu'il fût las d'y être et de prendre force bouillons ». On le voit, Descartes, cet audacieux réformateur, demeure, en sa thérapeutique, respectueux d'Hippocrate.

La castration. — *Le R. P. Michel Riquet consacre* (CAHIERS LAENNEC, juillet-septembre 1937) *à la castration une étude historique, théologique, physiologique dont voici les conclusions :*

Des études diverses historiques, théologiques, physiologiques, etc., que nous avons esquissées ici, il semble qu'on peut déduire au moins les conclusions suivantes :

1° A l'origine et à travers l'Histoire, la castration apparaît comme une mutilation humiliante qui implique chez celui qui l'inflige la conception d'une humanité répartie en deux groupes : celui des forts, des victorieux, des maîtres, et celui des esclaves, des faibles, des vaincus ; les premiers ayant tous les droits, y compris celui de traiter les autres comme des bêtes de troupeau. Sans avoir les mêmes effets physiologiques que la castration, la stérilisation imposée d'autorité manifeste une même conception de l'humanité. Elle est inconciliable avec la doctrine chrétienne qui respecte en chaque homme la dignité de la personne et l'intégrité de l'individu.

2° Le Christianisme condamne toute mutilation volontaire que n'exige pas l'intérêt vital de l'individu lui-même, mais il reconnaît la parfaite légitimité de la castration vraiment thérapeutique. De plus, considérant l'eunuque malgré lui comme une victime, mais non comme un être inférieur, il n'hésite pas à l'admettre au sacerdoce et même à l'épiscopat, si, par ailleurs, il en est digne.

Dans le cas de la castration imposée par la volonté de l'Etat, la dignité et l'intégrité de l'homme sont sacrifiés à la Race ou à la collectivité, dans le cas de la castration médicale, c'est l'intérêt vital de l'individu lui-même qui justifie et réclame la

mutilation partielle de son être. Ici on respecte avant tout chaque personne humaine, là on subordonne tout l'homme au troupeau.

3° La castration, même thérapeutique, provoquant chez l'homme ou la femme des troubles souvent graves qui retentissent sur son comportement et son équilibre psychophysique, c'est avec la plus grande prudence qu'un chirurgien doit envisager une telle intervention.

4° Dans l'état actuel des mœurs et des législations, la castration pénale nous semblerait un anachronisme barbare ; il ne semble pas que la castration de certains anormaux sexuels soit plus acceptable étant donné qu'elle n'est ni la seule thérapeutique sûrement efficace, ni une pénalité justifiée, puisqu'il s'agit d'anormaux irresponsables, ni un légitime procédé de défense sociale, l'internement suffisant à la sécurité publique et réservant des possibilités de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

MÉDECINE

Les Hépatites, par Maurice LOEPER. Un volume de 262 pages avec 47 figures, 60 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est consacré aux hépatites, non à toutes les hépatites, mais à certaines d'entre elles et à certains points spéciaux de leur sémiologie ou de leur mécanisme.

L'auteur a envisagé plus encore que leur allure clinique, la cause qui les provoque, les lésions qui les caractérisent et les élaborations toxiques qui en modèlent la symptomatologie. Il a montré aussi ce qui les rapproche autant que ce qui les sépare.

Ces leçons ont été faites à l'hôpital Saint-Antoine. En voici la liste :

I. L'insuffisance circulatoire du foie et le météorisme abdominal.
II. Hépatite ictérigène bénigne à type catarrhal.
III. L'association de la pancréatite à l'hépatite ictérigène bénigne.
IV. Diagnostic de l'hépatite ictérigène bénigne (les ictères bénins par rétention aiguë).
V. Les hépatites de la lithiase du cholédoque.
VI. L'hépatite spirochétosique.
VII. L'hépatite ictérigène maligne.
VIII. Le syndrome ictéro-œdémateux des hépatites.
IX. L'hépatite bronzée.
X. Mélanodermie des hépatiques.
XI. Le cœur dans les hépatites chroniques.
XII. Les télangiectasies explosives cutanées et viscérales des hépatiques.
XIII. La tyraminémie des hépaties.
XIV. La péritonite tuberculeuse, complication des hépatites chroniques.

Les artérites des membres. *Etude clinique et thérapeutique*, par L. LANGERON et R. DESPLATS, A. FOURNIER et R. CAMUS. 1 volume in-8° de 304 pages, 60 francs. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'expérience des auteurs en la matière donne à cet ouvrage un caractère vécu et pratique qui paraît certainement préférable à un exposé plus systématique mais froid et impersonnel.

L'étiologie, la physiopathologie, la séméiologie et les formes cliniques, la thérapeutique sont successivement l'objet de chapitres documentés, au fur et à mesure, par des exemples cliniques. L'anatomie pathologique n'est retenue qu'autant qu'elle est nécessaire pour éclairer la clinique et la thérapeutique.

Signalons, plus spécialement, la critique de l'artériographie dont les auteurs pensent qu'on s'est engoué d'une façon excessive, leur conception des artérites diabétiques simple variété de la forme angio-scléreuse chez les diabétiques, et leur division en deux grandes formes des artérites chroniques des membranes : l'angio-sclérose, la plus fréquente et la thrombo-angéite, syndrome anatomo-clinique dont la maladie de Buerger est l'expression la plus nette : ils soulignent l'opposition entre ces deux formes sur le terrain de la clinique et des possibilités thérapeutiques.

Dans cette thérapeutique leurs préférences vont à la radiothérapie surréno sympathique dont ils ont été des premiers, en France, à préciser l'emploi et les résultats ; mais les autres procédés sont bien exposés et leurs indications discutées.

Les cholécystites chroniques. *Etude clinique*, par A. DANES. 1 vol. in-8°, de 118 pages avec 4 planches hors texte, 38 francs. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre résume clairement la contribution que les techniques spéciales peuvent apporter au diagnostic et au traitement des états vésiculaires chroniques.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

APPERT-COLLIN (Dr). — **Formes cliniques et évolutives de la tuberculose mixte.** 128 p. Br. : 20 fr. (*M. Vigné*).

BENON (R.). — **La mélancolie. Syndrome, maladie, médecine légale, traitement.** 206 p. Br. : 25 fr. (*M. Vigné*).

BLANC (Dr Henri). — **L'hygiène infantile en Basse-Bretagne au XIXe siècle.** 64 p. Br. : 8 fr. (*M. Vigné*).

LEBRETON (J. Dr). — **La maison de santé du Dr Blanche. Ses médecins, ses malades. Maupassant, Gérard de Nerval, etc.** 96 p. Br. : 12 fr. (*M. Vigné*).

D. S. P. 1938. — Les publications sur la théophylline, l'aminophylline ou caréna (théophylline-éthylène-diamine) et la théophylline calcique se sont multipliées depuis deux ans. A la demande de nombreux praticiens, l'édition 1938 du Dictionnaire de Spécialités Pharmaceutiques (Louis Vidal) comporte une mise au point de ces nouveaux médicaments et de leurs différentes formes. On trouvera ces précisions aux pages 61, 309 et 310 du D. S. P. 1938.

Le Gérant Dr Victor GENTY
CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 51 — 18 DÉCEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

SOMMAIRE

NOUVELLES

Académie de médecine. *Prix décernés en 1937.* — *Prix du Prince Albert Ier de Monaco* (100.000 francs): MM. Bouin et Ancel, de Strasbourg, pour leurs travaux sur : Les hormones sexuelles.

Prix Alvarenga de Piauhy (1.200 francs) : M. le Docteur Wallet, de Paris : Essai de mise au point du traitement de l'ongle incarné.

Prix Apostoli (1.000 francs) : M. le Docteur Guilly, de Paris, Duchenne de Boulogne.

Prix Argut (800 francs) : Docteur Hamburger, de Paris : Physiologie de l'innervation rénale.

Prix François Audiffred (un titre de rente de 24.000 francs) : 1° A M. le Docteur Grandgérard, de Nancy, pour ses : Recherches anatomo-radiologiques sur l'appareil respiratoire, 4.500 francs ; 2° A. M. le Docteur Max Fourestier, de Paris, pour sa Contribution à l'étude de l'effet controlatéral de la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, 1.350 francs ; 3° à M. le Docteur Christian Paul, de Paris, pour son : Etude du groupe familial d'enfants en milieu tuberculeux, 1.350 francs ; 4° A M. le Docteur Henry Joly, de Pacy-Sancellemoz, pour son ouvrage sur : La collapsothérapie hypotensive, 900 francs ; 5° A M. le Docteur Ram-Kumar Goyal, de Moradabad (Inde anglaise) pour sa Contribution à l'étude des streptothricées, 900 francs.

Prix du Baron Barbier, 2.500 francs : A M. le Docteur J. Cheve, de Paris, pour son ouvrage : Transmission au furet du virus de la grippe humaine, 2.000 francs ; à M. le Docteur André Jouve, de Marseille, pour son travail sur : Les endocardites malignes prolongées, 500 francs.

Prix Laure-François Barthélemy (3.000 francs) : Docteur Moricart, de Paris, pour son ouvrage : Réalisation du développement artificiel de l'appareil génital de la femme.

Prix Berraute (Titre de rente de 3.092 francs). : A M. le Docteur Yves Lemaître, de Paris, pour son ouvrage : Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes et à MM. les Docteurs Géry, de Strasbourg et Bablet, de Paris, pour leur ouvrage : Les néoplasmes malins des organes lymphoïdes.

Prix Louis Boggio (4.800 francs) : Docteur Paul Braun, de Paris, pour ses : Etudes sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs) : Docteur Leblanc, de Paris, pour son travail sur les : Données récentes sur la phonocardiographie.

Prix du Docteur Géna Bruninghaus : Arrérages disponibles à M. Peyron, de Paris et ses collaborateurs, pour une série d'études sur le cancer.

Prix Henri Buignet (1.600 francs) : Docteur Jean Roche, de Marseille, pour l'ouvrage : Essai sur la biochimie générale et comparée des pigments respiratoires.

Prix Adrien Buisson (12.000 francs) : Docteur Pierre Frumusan, de Paris, pour son ouvrage : La cirrhose hypertrophique anictérique splénogène.

Prix Elise Caillerel (500 francs) : Docteur Paul-Louis Violle, de Paris, pour son ouvrage : La goutte.

Prix Capuron (2.000 francs) : Question : Mortalité des nouveau-nés pendant les dix premiers jours de la vie. L'Académie leur partage les arrérages de la façon suivante : M. le Docteur Jacques Courtois, de Saint-Germain-en-Laye, et M. le Docteur R. Lecoq, de Saint-Germain-en-Laye, 1.500 francs et à M. le Docteur Lambinon, de Liège, 500 francs.

Prix Chevillon (3.000 francs) : M. le Docteur Ludwik Gross, de Paris, pour son ouvrage : La transmission du sarcome de la souris par la nourriture.

Prix Clarens (500 francs) : M. le Docteur André Hautant, de Paris, pour sa Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile.

Prix du Docteur Emile Combe (3.000 francs) : M. le Docteur Ardoin, de Paris, pour son ouvrage : Le cancer de l'amygdale palatine.

Prix du XIIIe Congrès international de médecine (8.000 francs) : M. et Mme Derot, de Paris, pour leur ouvrage : Les hépatonéphrites.

Prix Daudet (2.500 francs) : Question : Les tumeurs intra-médullaires et leur traitement. M. le Docteur L. Cornil, de Marseille, pour son mémoire sur les tumeurs intramédullaires.

Prix de la Fondation Day (deux titres de rente de 3.000 francs) : Arrérages disponibles à M. le Docteur H. Pierre Klotz, pour son ouvrage sur la polynévrite alcoolique.

Prix Desportes (1.500 francs) : 1° A l'ouvrage : Manuel de pathologie médicale, par MM. les Docteurs Journe, de Neuilly-sur-Seine, et Deschamps, de Paris, 600 francs ; 2° A l'ouvrage : Manuel pratique de bactériologie, par MM. les Docteurs Bonnet, de Paris et Nevot, de Vincennes, 600 francs ; 3° A l'ouvrage: La thérapeutique de choc dans les maladies des articulations, par M. le Docteur Henri Serre, de Montpellier, 300 francs.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs) : M. Claude Macrez, de Paris.

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 francs) : Mlle le Docteur Marie-Louise Jammet, de Paris, pour son ouvrage : Le syndrome du nanisme rénal.

Prix Henri et Maurice Garnier (900 francs) : 1° M. le Docteur Belgodère, de Paris, pour son ouvrage : L'érysipéloïde, transmission à l'homme du rouget du porc, 450 francs ; 2° M. Vitaly Chorine, de Paris, pour son travail sur : Les réactions sérologiques dues aux euglobulines, 450 francs.

Prix Ernest Godard (1.000 francs) : MM. les Docteurs Braine de Paris et Rivoire, de Nice, pour leur ouvrage : Chirurgie des glandes parathyroïdes.

Prix Jacques Guérétin (1.500 francs) : 1° A l'ouvrage : Contribution à l'étude radiolipiodolée des bronches normales et des bronchectasies, par Mlle Odile Renié, du sanatorium de la Bucaille, à Aincourt (Seine-et-Oise), 600 francs ;

2° A l'ouvrage : La cachexie hypophysaire et le problème de ses parentés morbides, par M. le Docteur Pierre Robert, de Paris, 600 francs ; 3° A l'ouvrage : Contribution à l'étude des sténoses duodénales de la première enfance, par Mme le Docteur Raymonde Forget, de Fontenay-sous-Bois, 300 francs.

Prix du Docteur Paul Guillaumet (1.500 francs) : M. Bacino, de Paris, pour son travail : Développement des jeunes mammifères et variations de température.

Prix Guzman (Un titre de rente de 2.500 francs) : Arrérages disponibles à M. le Docteur Bardin de Paris, pour son ouvrage : Recherches cliniques, pathogéniques et thérapeutiques, sur les embolies et les infarctus du poumon.

Prix Catherine Hadol (3.600 francs) : M. le Docteur Swynghedauw, de Lille, pour son ouvrage : Le moignon pulmonaire dans le pneumothorax thérapeutique.

Prix du Docteur François Helme (1.500 francs) : M. le Docteur Caujolle, de Toulouse, pour sa contribution à l'étude de l'élimination biliaire des substances toxiques et médicamenteuses.

Mention honorable à M. le Docteur Marchal, pour son travail : Variation et mutation en bactériologie.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs) : M. le Docteur Edouard Pichon, de Paris, pour son ouvrage : Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.

Prix Huchard (8.000 francs) : Prix partagé entre M. le

Docteur Bablet, Mme Bardes, Mlle Marsia, de Paris, MM. les Docteurs Christiani, du Maroc et Frahier, de Tunisie.

Prix Huguier (4.000 francs) : M. le Docteur Claude Béclère, de Paris, pour l'ouvrage : Les hémorragies utérines avant et après la ménopause.

Prix Infroit (3.000 francs) : M. le Docteur d'Hour, de Lille, pour son travail : La radiologie des scissures pulmonaires.

Prix Jacquemier (2.500 francs) : M. le Docteur Metzger, de Paris, pour son ouvrage : Le chirurgien devant l'état puerpéral.

Prix Laborie (8.000 francs) : M. le Docteur Leveuf, de Paris, pour ses études sur le spina bifida.

Prix du Baron Larrey (500 francs) : M. Ichok, de Neuilly-sur-Seine, pour son ouvrage sur : La mortalité à Paris et dans le département de la Seine, 300 francs ; M. Moine, d'Arcueil (Seine), pour ses : Cinq statistiques du Comité de défense contre la tuberculose, 100 francs ; M. et Mme Soubirant, de Paris, pour leur : Etude statistique sur la méningite cérébro-spinale européenne, à chacun, 50 francs.

Fondation Laval (1.200 francs) : M. Vissian, externe des hôpitaux de Paris.

Prix Le Piez (2.000 francs) : M. le Docteur Friedmann, de Paris, pour son travail intitulé : Le rôle du système neuro-végétatif dans les réactions d'hypersensibilitél 1.000 francs ; A M. le Docteur Albeaux-Fernet, de Paris, pour son ouvrage : Contribution à l'étude des cholécystites toxiques, 1.000 francs Mention honorable : A Mlle le Docteur Suzanne Sergent, de Paris, pour son : Manuel de lecture labiale ; A M. le Docteur Suchmann, d'Angers, pour son ouvrage : Des complications de la gastro-entérostomie pour ulcères ; A M. le Docteur Maurice Charenton, de Paris, pour son ouvrage : Le Docteur Thomas Evans, dentiste de Napoléon-III et les dentistes de son époque.

Prix Leveau (2.000 francs) : M. le Docteur Renard, de Paris et M. le Docteur Mekdjian, de Paris, pour leur ouvrage : Migraine ophtalmique.

Prix Henri Lorquet (300 francs) : Mme le Docteur Agnès Masson, de Limoges, pour son ouvrage : Le travestissement, essai de psycho-pathologie.

Prix A.-J. Marmotian (100.000 francs) : Arrérages disponibles : MM. Maurice Guérin, de Villejuif, et Paul Guérin, de Villejuif, pour leurs recherches sur l'action cancérigène du 3-4 benzopyrène, 2.000 francs ; A M. Tchakhotine, de Paris, pour son travail : Recherches de cytologie expérimentale dans leurs rapports avec le problème du cancer, 1.000 francs ; A M. Pierre Gabriel, de Paris, pour son ouvrage : Les pinéalomes, 1.000 francs.

Prix Claude Martin (800 francs) : M. Chactas Hulin, de Paris, pour son ouvrage : La paradentose pyorrhéique.

Prix Mège (1.500 francs) : Question : Le milieu intérieur dans ses rapports avec le milieu extérieur ; M. Maurice Fontaine, de Paris, pour son ouvrage : Le milieu intérieur dans ses rapports avec le milieu extérieur.

Prix Meynot (3.000 francs) : M. le Docteur Dejean, de Montpellier, pour son ensemble de travaux sur les tumeurs de l'œil.

Prix Monbinne (1.500 francs) : M. Balozet, de Tunis, pour ses travaux sur l'anémie infectieuse des équidés, 750 francs ; et le Docteur Jullien, de Lyon, pour son ouvrage : Recherches physiologiques sur l'automatisme cardiaque, 750 francs.

Prix Oulmont (1.000 francs) : M. Jean Lemelletier, de Paris.

Prix Pannetier (4.000 francs) : Docteur H. Morin, de Hanoï, pour son ensemble de travaux sur le paludisme.

Prix Pourat (1.500 francs) : Question : Sur la nature et le rôle des substances intermédiaires dans la commande nerveuse ; M. le Docteur Bruno Minz, pour son ouvrage : Sur la nature et le rôle des substances intermédiaires dans la commande nerveuse.

Prix Rebouleau (2.000 francs) : Docteur J. Bréhant, de Paris, pour son ouvrage : La résection des nerfs splanchniques.

Prix Jean Reynal (1.500 francs) : MM. les Docteurs-vétérinaires Velu et Zottner, de Casablanca, pour leur ouvrage : Les injections de brucella en excipients gros et problèmes connexes. Mention honorable à M. le Docteur Le Limousin, de Paris, pour son mémoire : Guide des premiers secours dans les ateliers, usines et chantiers.

Prix Ricaux (diabète) (5.000 francs) : M. Sylvain Bachman, pour son ouvrage sur le rein des diabétiques.

Prix Ricaux (tuberculose) (5.000 francs) : M. Marcel Lelong, de Paris, pour son travail : L'enfant issu de parents tuberculeux et autres travaux sur la tuberculose, 3.000 francs ; M. Bour, de Paris, pour sa contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse tardive, 1.000 francs ; M. P. Weber, de Nancy, pour son ouvrage : L'apex pulmonaire, 1.000 francs.

Prix Philippe Ricord (800 francs) : M. Jean Levaditi, de Paris pour son ouvrage : La maladie de Nicolas-Favre expérimentale.

Prix Albert Robin (600 francs) : MM. les Docteurs Petit, Mougeot, Aubertot, de Royat pour leur ouvrage : La cure balnéaire de Royat.

Prix Roussilhe (10.000 francs) : M. le Docteur Nelis, de Bruxelles, pour son ouvrage : Contribution à l'étude de la toxine staphylococcique et son dérivé l'anastaphylotoxine.

Prix Marc See (1.200 francs) : M. le Docteur Van Bogaert, d'Anvers, pour son travail : Régulation hypothalamo-hypophysaire de l'appareil circulatoire.

Prix Tarnier (4.000 francs) : M. le Docteur Simonnet, de Paris, pour son ouvrage : L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique.

Mention honorable : à M. le Docteur Mathey-Cornat, de Bordeaux, pour son ouvrage : Radiothérapie gynécologique, curie et rœntgenthérapie et à M. le Docteur Truong Van Que, de Saïgon, pour sa contribution à l'étude des aplasies utérines dans le paludisme.

Prix Testut (1.500 francs) : M. le Docteur Coulouma, de Lille, pour son travail sur la terminaison des nerfs pneumogastriques et ses variations, 750 francs, et M. le Docteur Salmon, de Marseille, pour son ouvrage : Les artères de la peau, 750 francs.

Prix Vernois (800 francs) : à M. le Professeur Dominguez, de Cuba, pour son ouvrage : Carlos J. Finlay, 400 francs; à M. Bernard Villaret, de Paris, pour son travail sur la climatologie médicale de la région parisienne, 200 francs ; à M. le Docteur Uzac, de Toulouse, pour ses travaux sur les accidents produits par l'électricité, 100 francs ; à M. le Docteur Bonnardel, de Paris, pour son ouvrage : Vision et professions, 100 francs.

Mention honorable à M. le Docteur Truong Van Que, de Saïgon, pour son travail : Réflexions d'un jeune médecin.

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses (1937). — 1° *Rappels de médailles d'or* : MM. Ginestous, médecin du Bureau d'hygiène de Bordeaux ; Barbary, médecin inspecteur départemental des Alpes-Maritimes.

2° *Médaille d'or* : M. Broquin-Lacombe, médecin inspecteur départemental de l'Aube .

3° *Médaille de vermeil* : M. Franceschini, directeur de l'Hygiène à la Préfecture de la Seine.

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Goulley, médecin inspecteur départemental du Gers, préfecture Auch ; Landois, médecin inspecteur départemental de la Loire-Inférieure ; Gelly, médecin inspecteur départemental de la Meuse, préfecture ; Berger, directeur du Bureau d'hygiène du Mans (Sarthe), mairie.

5° *Médailles d'argent* : MM. Vogt, à Marengo ; Ameur, à Béni Hindel ; Fournier, à Cassagne ; Lavigne, à Trézel ; Thoriste, à M'Sila ; Theolter, à Béni Hindel ; Roussel, médecin inspecteur départemental , préfecture Mézières (Ardennes) ; Poncet, médecin inspecteur départemental de l'Ain, Bourg ; Neveu, médecin chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police ; Géraudel, médecin inspecteur des épidémies ; Bénard (René), médecin inspecteur des épidémies, Paris ; Clerc, médecin des services de la Préfecture de la Seine ; Hazeman, chef de service à l'Office public d'hygiène sociale.

6° *Rappels de médailles de bronze* : M. Placet, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise.

7° *Médailles de bronze* : MM. Kuerguelen, médecin lieutenant en A. O. F. ; Garbies, médecin lieutenant en A. O. F. ; Beautes, médecin capitaine en A. O. F. ; Brongniard, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise ; Fragnaud, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise ; Renard, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise ; Bardin, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise ; Alberet, médecin inspecteur départemental adjoint de Seine-et-Oise ; Cambessedès, médecin inspecteur des épidémies, Paris (VIIe).

Service des eaux minérales (1937). — 1° *Médaille d'or* : M. Françon, d'Aix-les-Bains.

2° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. Dubot, de Lille ; Debiour, du Mont-Dore.

3° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Barbaud, de Chatelaillon ; Uzan (Maurice), de Tunis.

4° *Médaille d'argent* : M. Merklen, d'Aix-les-Bains.

3° *Médailles de bronze* : MM. David, de Salies-de-Béarn ;

Vautrey (Marx) (fils), de Vichy ; médecin commandant Tournier-Lasserve, de Barèges.

Service de l'hygiène de l'enfance (1937). — 1° *Rappel de médaille d'or* : M. le Docteur Rocaz.

2° *Médailles d'or* : M. le Docteur Cassoute, de Marseille.

3° *Rappels de médailles de vermeil* : M. le Docteur Rohmer, de Strasbourg.

4° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs, Bonnenfant, de Soissons ; Lombart, d'Alger ; Paul, président fondateur de l'Œuvre des Petits Quinquins, à Paris ; Péhu, de Lyon ; Villanova hôpital Lariboisière.

6° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs : Blavette, de Paris ; Clément (Robert), Paris ; Espagne, Aumessas (Gard) ; Grenoilleau, inspecteur départemental d'hygiène du Loir-et-Cher ; Hazemann Paris ; Lamy (Maurice), Paris ; Lamy, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne ; Lévy, inspecteur départemental d'hygiène du Loiret ; Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs ; Marquézy, Paris ; Martial, médecin commandant ; Martin (René), hôpital Pasteur ; Peltier, de Dakar ; Scherb, directeur des Services d'hygiène de l'Hérault ; Vaillant, inspecteur départemental d'hygiène du Pas-de-Calais ; Valette, président du Comité départemental de l'Enfance des Bouches-du-Rhône ; Viette, inspecteur départemental d'hygiène de l'Eure-et-Loir ; Woringer, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Marquis, secrétaire général du Comité d'organisation de la Semaine de l'Enfance en Cochinchine, à Saïgon ; Pinoteau, maire-adjoint du XI[e] arrondissement ; Tissot, gouverneur honoraire, président de la Société d'assistance aux enfants franco-indochinois ; Virgitti, administrateur, maire d'Hanoï ; Révérend Père de Villèle (Joseph), Œuvre des enfants métis, à Tananarive.

7° *Médailles de bronze* : Mlles les Docteurs : Abricossof (Lucie), à Levallois-Perret ; Danzig, médecin-inspecteur des écoles du Loiret ; Leconte, de Paris ; MM. les Docteurs Albrespy, à Saint-Varent (Deux-Sèvres) ; Coudere, à Nice ; Duprez (Edmond), à Montoire (Loir-et-Cher) ; Guiberteau, à Nice ; Izard, inspecteur d'hygiène de la Haute-Garonne ; Diagne Abdoulaye, à Dakar ; Jacquet, à Paris.

Service de la vaccine. — 1° *Vaccination anti-variolique* :

1° *Médaille d'honneur* : M. le Docteur Le Mière, à Paris ;

2° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Barrault, Paris ; Roubaud, Paris ; Thébault, Paris ; Theulet-Luzie, Paris.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Docteurs Grosdemange, à l'Hillil (Algérie) ; Isnard, à Chellala (Algérie) ; de Mouzon (Adrien), à Cornaille (Algérie) ; Mlle Benne (Jeanne-Marie-Josèphe), à Bordeaux (Gironde).

4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les Docteurs : Bidel, Paris ; Bricet, Paris ; Hutinet, Paris ; Janin, Paris ; Lavie, Paris ; Netter, Paris ; Oppenheim, Paris ; Signoret, Paris ; Viancin, Paris ;

5° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs : Chiray, Bobigny (Seine) ; Giraulo, Paris ; Goellner, Saint-Amarin (Haut-Rhin) ; Lartigue, Gouraya (Algérie) ; Muller, Altkirch (Haut-Rhin) ; Petremant, Aïn-Tedelès (Algérie) ; Sabadini, Sédrata (Algérie). M. Dezavelle (Henri), à Noisy-le-Sec (Seine) ;

6° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Docteurs : Bostetter Brumath (Bas-Rhin) ; Candegabe, Paris ; Claude, Paris ; Gadreau, Paris ; Gaultier, Paris;Guerrier,Paris; Lemarignier, Paris ; Maitre, Paris ; Moulin, Paris ; Néel, Paris ; Pillot, Paris ; Rabasse, Paris ; Routhier, Paris ; Touchard, Paris ; Trocmé, Paris ;

7° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs Buchert, Ittenheim (Bas-Rhin) ; Fritsch, Mommenheim (Bas-Rhin) ; Germain, Herment (Puy-de-Dôme) ; Molimard, Ambert (Puy-de-Dôme) ; Peter, Hoerdt (Bas-Rhin) ; Pigheon, Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme) ; Rouher , Artonne (Puy-de-Dôme)..

2° *Vaccination antidiphterique* : 1° *Médailles d'argent* : MM. les Docteurs : Ciavaldini, à El-Arrouch (Algérie) ; David,Tiaret (Algérie) ; Faugère, Alger (Algérie) ; Flogny, Alger (Algérie) ; Lutier, Paris ; Margaillan, à Alger (Algérie) ; Vitry, Paris ; Mlle Barège, Paris ;

2° *Rappel de médaille de bronze* : M. le Docteur Cléret, Paris ;

3° *Médailles de bronze* : MM. les Docteurs : Bertrand, Paris ; Bricet, Paris ; Girauld, Paris ; Gourichon, Paris ; Gourichon, Paris ; Laufer, Paris ; Néel, Paris ; Netter, Paris ; Perrier, Rouen (Seine-Inférieure).

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Coup d'œil historique sur l'assistance aux malades

Discours prononcé à l'Académie de Médecine à la séance annuelle du 14 décembre 1937

Par M. **Ch. ACHARD**, Secrétaire général

La grande manifestation internationale qui vient d'avoir lieu à Paris, a montré combien l'ingéniosité de l'homme, dans tous les domaines de son activité, a su tirer de la science nombre d'applications utiles pour son bien-être et pour le progrès social. La médecine et l'hygiène y tenaient une place honorable. Aussi m'a-t-il paru que, sans trop déroger à la tradition qui destine à l'éloge d'un ancien membre de notre Compagnie cette séance annuelle, je pouvais jeter un coup d'œil sur les progrès accomplis dans l'assistance aux malades, grâce au développement des sciences biologiques et à ceux des sciences sociales.

Aussi bien, chemin faisant, ne pourrai-je manquer de rendre hommage à l'œuvre bienfaisante de tous nos aînés, car la plupart d'entre eux, depuis plus d'un siècle, ont prodigué à cette assistance leur savoir et leur dévouement, de sorte que l'hommage qui leur est dû, pour être impersonnel et collectif, n'en sera, ni moins solennel, ni moins reconnaissant.

Dès les premiers âges de l'humanité, le sentiment d'entr'aide, dont les rudiments se trouvent dans maintes espèces animales, a porté l'être humain à prêter secours à ses semblables, du moins en certaines circonstances : compensation si l'on veut, aux rigueurs et aux cruautés de la lutte pour la vie. Mais le secours et la façon de le donner — qui souvent ne vaut pas moins que ce qu'il donne — ont beaucoup varié dans le cours des âges.

A l'origine de la médecine, quelques pansements sommaires, quelques manœuvres simples pour les blessés, quelques drogues pour les malades et surtout des invocations aux puissances surnaturelles auxquelles on attribuait la faculté de provoquer ou de guérir la maladie ont formé les éléments essentiels de la pratique médicale. D'organisation méthodique pour cette assistance aux malades, il n'était point question.

Les Babyloniens, dit-on, avaient coutume d'exposer les malades sur la place publique, où chaque passant était invité à les voir pour indiquer ce qui, à sa connaissance, avait pu apporter quelque soulagement à des maux analogues. Ne sourions pas trop de ces consultations foraines. Combien de gens, aujourd'hui encore, n'hésitent point à donner leur avis sans même qu'ils en soient priés, sur la manière de traiter les maux de leurs semblables !

C'était au foyer familial que les malades recevaient isolément des soins. Mais il arrivait aussi qu'on les abandonnât à leur malheureux sort, comme Philoctète dans son île.

Les Grecs, édifiant des temples à Esculape, les affectèrent aux soins des malades. Ce n'étaient pas encore de véritables hôpitaux, mais c'étaient des sortes de dispensaires où se donnaient des consultations, où s'ébauchaient des traitements, sous l'estampille du dieu de la médecine.

Le christianisme, en exaltant la vertu de charité, n'oublia pas le devoir humain de soulager la souffrance. Des ordres religieux se consacrèrent à cette œuvre et ce fut là, au moyen-âge, toute l'organisation de l'assistance aux malades. L'autorité temporelle n'intervenait que pour confier officiellement à ces ordres la charge de ces soins en échange de quelques bénéfices et privilèges.

Puis l'autorité, prenant de plus en plus conscience de sa force et de ses obligations envers ses sujets, créa, en les soumettant à sa surveillance, des établissements spéciaux pour malades et malheureux. La charité, qui s'inspirait de sentiments religieux, devint l'assistance aux pauvres et aux malades, devoir social. Peut-être la chose n'a-t-elle pas beaucoup gagné à ce changement de mot. En s'inscrivant dans la loi, le devoir prend aisément figure de charge, alors que le mot charité, défini par Littré amour du prochain, a un sens affectueux qu'efface le texte légal.

Remarquons, en passant, que cette assistance, issue des plus nobles sentiments de l'humanité, n'est pas, comme on le dit souvent avec exagération et parfois pour servir à des fins politiques, un droit pour les indigents, mais qu'elle est pour la société civilisée un devoir et un devoir impérieux. C'est l'honneur des sociétés civilisées de l'avoir compris, car il y a plus de mérite à remplir des devoirs qu'à réclamer des droits. C'est aussi l'honneur de l'Assemblée Constituante de l'avoir proclamé très haut au début de la Révolution française, en « mettant au rang des devoirs les plus sacrés de la nation l'assistance des pauvres dans tous les âges et toutes les circonstances de la vie ».

Cette évolution de l'assistance aux malades a des causes multiples.

La forme politique des Etats civilisés tend, pour des raisons de commodité non moins que d'avantages d'ordre matériel et spirituel, à l'extension de la puissance publique et à la centralisation de ses services. Elle tend aussi, dans la plupart des pays, à restreindre le pouvoir religieux en lui substituant celui de l'Etat.

Ainsi diminuent le rôle de l'activité privée et le caractère religieux dans l'assistance aux malades.

Mais la principale raison de cette évolution réside en les progrès de la médecine. Pendant de longs siècles, la médecine n'avait été qu'incertitude et dissertations doctrinales. La thérapeutique se déduisait le plus souvent de prémisses inexactes. L'émiettement des connaissances médicales décourageait les tentatives d'unité, tant dans l'instruction des médecins que dans leur pratique, et les œuvres sanitaires se ressentaient de cette dispersion des efforts.

Les admirables progrès des sciences au XVIIIe et au XIXe siècles eurent pour conséquence, au XIXe, ceux de la médecine. Les grands noms de Bichat, de Laennec, de Claude Bernard, de Pasteur, jalonnent cette magnifique ascension. A mesure que croissaient les ressources scientifiques de la médecine, les soins aux malades se précisaient et se multipliaient. Leur complication imposait une organisation méthodique et, par suite, la création d'hôpitaux pourvus des aménagements appropriés et d'un personnel d'élite.

Lié au développement incessant de toutes les disciplines scientifiques, le progrès de la médecine a pour corollaire celui des applications pratiques. De plus en plus, le médecin praticien, qui a pour tâche de tirer des sciences tout ce qui peut l'aider dans son œuvre bienfaisante, fait appel au concours de techniciens spéciaux pour les examens devenus indispensables à la connaissance exacte des maladies qu'il soigne. Aussi les laboratoires de recherches biologiques appliquées à la clinique sont-ils destinés à se développer davantage encore dans l'avenir, pour fournir des éléments de plus en plus précis au diagnostic et au pronostic et rendre plus efficace le traitement, but suprême de la médecine.

Un simple coup d'œil sur le progrès de la pratique médicale depuis un demi-siècle suffit à mesurer les gains dont elle s'est enrichie et à prévoir ceux qu'elle ne manquera pas bientôt d'acquérir.

Nul n'ignore aujourd'hui dans le public les magnifiques progrès de la chirurgie depuis les découvertes pastoriennes :

les opérations sur les viscères, autrefois traitées presque de folies ou de crimes, devenues non seulement possibles, mais couramment suivies de succès ; les grandes blessures, les amputations si redoutées jadis, guéries sans la terrible menace de l'infection purulente.

Moins éclatants pour l'homme de la rue, les progrès de la médecine pratique, ne le cèdent en rien pourtant à ceux de la chirurgie. C'est la disparition des grandes épidémies de peste, de choléra, de variole qui ravageaient le monde. C'est l'abaissement de la mortalité diphtérique par l'emploi du sérum, tellement manifeste dans les statistiques qu'on a pu diviser l'histoire de cette maladie en deux périodes, avant et après la sérothérapie. C'est la prophylaxie des maladies typhoïdes par la vaccination, si efficace, pendant la guerre, qu'elle avait presque entièrement supprimé les épidémies meurtrières qui avaient décimé les combattants au début des hostilités et qu'elle était même parvenue, au lendemain de la guerre, dans les cent mille hommes du corps d'occupation de la Rhénanie, à réduire à un seul cas en un an la mortalité typhoïdique.

Et ce n'est pas seulement dans le domaine des maladies microbiennes que les progrès scientifiques ont entraîné ceux de la thérapeutique. La connaissance plus profonde des fonctions physiologiques a procuré à la pratique médicale plus d'un succès impressionnant. Le diabète et sa redoutable complication du coma, naguère exceptionnellement curable, sont efficacement combattus par l'insuline. L'anémie pernicieuse, à peu près sûrement mortelle il y a quelques années, guérit bien souvent aujourd'hui par l'emploi de certains extraits d'organes. L'inhalation d'oxygène sous pression dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, la respiration artificielle chez les électrocutés, la transfusion du sang dans des cas d'hémorragies profuses, le simple saignée immédiate dans l'accès d'œdème aigu du poumon, voilà d'autres circonstances où le traitement peut faire reculer la mort et réserver au médecin, après l'angoisse de tenir entre ses mains une vie humaine, la joie profonde d'obtenir une véritable résurrection.

C'est aussi la médecine qui peut revendiquer l'origine des progrès de l'hygiène dont elle dicte les lois. C'est grâce à ses enseignements que de vastes régions parmi les plus malsaines du globe sont devenues habitables et prospères ; que l'effroyable mortalité des enfants dans beaucoup de pays a décliné dans d'énormes proportions ; que la durée de la vie humaine, estimée à trente-trois ans, au XVIII[e] siècle, à trente-huit ans vers 1825, à quarante-cinq ans vers 1875, est aujourd'hui de cinquante-huit ans.

Combien de millions d'existences humaines sont ainsi invisiblement préservées ! Quand pourront même inscrire à leur actif de pareils succès les œuvres, d'ailleurs méritoires, qui se proposent d'abolir la guerre et de faire régner entre les hommes une paix perpétuelle ?

Pour assurer le triomphe de toutes les nouvelles pratiques de la médecine et de l'hygiène, il a fallu créer une organisation de plus en plus compliquée de l'assistance aux malades, et l'étude de cette évolution au cours des siècles, à Paris, est pleine d'enseignements.

Avant la Révolution, il y avait dans la capitale l'ébauche des trois formes de l'assistance aux malades, le type de l'hôpital était représenté par l'Hôtel-Dieu, celui del'hospice et de l'asile par l'Hôpital général, et celui des secours à domicile par le Grand Bureau des pauvres.

L'Hôtel-Dieu fut créé pour soigner les malades de plus en plus nombreux qui ne trouvaient de refuge qu'au palais épiscopal. Plusieurs conciles, en effet, avaient prescrit au clergé de recueillir les pèlerins et les pauvres. Essentiellement religieuse au début, cette œuvre charitable fut sécularisée par Louis XII en 1505, et l'administration de l'hôpital fut confiée à un Bureau où siégeaient des laïques.

A la fondation de l'Hôtel-Dieu s'ajouta celle d'autres hôpitaux. Mais ces besoins de la population s'accroissant rapidement, ces établissements s'encombrèrent et devinrent tout à fait insuffisants. La déplorable pratique des lits servant à plusieurs malades, la promiscuité dangereuse de sujets atteints de maladies de toutes sortes appelaient des réformes urgentes. Une grande commission, dont Bailly fut le rapporteur, réclama en 1786 la construction d'hôpitaux nouveaux et mieux aménagés ; mais cette demande demeura sans effet et ce n'est qu'au XIX[e] siècle que se constitua peu à peu le service de l'Assistance publique avec ses développements successifs, afin de pourvoir aux besoins sanitaires de la population parisienne.

L'hôpital général, créé par Louis XIV, était destiné aux mendiants et placé sous la surveillance du Parlement. Simple dépôt de mendicité, il devint ensuite hospice et asile, recueillant les enfants et les vieillards, les épileptiques, les vénériens, les aveugles incurables. Le service des enfants trouvés lui fut rattaché.

Quant au Grand Bureau des pauvres, créé par François I[er] en 1544, il fut affecté d'abord aux mendiants valides, tels nos chômeurs actuels, qu'on employait aux travaux publics, suivant la formule connue du travail aux valides et du secours aux infirmes, formule plus logique que pratique, car l'assistance par le travail, aux différentes époques, a donné bien des déboires. Mais cette institution du Grand Bureau eut du moins le mérite de servir de point de départ à l'organisation des bureaux de bienfaisance.

Au cours du XIX[e] siècle, l'Assistance publique est devenue l'un des services les plus importants de la municipalité parisienne. Elle a pris peu à peu sa forme actuelle et a considérablement étendu ses moyens d'action pour secourir toutes les misères qu'engendre la maladie.

Un Conseil général des hôpitaux, hospices et secours à domicile fut d'abord institué pour établir l'unité administrative des services d'assistance. Puis, en 1849, il fut remplacé par une Direction générale de l'Assistance publique, assistée d'un Conseil de surveillance. C'est, à certains détails près, l'organisation qui existe encore aujourd'hui, interrompue seulement pendant une courte période, du 20 septembre 1870, au 25 juin 1871, en raison de l'investissement de Paris par les armées allemandes et des événements de la Commune.

De plusieurs grandes épreuves qu'eut à subir la capitale, l'administration de l'Assistance publique s'est tirée avec honneur.

Pendant le siège de Paris, en 1870, elle concourut très activement aux soins que réclamaient les malades et les blessés. Elle fournit à l'armée un matériel très important. Ses hôpitaux devinrent des centres répartiteurs pour les ambulances disséminées un peu partout dans la ville, non seulement dans les édifices publics, mais dans les appartements vacants mis à la disposition du Service de santé par leurs propriétaires. Il y en avait une petite d'une douzaine de lits dans la maison que j'habitais, et le Professeur Hardy, qui logeait aussi dans cette maison, y donnait les soins.

A chaque sortie de l'armée de Paris, les blessés affluaient. Je me souviens d'avoir vu débarquer sur la berge de la Seine le lendemain de la bataille de Champigny, des blessés transis de froid que des bâteaux-mouches amenaient de la boucle de la Marne à l'ancien Hôtel-Dieu.

L'infection purulente sévissait cruellement, même chez les blessés les plus légèrement frappés. Une grave épidémie de variole avait éclaté. L'administration connut des jours difficiles quand les vivres vinrent à manquer et qu'il fallut réduire d'un tiers la consommation du combustible, alors que la rigueur de l'hiver aggravait les souffrances d'une population qui, malgré bombardement et privations, soutenait avec courage les derniers combats.

Puis, quelques semaines après la capitulation, pendant l'insurrection de 1871, lorsque le gouvernement de la Commune de Paris eut mis l'Assistance publique sous la direction d'un agent général nommé Treilhard, le receveur de l'Administration, soucieux de mettre en sûreté sa caisse, la transporta à l'hôpital de la Charité, d'où, avec l'aide complice de l'économe Ventujol et du chirurgien Paul Broca, il la dirigea, cachée dans une voiture de pains, sur l'hospice des Petits-Ménages auquel on disait le chargement destiné. Mais elle n'y resta que peu d'instants et fut amenée sans encombre à Versailles, où se trouvaient réunis, auprès du gouvernement, les principaux fonctionnaires de l'administration.

Aux jours sanglants qui terminèrent l'insurrection, Treilhard

à son tour mit en sûreté chez lui une somme de 30.000 francs représentant le montant de sa caisse, en recommandant à sa femme de la remettre à l'administration s'il venait à disparaître. La précaution n'était pas vaine. Prisonnier des troupes de Versailles, il fut fusillé. Or, deux jours après, sa veuve vint remettre le dépôt à l'officier qui avait fait exécuter son mari.

Tragique épisode du drame affreux qui mit la nation à deux doigts de sa perte.

Le bâtiment de l'administration centrale avait été incendié par les Fédérés en même temps que l'Hôtel de Ville tout proche. Mes yeux d'enfant ont gardé l'image de leurs ruines fumantes et du sol de tout le quartier jonché des débris à demi consumés des actes de l'état-civil et des documents administratifs.

Pendant la grande guerre de 1914, l'Assistance publique se trouva dès le lendemain de la mobilisation, privée de la plupart de ses employés masculins et de ses médecins. Ceux qui restaient multiplièrent leurs efforts pour faire la besogne des absents. Les médecins firent appel à des confrères de la ville ; quelques étrangers de nations amies s'y joignirent. Plusieurs services furent réquisitionnés par l'autorité militaire pour soigner les blessés, les gazés. Peu à peu, l'organisation de fortune se consolida, de sorte que la population civile n'eut guère à souffrir sous le rapport des soins hospitaliers.

Le bombardement, toutefois, fit quelques victimes à l'hôpital des Enfants-Malades et à la Maternité. Je garde le souvenir de quelques-unes de mes visites à l'hôpital Necker, non loin de la ligne de tir, où les éclatements des obus, toutes les vingt minutes environ, couvraient de leur bruit gênant ceux de l'auscultation cardiaque.

Après la guerre, tandis que se modifiaient rapidement les conditions matérielles de la vie, l'Assistance publique dut aussi se prêter à des changements.

Il y avait eu un temps où, à la conception des grands hôpitaux généraux, on avait opposé celle des petits hôpitaux moins tristes, occupant plus d'espace, entourés de jardins et formés de pavillons bas et isolés. Mais il n'avait pas fallu longtemps pour en mesurer les inconvénients : dépenses plus élevées à cause des services généraux presque aussi coûteux que dans les grands établissements, gêne pour le service en raison des distances à parcourir d'un pavillon à l'autre pour le personnel. Aussi est-on revenu aux grands et même très grands hôpitaux, dont le type est le récent hôpital qui, à Clichy, remplace le vieil hôpital Beaujon et qui se compose de onze étages de 100 lits chacun, sans compter des sous-sols et dépendances.

A mesure que s'est peuplée davantage la banlieue parisienne, avec ses nombreuses industries, les hôpitaux ont dû suivre le mouvement, de vastes constructions hospitalières s'édifient autour de la capitale à l'usage de la population suburbaine.

Un grand hôpital moderne est une véritable usine de réparation sanitaire. Il comprend non seulement des services de médecine et de chirurgie générales, mais aussi des services de toutes les spécialités médico-chirurgicales. C'est une synthèse d'hôpitaux. L'emploi des matériaux modernes permet aux constructions de se développer en hauteur et les toits en terrasse peuvent être utilisés comme jardins pour les malades ou comme chenils pour les animaux des laboratoires. Les ascenseurs, les monte-charges, les galeries facilitent les transports de matériel et les allées et venues du personnel. Les sous-sols abritent divers services et toutes les canalisations qui sont comme les vaisseaux et les nerfs de ce vaste organisme, distribuent partout l'eau, l'air chaud, le gaz, le courant électrique et tout ce qu'il fournit, depuis la lumière, les traitements électriques et les explorations radiologiques jusqu'aux distractions de la T. S. F.

Quelle différence avec ce que j'ai connu au début de mes études, il y a soixante ans !

Dans les salles toujours encombrées, les lits s'entouraient de rideaux poussiéreux. Le chauffage, souvent insuffisant, répandait dans les salles la fumée des poêles. Dans l'obscurité de la nuit, les petites veilleuses à huile faisaient l'effet de simples vers luisants et le rat-de-cave était le seul supplément possible à ces tristes lumignons. Les malades ne recevaient que des aliments refroidis après le long et lent trajet des cuisines aux salles. Le cataplasme, cuit et recuit en permanence dans les offices, exhalait partout son odeur écœurante. Ignorant les microbes, médecins et chirurgiens, sages-femmes et gens de service semaient eux-mêmes la maladie et la mort. La salle d'autopsies voisinait parfois avec la salle d'opérations. Les services d'accouchement, confiés indifféremment à des médecins ou à des chirurgiens, étaient souvent fermés pour cause de fièvre puerpérale. Toute opération sanglante était redoutée pour le risque d'infection purulente. La charpie et le cérat, maniés sans précaution contre les souillures, étaient le pansement usuel. Scarlatineux et rougeoleux étaient soignés dans la salle commune, et nombreux étaient les enfants qui, entrés pour une simple rougeole, mouraient d'une diphtérie contractée de leurs voisins de lit.

Tandis qu'aujourd'hui le malade arrive à l'hôpital dans de confortables automobiles dont les signaux sonores assurent la rapidité, j'ai connu dans mon enfance le transport en brancard, où le patient, que des toiles dérobaient aux regards apitoyés des passants, avait à subir, outre les cahots pendant la marche, de fréquents arrêts en pleine rue pour le repos des brancardiers.

Que dire de l'assistance aux aliénés ! J'ai vu à Bicêtre, au début de mon internat, la cour des agités sur laquelle s'ouvraient d'étroits réduits, véritables cachots, pourvus d'une baignoire où l'on plongeait dans l'eau froide les malades trop excités, maintenus par une cangue. Dans ces services, la camisole de force était d'un usage courant. Quant aux aliénés criminels, ils étaient enfermés dans un bâtiment qu'on appelait la sûreté, derrière des barreaux, à la façon des fauves dans une ménagerie.

La génération médicale à laquelle j'appartiens a vu se multiplier les améliorations qui ont été apportées à ce déplorable état de choses. Elle a vu créer des maternités dirigées par des accoucheurs des hôpitaux. Elle a vu s'ouvrier des services de diverses spécialités confiés aussi à des chefs compétents. Elle a vu s'édifier des salles d'opérations en rapport avec les pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie. Elle a vu se développer des consultations externes, dont les chefs de service des salles ont été déchargés. Des laboratoires de clinique ont été annexés à divers services.

La condition matérielle et morale du personnel d'infirmiers et infirmières s'est notablement amélioré. Pourvu d'une instruction professionnelle, il est beaucoup mieux recruté.

Les œuvres de protection de la mère et de l'enfant, à peu près inexistantes il y a soixante ans, se sont développées sous les formes de consultations prénatales, de gouttes de lait, de consultations de nourrissons, de colonies de vacances.

La lutte antivénérienne a réalisé de grands progrès et a bénéficié de l'organisation des consultations du soir.

Les grandes maladies collectives, fléaux sociaux, tels que la tuberculose, sont activement combattus. Préventoriums, sanatoriums, service des infirmières visiteuses forment la base d'une organisation de combat contre cette maladie.

Au cancer sont affectés, des services spéciaux où est appliqué le traitement par les corps radioactifs.

Les Assurances sociales, qui cherchent encore leur formule définitive, ont pour objet de venir en aide aux travailleurs que frappe la maladie. Elles peuvent entraîner d'importants changements dans les formes de l'assistance aux malades. D'ailleurs, il n'y a plus guère de vrais indigents et l'Assistance publique, à Paris, a pu établir des tarifs relativement élevés pour un grand nombre des malades qu'elle hospitalise.

Elle a dû, pour faire face à ces besoins, étendre considérablement ses services, non seulement par des constructions neuves et l'installation de services nouveaux dans les anciens établissements, mais encore par de nouvelles institutions, telles que le placement familial des enfants en dépôt, les centres d'élevage pour les enfants assistés, et le service social à l'hôpital, confié à des visiteuses qui renseignent le médecin et l'administration sur les conditions d'existence des hospitalisés, procurant une aide aux malades et à leurs familles et restent en contact avec les malades après leur convalescence.

Puis, afin de faciliter et de fortifier l'assistance sans recourir

à des dépenses excessives, il a fallu que l'Administration réorganisât ses services généraux en les équipant à la moderne, en centralisant le fonctionnement des ateliers et magasins, les approvisionnements de toutes sortes, denrées alimentaires, médicaments, matériel.

Dans cet ensemble de réformes, on doit reconnaître la part considérable qui revient à notre collègue le Docteur Louis Mourier, directeur général de cette administration. Il avait la tâche difficile de rendre plus efficace la bienfaisance administrative, tout en ménageant l'argent des pauvres,et l'on peut dire qu'il y a pleinement réussi.

Je ne saurais non plus passer sous silence l'œuvre du ministère de la Santé publique. Naguère simple direction de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, ou à celui du Travail, le service de la Santé publique a eu quelque peine à conquérir l'indépendance d'un portefeuille particulier. Il a dû s'organiser pour se développer et n'a pas encore l'importance que lui doit son objet et que lui méritent ses efforts. L'Académie s'honore de collaborer franchement avec lui sous la double forme des conseils qu'il lui demande et des contrôles qu'il lui confie.

Il faudrait encore, pour être juste, citer tous les médecins qui, non seulement par leur collaboration quotidienne, mais aussi par leurs conseils et leurs initiatives ont contribué à ces développements de l'œuvre d'assistance ; par exemple Méller, un des premiers organisateurs de la médecine publique, Théophile Roussel, le grand bienfaiteur des nourrissons. Tous ont travaillé non seulement pour Paris et sa région, mais aussi pour la nation et l'on peut dire pour toutes les nations. Mais ils sont trop pour qu'on en puisse seulement dire les noms. Tous ont apporté à l'édifice leur pierre en omettant le plus souvent d'inscrire leur signature.

Dans le mécanisme nouveau et de plus en plus compliqué de l'assistance aux malades, le rouage essentiel est toujours, bien entendu, le médecin. Que devient sa situation ? Quels changements doit subir la pratique médicale dans le nouveau régime ?

Nous avons vu que la médecine pratique devient toujours plus scientifique et que, dans cette direction, son avenir est illimité. Mais aujourd'hui une autre orientation s'ouvre aussi à ses efforts.

La société humaine se modifie graduellement. A notre époque, une modification qui semble particulièrement rapide se produit dans les rapports mutuels des hommes vivant en société. La place de l'individu se restreint et celle du groupe social, de la collectivité s'agrandit. A l'individualisme se substitue le collectivisme. Est-ce un bien, est-ce un mal ? On peut discuter longuement sur ce sujet. Mais, c'est un fait qu'on ne peut nier, et si beaucoup actuellement le déplorent, c'est peut-être qu'ils se trouvent contraints de subir un brusque changement sans avoir eu le temps de s' adapter. Pareils à ces êtres d'eau douce qu'on plonge inopinément dans l'eau de mer, ils s'en trouvent fort mal et ont motif de s'en plaindre. Mais les générations nouvelles, qui n'auront pas connu l'individualisme obstiné d'antan et le charme de l'indépendance dont il se parait, s'accommoderont probablement sans regrets et d'emblée aux nouvelles conditions sociales. Ce sera peut-être l'habitude de ce nouveau régime qui fera pour elles la douceur de vivre.

Que seront pour la profession médicale les conséquences de ce changement ? Quelle part la médecine collective laissera-t-elle encore à la médecine individuelle ?

Une première conséquence est le groupement des malades de toutes classes dans des établissements communs. Jusqu'à nos jours, c'était l'indigence qui faisait la nécessité de recourir à l'hôpital, le public préférant toujours, quand ses ressources le lui permettaient, se soigner à domicile.

Puis le public aisé a peu à peu accepté d'une façon générale la maison de santé pour les opérations chirurgicales. Je parle du public français, car en d'autres pays, le public même riche se fait volontiers, depuis longtemps, soigner à l'hôpital pour les maladies de toutes sortes. Le médecin y gagne l'avantage d'épargner son temps et de trouver dans le même établissement, les indigents qu'il soigne gratuitement et sa clientèle privée. Aujourd'hui, en France, dans les grandes villes, les restrictions nécessaires du train de vie, l'exiguité des logements dans les constructions nouvelles poussent de plus en plus vers l'hôpital des malades qui naguère n'auraient jamais accepté d'être soignés hors de chez eux.

Il a aussi d'autres raisons. La complexité de certains traitements et les frais qu'ils imposent nécessitent la réunion des malades dans certains centres de cure. D'où la création de sanatoriums pour tuberculeux, de centres anticancéreux, de dispensaires antivénériens, de consultations de nourrissons, d'autres encore. Plus vastes sont ces établissements, moins s'élèvent proportionnellement leurs frais généraux. Et puis, outre la raison pécuniaire, il y a pour légitimer ces fondations l'application meilleure de traitements qui comportent des techniques délicates avec des appareils souvent fort coûteux et encombrants, des manipulateurs compétents et des médecins spécialistes.

De ces centres thérapeutiques, les uns peuvent être organisés par des œuvres privées, notamment pour les malades aisés, mais le plus grand nombre tombent à la charge de l'Etat ou des communes, et il est naturel, voire indispensable, que le contrôle de l'autorité s'exerce sur leur création, leur entretien, leur gestion.

C'est alors l'individualisme du malade que ce changement social frappe principalement : mais déjà nous voyons apparaître aussi, pour le traitement et son contrôle, un certain nombre de médecins fonctionnaires, médecins de collectivités et s'effacer le médecin de famille, médecin de l'individu.

Jusqu'où ce mouvement entraînera-t-il la profession médicale ? Le malade se contentera-t-il toujours de seuls soins collectifs ? Ne réclamera-t-il pas, comme naguère, le bénéfice d'un médecin qui connaît non seulement sa personne physique et morale, mais aussi celle de tous les siens ascendants et descendants, qui est son ami, son confident, voire le dépositaire de ses secrets ? Car la bienfaisance et le dévouement ne se font pas en série et ne s'achètent pas au tarif d'un barème. Les soins indistinctement donnés à la communauté n'assurent pas à l'individu le réconfort moral, cet auxiliaire indispensable des secours matériels. C'est chose individuelle que les soins que le médecin donne avec son cœur autant qu'avec son savoir.

Un accord satisfaisant ne pourrait-il s'établir entre les exigences de la collectivité et les aspirations de l'individu malade ? Peut-être verrons-nous cette renaissance du médecin de famille, par une de ces oscillations qui emportent incessamment entre des directions opposées toutes choses humaines.

Quand le savoir devient plus étendu, une transformation s'impose périodiquement ; elle se fait le plus souvent selon de nouvelles maximes, mais n'en reste pas moins toujours provisoire. (Goethe.)

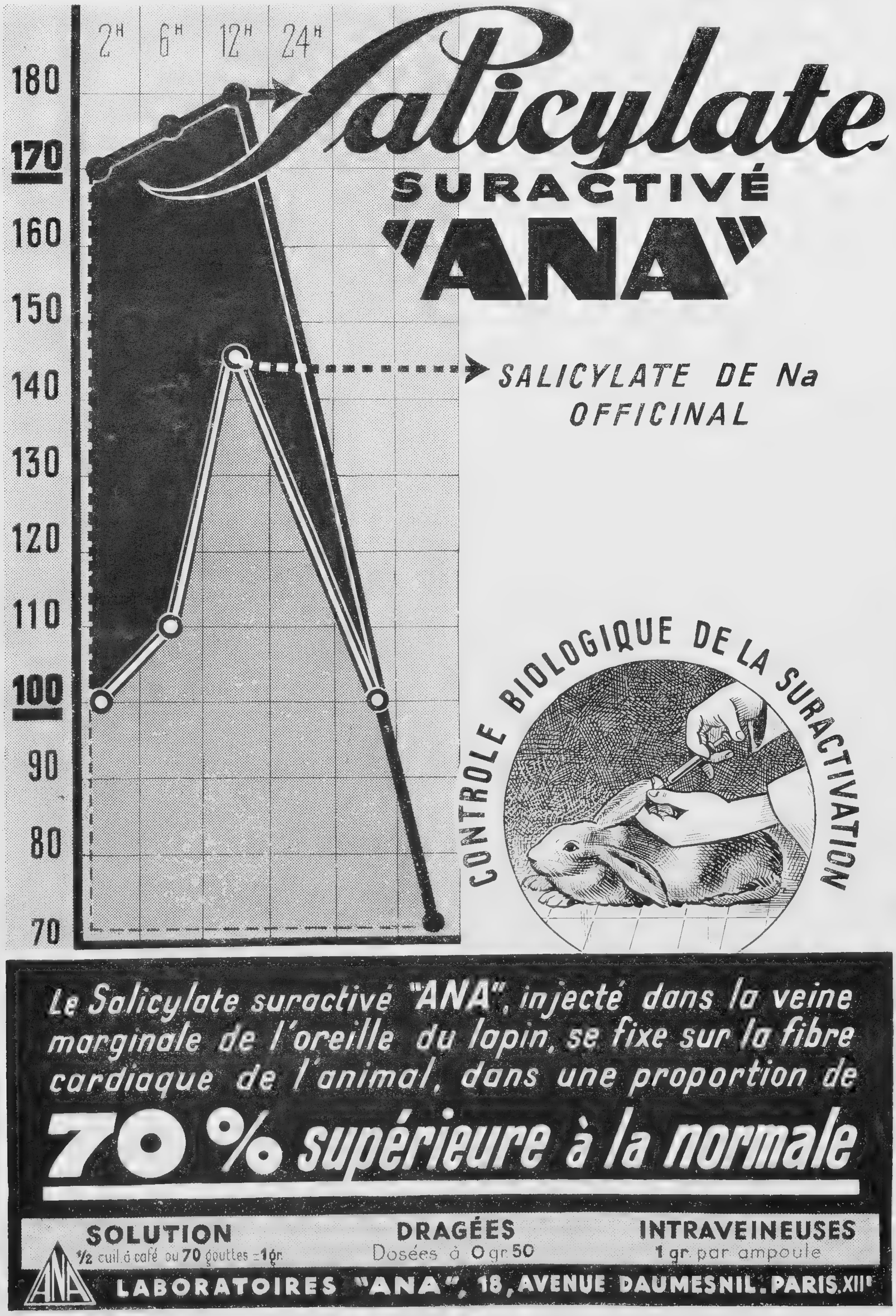
« Aujourd'hui la goutte devient, sinon maladie d'hôpital, du moins de petites gens. Ne fait-elle pas un nouveau déménagement vers l'ouvrier bien payé et peu économe ? Les gibiers et pièces de choix ne sont plus tous pour les rentiers et le bourgeois ..... la goutte non plus.

C'est l'égalité sur toute la ligne... jusque dans la maladie. Que les podagres qui s'en plaindraient se consolent en songeant que leur mal est le signe d'un perfectionnement intellectuel.

La goutte atteint plus de gens d'esprit que de stupides, a dit Sydenham.

Mais il était goutteux... ». (Pierre Mauriac. — La crise de goutte. *Journal des Praticiens*, 10 novembre 137.)

« En regardant la succession des concep ions sur l'hystérie, on peut dire que peut-être nulle part en médecine la loi des trois états d'Auguste Comte ne s'applique le mieux, c'est-à dire que nul chapitre de pathologie ne pourrait fournir autant un champ d'étude pour la phase religieuse, la phase métaphysique et enfin la tendance actuelle vers la phase positive. ». (A. Radovici. — La conception actuelle de l'hystérie. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 novembre 1937).


2H
6H
12H
24H
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE Na
OFFICINAL
CONTROLE BIOLOGIQUE DE LA SURACTIVATION
Le Salicylate suractivé "ANA", injecté dans la veine marginale de l'oreille du lapin, se fixe sur la fibre cardiaque de l'animal, dans une proportion de
70 % supérieure à la normale
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr.
DRAGÉES
Dosées à 0 gr. 50
INTRAVEINEUSES
1 gr. par ampoule
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS XII°

TRAVAUX ORIGINAUX

L'accouchement après terme [1]

Par **Folke HOLTZ**

C'est un fait connu qu'il est impossible de déterminer exactement la durée de la grossesse, non seulement à cause de l'igorance du moment où a eu lieu la conception, mais, aussi, parce que le développement de la grossesse, comme tout processus biologique en général, est soumis à de grandes variations individuelles. Il faut se contenter d'un calcul approximatif et, pour des raisons bien connues, on a choisi, comme point de repère, le premier jour de la dernière époque menstruelle. De grandes statistiques indiquent que le fœtus, le plus souvent, naît lorsqu'il a atteint une longueur de cinquante centimètres et un poids de trois mille à trois mille deux cents cinquante grammes et après que deux cents quatre-vingt jours se sont écoulés depuis le premier jour des dernières règles. Cet espace s'est moutré cependant très variable, ce qui a donné lieu de mettre la limite inférieure à deux cents quarante jours et la limite supérieure à trois cents jours. Une durée de la grossesse, dépassant cette limite supérieure n'est pas en effet aussi rare que bon nombre d'auteurs (Nürnberger, Ellermannet d'autres) le prétendent. Une étude, faite par Schlichting, Gossau et Zangemeister, prouve que, 285 fois sur 2808 (c'est-à-dire 10,2 %), la grossesse avait duré plus de trois cents jours. C'est pourquoi on a réclamé le relèvement de la limite supérieure acceptée par les codes qui, dans la plupart des pays, la fixent à trois cents jours.

Les variations de la durée de la grossesse peuvent, donc, être attribuées, soit aux fluctuations de l'intervalle entre les règles et la conception, soit à ce fait que la durée de la grossesse est plus longue chez certaines femmes que chez d'autres. Si la grossesse se prolonge, le fœtus se développe davantage de sorte que, non seulement, le poids augmente; mais, aussi, dans certains cas, l'ossification s'avance, surtout dans les os du crâne, donnant lieu ainsi à une dystocie. Bon nombre de cas pareils ont été décrits.

Pendant l'année dernière, j'ai eu à m'occuper de quelques cas qui, selon toutes apparences, peuvent être considérés comme des grossesses prolongées.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une primipare de vingt-neuf ans qui avait eu ses dernières règles le seize mai 1935. Au mois de septembre, une grossesse au quatrième mois fut constatée ; et, au commencement du mois d'octobre, la femme sentit les premiers mouvements actifs du fœtus. Elle fut examinée au mois de février par un médecin spécialiste et, d'après l'avis de celui-ci, la grossesse était bien à terme. Le quinze avril, j'eus l'occasion de l'examiner. Elle avait, dès le mois de décembre, des œdèmes considérables et le poids du corps avait augmenté de soixante à cent douze kilos. La quantité d'urine avait été minime pendant le dernier temps, guère plus d'environ deux cents centimètres cube par jour. Depuis une semaine, elle avait de l'albuminurie, des troubles oculaires et une tension artérielle élevée jusqu'à 170-120 millimètres de mercure. Elle fut alors envoyée à la Maternité pour éclampsie menaçante. L'état de la malade s'aggravant, on se décida, le dix-huit avril, à provoquer l'accouchement par perforation des membranes. Les douleurs commencèrent peu de temps après ; mais elles furent peu efficaces et on administra des préparations renforçant les contractions utérines après quoi le fœtus fut expulsé spontanément le vingt avril. Le fœtus ne pesait, cependant, que 2.560 grammes et le placenta 750 grammes. La grossesse avait duré 340 jours.

Le *second cas* était une primipare de vingt-cinq ans qui avait eu ses dernières règles le vingt-quatre juin 1936. Les premiers mouvements du fœtus furent perçus au commencement du mois de novembre. Lors d'examen, le dix-neuf décembre, le fond de l'utérus se trouvait au niveau de l'ombilic et les bruits du cœur fœtal étaient bien perceptibles. En se fondant sur ces observations, on avait calculé que l'accouchement devait avoir lieu vers le premier avril. Cependant les douleurs ne commencèrent que le douze avril ; les contractions utérines furent très faibles, accompagnées par un écoulement léger des glaires. Pendant la semaine suivante, la femme n'avait que des douleurs insignifiantes, surtout durant la nuit. Le dix-neuf avril, la tête fœtale s'engagea au détroit supérieur ; le col était encore en partie persistant, l'orifice utérin laissait passer un doigt et la poche des eaux était intacte. Afin d'exciter les contractions utérines, on administra cinquante mille unités de folliculine, et, grâce à cela, les douleurs augmentèrent. Le vingt-et-un avril, les contractions utérines étaient de nouveau faibles et, pour cette raison, on fit une épreuve de 0,2 centimètre cube de thymophysine. Les douleurs augmentèrent immédiatement après, mais l'effet se dissipa vite. Après avoir reposé pendant la nuit, la malade reçut le jour suivant de nouveau 0,2 centimètre cube de thymophysine, qui, pourtant, cette fois-ci, provoqua une tétanisation utérine. Celle-ci céda cependant en cinq minutes après une injection de morphine et les douleurs revinrent à l'état précédent. Quelques heures plus tard, les membranes se rompirent. Le vingt-trois avril on administra de nouveau de la thymophysine ; mais, cette fois, 0,1 c. c. seulement, ce qui produisit de nouveau une tétanisation utérine qu'on fit cesser par de la morphine. En raison de la réaction anormale à la thymophysine, on administra, en remplacement, cinquante mille unités de foliculine, mais sans effet ; la quinine ne donna pas de meilleur résultat. L'après-midi du vingt-quatre avril, les bruits du cœur fœtal devinrent irréguliers, du liquide amniotique verdâtre s'écoula en petite quantité et la température commença à s'élever. On pouvait, encore, sentir au palper de grandes parties de la tête fœtale au détroit supérieur. Le toucher vaginal révéla que la tête n'était pas encore descendue dans l'excavation pelvienne, la suture sagittale en travers, l'orifice utérin admettant l'extrémité de cinq doigts. Par suite de l'élévation thermique et de l'asphyxie menaçante du fœtus, je décidai une application de forceps. Le fœtus, pesant 3500 grammes, fut extrait avec un peu de difficulté par le forceps de Kielland. La grossesse avait duré trois cents quatre jours. La mère ainsi que l'enfant se trouvaient six mois après l'accouchement bien portants.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une primipare, âgée de vingt-six ans qui avait eu ses dernières règles le trente-et-un juillet ; elle avait senti des mouvements du fœtus depuis les premiers jours du mois de décembre. Des contractions utérines faibles commencèrent le dix-huit mai à cinq heures. Les membranes se rompirent le vingt mai à onze heures. La tête fœtale était, alors, engagée dans le détroit supérieur et l'orifice utérin laissait passer un peu plus de deux doigts. Le vingt-et-un mai, les contractions utérines étant toujours faibles, on administra de la thymophysine en doses répétées, mais sans effet notable. Cinquante mille unités de folliculine ne donnèrent non plus aucun résultat. Pendant la nuit suivante, la malade se reposa grâce à la morphine. Le matin, la température s'était élevée jusqu'à 39° et les contractions utérines restèrent faibes. La thymophysine continua à être administrée sans effet appréciable. A cause d'une infection ascendante, je décidai d'accoucher la femme. La tête n'était pas encore descendue dans l'excavation pelvienne et de grandes parties de la tête fœtale étaient palpables, les bruits du cœur fœtal étaient très fréquents, deux cents battements par minute. L'orifice utérin laissait passer cinq doigts et la tête était engagée en O. I. G. P. L'extraction se fit sans difficulté appréciable par le forceps de Tarnier. Le fœtus, pesant 4.500 grammes, était vivant, mais succomba douze heures plus tard d'une hémorragie cérébrale. La grossesse avait duré 296 jours.

Ces trois cas montrent que la grossesse prolongée se rencontre de temps en temps et qu'elle peut causer des complications assez graves. Ce qui saute aux yeux, dans ces cas, et dans d'autres cas semblables, c'est l'inertie primaire prononcée et l'hypothèse qu'un rapport intime existe entre le travail retardé et l'inertie primaire est bien naturelle. D'autres auteurs ont aussi fait la même réflexion et ils ont cherché à expliquer la chose de diverses manières. Ainsi Bossi est d'avis que, pour la musculature utérine, l'aptitude à réagir contre les impulsions provoquant le travail est diminuée par la dégénérescence graisseuse ; la même cause affaiblit la puissance de la musculature. A. Mayer suppose que les substances

(1) Travail de la Maternité de la ville de Stockholm. Chef : Professeur B. Lundqvist.

qui excitent les contractions utérines se composent des produits de l'assimilation du fœtus : si ceux-ci sont retenus dans le fœtus, ce dernier finit par succomber, ce qui n'est pas rare lors de grossesse prolongée, et en même temps le travail fait défaut.

De l'exposé du premier cas, il résulte qu'il y avait un trouble sérieux du bilan d'eau, de nature hormonale sans doute (excès de production des hormones arrêtant la diurèse, etc.) A ce trouble, qui persiste encore, des symptômes d'acromégalie, indiquant des altérations de l'hypophyse, se sont ensuite associés. S'il est vrai que l'impulsion du travail vient de l'hypophyse, il n'est pas difficile de comprendre que des troubles du fonctionnement de l'hypophyse peuvent causer, soit une grossesse prolongée, soit l'inertie utérine primaire.

On peut aussi, dans le second cas, constater des faits anormaux. Malgré la dose faible de thymophysine, une tétanisation utérine se déclara. La musculature utérine était sans doute prête au travail, stimulée peut-être en cela jusqu'à un certain degré, par la dose de folliculine ; mais il est évident que le facteur régulateur des contractions manqua.

Les descriptions de l'accouchement retardé sont dans la littérature assez rares (1) et ils se bornent, en général, à des exposés de cas isolés. Un travail de clinique plus sérieux, embrassant 252 cas, a été présenté par Ciulla, mais les éléments de comparaison y font défaut. Il doit être, me semble-t-il, très intéressant d'établir une comparaison des cas de durée différente de la grossesse, pour dégager jusqu'à quel degré ils se distinguent les uns des autres, spécialement en ce qui concerne l'accouchement.

Ma documentation se compose de mille primipares, accouchées à la Maternité de la Ville de Stockholm, d'un fœtus en présentation du sommet, et elle est divisée en cinq groupes, chacun composé de deux cents cas. Le premier groupe (I) contient les cas accouchés de quinze à huit jours avant terme (durée de la grossesse de 266 à 272 jours) ; le second groupe (II) se compose de ceux où l'accouchement a eu lieu de sept à un jour avant terme (durée de la grossesse de 273 à 280 jours) ; les cas du troisième groupe (III) ont été accouchés d'un à sept jours après terme (durée de la grossesse de 281 à 287 jours) ; dans le quatrième groupe (IV) l'accouchement a eu lieu de huit à quinze jours après terme (durée de la grossesse de 288 à 294 jours) et dans le cinquième groupe (V) plus de quinze jours après terme (durée de la grossesse plus de 294 jours).

D'après la littérature, il semble que la définition de la grossesse prolongée soit très variée. Ainsi Ciulla a placé la limite inférieure à 290 jours, v. Winkel à 287 et Bossi à 285 jours, tandis que v. Jaschke et Pankow sont d'avis, qu'il n'y a de grossesse prolongée qu'à partir de 300 jours, Nürnberger 302 jours, après le premier jour des dernières règles. Dans mon groupement, j'ai évité de fixer une limite entre l'accouchement à terme et l'accouchement retardé, celle-ci étant évidemment très indécise ; mais, à la place, j'ai préféré la classification mentionnée plus haut.

La durée de la grossesse augmente avec l'âge ascendant de la femme jusqu'à 35 ans d'après Issmer, v. Winkel et d'autres, puis elle diminue un peu. Cependant mes matériaux ne permettent pas de soutenir cette thèse, la répartition de l'âge étant dans les groupes différents à peu près la même. L'âge moyen était dans tous les groupes de 26 ans environ (tableau 1) L'âge ne semble donc pas influer sur la durée de la grossesse.

Tableau 1. Répartition de l'âge

	I	II	III	IV	V
Au-dessous de vingt-cinq ans.......	84 = 42,0 %	75 = 37,5 %	74 = 37,0 %	63 = 31,5 %	79 = 39,5 %
De vingt-cinq à trente-cinq ans.....	118 = 59,0 %	107 = 53,5 %	117 = 58 5 %	128 = 64,0 %	117 = 58,5 %
Au-dessus de trente-cinq ans........	8 = 4,5 %	18 = 9,0 %	9 = 4,5 %	9 = 4,5 %	4 = 2,0 %
Age moyen...........................	25 1/2 ans	26 1/2 ans	26 ans	26 1/2 ans	26 1/2 ans

Le plus grand intérêt se rattache sans doute à l'évolution même de l'accouchement. Il s'en suit des observations antérieures que bien souvent l'accouchement retardé devient traînant et compliqué. A cet égard mes matériaux offrent aussi beaucoup d'intérêt. Le tableau 2 montre ainsi que la rupture prématurée des membranes est très fréquente (24 %) dans les cas accouchés quinze à huit jours avant terme (groupe I), tandis que dans les groupes suivants, cela est arrivé de plus en plus rarement, et dans 7 % seulement des cas où la grossesse s'était prolongée de quinze jours après terme (groupe V). Il est au plus haut degré vraisemblable que la rupture prématurée des membranes est bien souvent cause de l'accouchement précoce aussi bien que de l'accouchement prématuré (voir F. Holtz : Sur les causes de l'accouchement prématuré, etc. *La Gynécologie* 1936). La rareté de la rupture prématurée des membranes dans les cas où la durée de la grossesse a été très prolongée, correspond aux observations de Ciulla qu'il faut plus souvent pendant l'accouchement retardé qu'autrement rompre artificiellement les membranes.

Tableau 2. Rupture prématurée des membranes.

I	II	III	IV	V
48 = 24,0 %	34 = 17,0 %	34 = 17,0 %	23 = 11,5 %	14 = 7, 0%

L'examen de la durée de l'accouchement indique que celle-ci augmente avec la durée de la grossesse. Ainsi l'accouchement fut terminé dans les douze heures chez pas moins de 19,0 % des cas accouchés de quinze à huit jours avant terme (groupe I), dans 30,5 % seulement des cas où la grossesse s'était prolongée de quinze jours ou davantage (groupe V) (tableau 3), et il était terminé dans les vingt-quatre heures dans 17,0 % seulement des premiers cas, mais dans 33,0 % des derniers cas.

Tableau 3. Durée de l'accouchement

	I	II	III	IV	V
Moins de douze heures.............	98 = 49,0 %	91 = 45,5 %	81 = 40,5 %	73 = 36,5 %	61 = 30,5 %
Plus de douze heures	102 = 51,0 %	109 = 54,5 %	119 = 59,5 %	127 = 63,5 %	139 = 69,5 %
Plus de vingt-quatre heures.........	34 = 17,0 %	25 = 12,5 %	38 = 19,0 %	42 = 21,0 %	66 = 33,0 %

La cause pour laquelle la durée de l'accouchement augmente au fur et à mesure que la grossesse se prolonge peut être soit que le fœtus devient plus gros, à mesure que la grossesse continue, soit que le travail est moins efficace dans les cas où la grossesse se prolonge, soit éventuellement une combinaison de ces deux facteurs. Il doit être évident que des contractions utérines d'une certaine puissance exigent plus de temps pour expulser un fœtus plus grand et plus volumineux qu'un fœtus plus petit. Les opinions sur l'augmentation du

(1) H. Vignes. — *La durée de la grossesse et ses anomalies*, un vol, Masson, éd., 1933.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Syndromes ménieriques et leur thérapeutique

En 1861, dans une observation célèbre P. Ménière établit que la lésion causale d'un vertige apoplectiforme dépend non d'une congestion cérébrale, mais d'une lésion labyrinthique. La maladie de Ménière était née. Entité clinique vite classique, immense et si mal délimitée qu'en 1908 la Société française d'O. R. L. chargea Lannois et Chavanne de clarifier le syndrome de Ménière.

Les rapporteurs furent eux-mêmes pris de vertige, suivant leur plaisant aveu, en contemplant le monceau de publications accumulé sur cette question. Leur labeur tenace parvint à isoler 7 formes cliniques. Cette même année, Von Frank Hochwart, otologiste viennois affirma que le syndrome de Ménière n'était pas une affection définie mais la *réaction ordinaire* des organes cochléo-labyrinthiques à une atteinte quelconque de l'oreille interne, du tronc nerveux, voire des centres bulbaires.

En 1932, dans une leçon de haute portée, Hautant distingua :

1° Le *vertige-névrite* dans lequel l'irritation touche un appareil lésé. Vertiges si violents, si tenaces qu'ils sont parfois justiciables de l'opération (section intra-crânienne du nerf auditif) dont Aubry et Ombredanne viennent de décrire la technique à notre récent Congrès.

2° Le *vertige-névralgie*, où l'irritation frappe souvent un appareil sain tout au moins « d'après nos méthodes grossières d'examen « L'otologiste, consulté, répond à son confrère « Epreuves normales ». Un trouble d'ordre général est le plus souvent en cause. Outre les intoxications variées, l'angiospasme, les troubles vaso-moteurs avec leur corollaire fréquent : l'œdème endo et péri-labyrinthique sont surtout soupçonnés. C'est le grand mérite de deux auteurs danois Mygind et Dida Dederding d'avoir établi expérimentalement l'importance du métabolisme de l'eau et d'avoir dans ces « états glaucomateux » de l'oreille institué une thérapeutique efficace. Nous insisterons sur ce point. Adoptant l'idée de von Frank-Hochwart, Mygind et D. Dederding font de la maladie de Ménière, non une affection distincte, mais une réaction contre les agents nocifs. Pour eux, ces « *syndromes ménièriques* » sont constitués par des symptômes acoustiques et vestibulaires (vertiges bourdonnements, hypoacousie qui alternent souvent d'une manière énigmatique et capricieuse.

La déshydratation améliore l'audition qu'un excès de boisson assourdit. Les fluctuations auditives évoluent parallèlement au taux de l'hydrémie. Selon l'heureuse expression d'Huizinga, ces malades boivent leur vertige et leur surdité. Il s'agit ici d'un œdème intra-cellulaire.

Les premiers, M. et D. D. ont établi une relation entre cette dysfonction vaso-motrice locale et les troubles de la circulation périphérique (peau froide, acrocyanose, frilosité, infiltrations sous-cutanées sans godet, etc., tous signes qui, avec la céphalée, constituent autant de symptômes secondaires.

Traitement de l'attaque. Repos au lit, tête immobile tournée dans la direction du nystagmus. Chambre calme. Lumière discrète. Morphine interdite. En cas de nécessité : Atropine 1/2 à deux milligrammes, disent les classiques, en granules ou en solution :

Sulfate d'atropine	2 centigr.
Eau de laurier-cerise	4 grammes
Eau distillée	16 grammes

(Un milligramme d'atropine par cent. cube).

L'Ecole française Lubet-Barbon et Labernadie, Moulonguet recommandent d'approcher le seuil de toxicité (gorge sèche, dilatation pupillaire). M. et D. proposent cinq milligrammes — dose importante ! — par la bouche ou sous la peau. On peut encore choisir dans la pharmacopée moderne des naupathies : Vasano-shering par exemple 1 à 2 tablettes. Citons aussi l'adrénaline en solution à 1/2000, soit *per os* (Vernet) 60 à 80 gouttes *pro die*, soit un milligramme en injection (Halphen). En réalité les toxiques sont nuisibles ; Mygind et D. Dederding déconseillent, si possible, toute médication symptomatique.

I. Le **traitement général** profitera des données pathogéniques. Base : la déshydratation. Une semaine sera consacrée à l'étude du métabolisme de l'eau chez le malade. Puis :

Epreuve hydrique. A jeun depuis la veille 22 heures. Après pesée, évacuation vésicale, examen de la langue (sèche ou humide) on fera absorber en 1/2 heure 1 litre d'eau. Toutes les heures, mensuration des diurèses et de la densité urinaire. Durée de l'expérience : 4 heures sans évacuer ni consommer. A midi, dernière pesée. Perte normale : 300 à 400 grammes. Pour M. et D. une augmentation de poids de 250 grammes ou plus, indique une rétention hydrique. Souvent, rétentions de 6 à 800 grammes.

Régime sec. Pour une rétention de 250 gr. ou plus, régime réduit à 500-700 grammes d'eau (fruits, légumes, soupes, inclus). Pour les cas sans rétention ou à diurèse exagérée (mais avec infiltrations sous-cutanées) 800 grammes *pro die*. Se méfier alors qu'il ne s'agisse d'une « bonne période ». Refaire l'épreuve lors d'une rechute.

Régime déchloruré. Modéré. Pas d'addition de sel après la préparation des aliments.

S'abstenir de saucissons, bouillons, fromages, pommes frites, mets épicés. Pas de conserves de viande et de poisson. Faible ration de thé, café, lait. Sont autorisés : noix, noisettes dattes, figues sèches. Ni alcool, ni tabac. En somme diminuer les liquides et, sauf chez les obèses, conserver les calories. D'abord, pesée tous les 5 jours. Perte normale : 1 kg. à 1 kg. 1/2, puis 100 gr. par jour jusqu'à équilibre.

Si le poids se maintient, descendre jusqu'à 500, 400, même 350 gr. *pro die*. Tenir compte du travail physique. Conserver le malade au bord de la soif en se guidant sur l'humidité linguale. Les auteurs ont imposé durant des années et sans inconvénient des rations de 600, 500, même 450 gr. par jour.

II. **Contre la dysfonction capillaire des tissus. Traitement de stimulation.**

1° Finsenthérapie ; 2° Balnéation : bains carbo-gazeux sulfureux, douches-massages. Bains d'extraits de bourgeons de pin. Bains salins ; 3° Massage général prudent ; 4° Gymnastique en fonction des vertiges. Les premiers jours, repos au lit, ensuite 1 à 2 heures seulement, l'après-midi.

III. **Traitement local.** Cathétérisme si l'on soupçonne l'obstruction tubaire. Trois ou quatre contrôles annuels du manomètre labyrinthique. Au bout d'un ou deux mois, diminuer la sévérité du régime. Chez les hospitalisés, meilleurs sont les résultats. Pour les évaluer, tenir compte *a*) de l'évolution capricieuse de la maladie ; *b*) de la diversité pathogénique. Si vertiges et fatigue subsistent, si l'acuité auditive demeure stationnaire, si la rétention persiste, on vérifiera la symptomatologie auriculaire et générale et surtout l'on pensera à la syphilis.

En 1934, l'American Furstenberg et ses collaborateurs inculpèrent la rétention chlorurée, plus nocive pour eux que celle de l'eau. Ils prônèrent dans la maladie de Ménière le chlorure d'ammonium. Aubry et Ombredanne qui citent la méthode dans leur rapport (octobre 1937) l'ont utilisée avec succès chez les vertigineux.

Marcel Wisner.

poids et de la longueur du fœtus par suite de gestation prolongée sont partagées. Quelques auteurs, entre autres Zangemeister, sont d'avis que le poids du fœtus lors d'accouchement retardé en général n'est pas plus grand que lors d'accouchement à terme, le fœtus s'étant développé plus lentement ; d'autres, tels que Bossi et Ciulla, prétendent au contraire, que les fœtus grâce au prolongement de la grossesse deviennent souvent gros, et que, en outre, par suite d'ossification avancée, les os du crâne sont durs et peu plastiques, les sutures et les fontanelles étroites, rendant ainsi l'accouchement plus difficile.

Tableau 4. Poids des fœtus.

	I	II	III	IV	V
Au-dessous de 3.000 grammes	42 = 21,0 %	26 = 13,0 %	13 = 6,5 %	15 = 7,5 %	2 = 1,0 %
De 3000 à 3500 grammes	96 = 48,0 %	87 = 43,5 %	81 = 40,5 %	65 = 32,5 %	43 = 21,5 %
De 3500 à 4000 grammes	54 = 27,0 %	74 = 37,0 %	80 = 40,0 %	84 = 42,0 %	87 = 43,5 %
Au-dessus de 4000 grammes	8 = 4,0 %	11 = 5,5 %	28 = 13,3 %	36 = 18,0 %	68 = 34,0 %
Poids moyen	3812 gr.	3427 gr.	3504 gr.	3595 gr.	3832 gr.

Que le poids du fœtus augmente en proportion de la durée de la gestation, cela ressort avec évidence du tableau 4, qui montre que, dans les différents groupes, la fréquence des fœtus pesant plus de trois mille grammes diminue de 21,0 % à 1,0 %, tandis que celle des fœtus pesant plus de quatre mille grammes augmente de 4,0 % à 34,0 %. Les poids fœtaux moyens s'élèvent dans les différents groupes à 3312, 3427, 3501, 3595 et 3832 grammes respectivement (tableau 4).

Tableau 5. Durée de l'accouchement lors d'un poids fœtal de 3.500 à 4.000 gr.

	I	II	III	IV	V
Poids fœtal moyen	3704 gr.	3654 gr.	3647 gr.	3705 gr.	3726 gr.
Durée de l'accouchement :					
moins de douze heures	24 = 44,4 %	37 = 48,7 %	32 = 40,0 %	31 = 36,9 %	28 = 32,6 %
plus de douze heures	30 = 55,6 %	39 = 51,3 %	48 = 60,0 %	53 = 63,1 %	58 = 67,4 %
Nombre des cas	54 = 100 %	76 = 100 %	80 = 100 %	84 = 100 %	86 = 100 %

Il est, donc, évident que les fœtus deviennent plus grands à mesure que la grossesse se prolonge et que le fœtus, par l'augmentation de son volume, contribue au prolongement de l'accouchement. Comme je l'ai dit déjà, il y a des raisons de croire que l'inertie utérine primaire en est aussi la cause. Pour éliminer l'influence du poids fœtal, je n'ai compris dans le tableau 5 que les cas de même poids. J'en ai choisi le poids de 3.500 à 4.000 grammes, comme étant celui qui se rencontre le plus souvent. Comme on le voit, le poids moyen est à peu près le même dans les différents groupes. Il ressort aussi que l'accouchement dure plus longtemps, quand la gestation s'est prolongée, à savoir plus de douze heures dans 67,4 % des cas, où la grossesse s'est prolongée plus de quinze jours (groupe V), dans 51 à 55 % seulement des cas accouchés avant ou à terme (groupes I et II). On est donc fondé à croire que le travail de l'accouchement retardé est plus souvent moins efficace que celui de l'accouchement avant ou à terme. A l'appui de cette thèse, on peut invoquer aussi que la fréquence de l'hémorragie abondante au moment de la délivrance (plus de cinq cents grammes) était plus grande dans les cas accouchés après terme, de 12 à 13 % (groupes IV et V), que dans les autres cas, de 6 à 10 % (groupes I et II) (tableau 6).

Tableau 6. Décollement du placenta, perte sanguine lors de délivrance, application de forceps, infection utérine, mortalité fœtale.

	I	II	III	IV	V
Décollement du placenta					
dans 30 minutes	170 85,0 %	173 86,5 %	169 84,5 %	170 85,0 %	169 84,5 %
après 30 minutes	30 15,0 %	27 13,5 %	31 15,5 %	30 15,0 %	31 15,5 %
Rétention du placenta	2 1,0 %	3 1,5 %	3 1,5 %	3 1,5 %	6 3,0 %
Perte sanguine, dépassant 500 gr	9 4,5 %	19 9,5 %	18 9,0 %	24 12,0 %	33 16,5 %
Perte lors d'un poids fœtal de 3.500 à 4.000 gr	3 5,6 %	8 10,6 %	8 10,0 %	10 11,9 %	11 12,8 %
Application de forceps	10 5,0 %	8 4,0 %	9 4,5 %	7 3,5 %	15 7,5 %
Infection utérine	23 11,5 %	22 11,0 %	27 13,5 %	39 19,5 %	35 17,5 %
Mortalité fœtale	1 0,5 %	0	2 1,0 %	4 2,0 %	11 5,5 %

L'application de forceps ne semble pas être plus fréquente dans les cas d'accouchement retardé que dans les autres cas. La délivrance ne se fit pas plus lentement dans les premiers que dans les derniers cas.

Bossi, Ciulla et d'autres sont d'avis que la mère aussi bien que le fœtus sont exposés à de grands risques si la grossesse se prolonge notablement. C'est surtout la mortalité fœtale qui devient très grande et d'après Ciulla s'élève, si la durée de la gestation dépasse 289 jours, jusqu'à 7,5 %, au lieu de 2 % après l'accouchement à terme. Zangemeister a fait valoir la grande mortalité fœtale lorsque le fœtus est très volumineux (poids au-dessus de quatre mille grammes, mortalité 3,5 % ; au-dessus de quatre mille cinq cents grammes, 10,5 %. Il est évident que l'accouchement retardé augmente les risques pour le fœtus et il résulte aussi de mes matériaux que la mortalité augmente à mesure que la gestation se prolonge. Elle s'élève ainsi pour les fœtus, nés plus de quinze jours après terme (groupe V) jusqu'à 5,5 %, tandis qu'elle n'est que de 1/2 % pour ceux nés avant ou à terme (groupes I et II).

Quant aux mères, aucune n'est morte, mais l'accouchement de plus en plus traînant et la perte sanguine de plus en plus abondante au fur et à mesure que la grossesse s'était prolongée, occasionnèrent une morbidité puerpérale successivement élevée. Ainsi, la fréquence d'infection utérine augmente d'environ 11 % (groupe I et II) jusqu'à 17 à 19 % (groupes V et IV).

L'aggravation des risques pour la mère et le fœtus en cas d'accouchement retardé a incité plusieurs aurteurs à provoquer préventivement l'accouchement par perforation des membranes et introduction d'un ballon, ou, dans les cas où la grossesse s'était beaucoup prolongée et le fœtus paraissait être très gros, à pratiquer la section césarienne. En jugeant de mes matériaux, ces risques ne semblent pas être chez les primipares en général assez graves pour exiger des mesures spéciales au-delà de celles qui sont ordinairement nécessaires en cas d'accouchement tardif, à savoir, moyens renforçant les contractions utérines et extraction par le forceps.

***

De cet exposé il résulte donc que la durée de la grossesse, même si habituellement elle s'élève à environ 280 jours, est

très variable. Assez souvent elle se prolonge jusqu'à trois cents jours ou davantage. L'accouchement est influé beaucoup par la durée de la gestation, de sorte que plus la grossesse se prolonge, plus l'accouchement est traînant à cause soit de l'augmentation du volume du fœtus, soit de l'inertie utérine, ce qui de son côté occasionne une mortalité fœtale plus élevée, une perte sanguine plus abondante et une morbidité puerpérale plus grande que d'ordinaire. Les plus grands risques de l'accouchement après terme ne semblent pas être, au moins chez les primipares assez importants pour exiger des mesures préventives ou extraordinaires.

ACTUALITÉS

Les relations entre le pouvoir des hormones et leur constitution chimique (1)

1° Jusqu'à la fin du XIXe siècle on pensait que le fonctionnement de l'organisme était réglé par le système nerveux.

Puis l'expérience montra l'importance des sécrétions endocrines et l'on admet aujourd'hui que c'est par l'intermédiaire de combinaisons chimiques sécrétées par les nerfs que certaines actions se produisent. A ce point de vue, les nerfs peuvent être répartis en deux groupes : le système para-sympathique agissant par l'acétylcholine ; le système sympathique agissant par l'adrénaline.

Ainsi les phénomènes nerveux ne seraient pas seulement des phénomènes physiques.

La régulation de l'organisme par les glandes endocrines s'effectue par un mécanisme très compliqué car les différentes glandes s'influencent mutuellement. C'est ainsi que l'hypophyse (lobe antérieur) a pu être appelée glande maîtresse, car elle semble régner véritablement sur les autres.

Certaines hormones ont une importance vitale, leur absence entraîne la mort (hormone des surrénales) ; d'autres n'ont pas une importance vitale, mais leur absence entraîne la dégénérescence de l'individu, puis de l'espèce.

2° Le problème s'est rapidement posé de l'isolement des principes actifs des sécrétions endocrines. Pour conduire à bien ce travail, il fallait pouvoir mesurer l'effet de ces sécrétions ; dans la plupart des cas, ni la médecine, ni la chimie ne pouvaient donner de tests précis (exception pour l'adrénaline et la thyroxine). La physiologie par contre apporta une preuve décisive : si l'on enlève à l'animal une de ces glandes, on produit des phénomènes de carence correspondants. Si on lui apporte ce qui lui manque on le rend à nouveau normal. Dans les premiers essais, on utilisa les greffes, puis on injecta des extraits. La découverte de tests quantitatifs, permit de suivre les hormones au cours des opérations chimiques effectuées sur les extraits et ainsi de les concentrer. Dans plusieurs cas, les hormones furent isolées à l'état pur, la détermination de la constitution chimique et même la synthèse au laboratoire suivirent de près. On doit faire exception pour l'insuline, en raison de sa nature protéique. A partir de 1933, on isola des hormones du règne végétal et les tests biologiques jouèrent là aussi un rôle important.

La chimie a répondu largement aux désirs des médecins et des biologistes, en préparant des hormones pures. Les rapports entre la constitution chimique et l'activité physiologique ont été très approfondis.

3° *Adrénaline*. Elle stimule le cœur et les vaisseaux et inhibe les mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin. Une théorie récente voit en elle l'intermédiaire par lequel s'effectuent les connexions du sympathique.

(1) D'après le Docteur L. Ruzicka Professeur de chimie organique à l'Ecole Polytechnique Fédérale de Zurich. Conférence faite à la Maison de la chimie, novembre 1937.

Cette même question a été traitée par M. Simonnet, *Nutrition*, 1934 p. 17. Doin, éditeur.

Plusieurs produits provoquent des effets analogues, en particulier l'éphédrine, la tyramine et peut-être l'hordénine.

Toutes ces combinaisons possèdent un noyau aromatique qui forme comme la charpente centrale.

La fonction amine primaire possède des propriétés hypertensives plus fortes que la fonction amine secondaire, mais seules les amines secondaires possèdent des propriésés sympathicomimétiques.

Dans la chaîne latérale, la position β par rapport au noyau est la plus favorable. La fonction alcoolique en α joue un rôle considérable, si on la remplace par une fonction cétonique ou une double liaison éthylique, l'activité est divisée par 800. Ce groupe OH rend le C en position α asymétrique, l'adrénaline lévogyre a une activité égale à dix fois celle de la dextrogyre.

Le OH phénolique augmente le pouvoir hormonale dans l'ordre : *ortho* $<$ *meta* $<$ *para*.

La plus forte activité est réalisée par 2 OH, l'un en *para*, l'autre en *meta*.

4° *Thyroxine*. La véritable hormone n'est pas la thyroxine mais la thyréoglobuline. Celle-ci n'a pu jusqu'ici être isolée à l'état pur. Mais par hydrolyse on en a séparé la thyroxine sous la forme racémique : et à partir de la thyroxine on a séparé la forme gauche et la forme droite, dont les activités sont dans le rapport 3 : 1.

La thyroxine est peu soluble, de là résulte qu'elle est plus active en injection sous-cutanée qu'ingérée par la bouche.

On a réalisé par synthèse la 3,5- di-iodothyronine, plus soluble et qui est active, même ingérée.

Si les atomes d'iode sont remplacés par d'autres halogènes l'activité se trouve diminuée , par exemple la tétrabromothyronine est inactive.

5° *Insuline*. C'est une protéine et on n'est pas plus renseigné sur sa structure que sur celles des autres protéines en généra ; 96 à 98 % des acides aminés qui entrent dans sa constitution ont pu être identifiés.

Elle est caractérisée par la possibilité d'une inactivation réversible, par exemple par acétylation : quand on la réduit par la cystéine, on l'inactive : quand on l'oxyde on peut la régénérer (ou obtenir quelque chose qui lui ressemble).

Aucun produit actif résultant d'une hydrolyse n'a pu être obtenu. Cela tient sans doute à ce que la partie active, si elle existe, est de nature polypeptidique, comme le reste de la molécule.

6° *Hormones sexuelles femelles œstrogène*. Les caractères sexuels femelles, au sens le plus profond du mot sont dues à ces hormones.

On a isolé : l'œstrone (activité physiologique 1),
l'équiline (1/7),
l'équilénine (1/15).

L'architecture de ces corps est celle du cholestérol. Mais ils diffèrent entre eux par l'introduction de doubles liaisons qui amènent une diminution continue de l'activité physiologique.

Les autres hormones sont :

α) œstrodiol (activ. physiol., 12),
β) œstrodiol (1/3),
17 dihydroéquilénine (1/30),
œstriol (1/100),

Les α et β œstrodiol ont été extraits de l'ovaire, les autres viennent de l'urine de femme ou de juments gravides.

Dans le règne végétal, on a trouvé l'œstrone et l'œstriol (graines de palmier, marrons d'Inde).

Enfin on a préparé le 9-10 dihydro-dipropyl-dibenzanthracène de constitution très différente des hormones précédentes, dont l'activité est 1/250 de celle de l'œstrone, mais dont l'action physiologique est identique.

Hormone du corps jaune. Une seule a été isolée, la progestérone, dont l'action est importante dans la gravidité. Le moindre changement chimique en annihile l'activité.

Hormones mâles. Elles assurent le fonctionnement du système sexuel mâle. Au point de vue chimique, elles se distinguent seulement par une chaîne cyclique non saturée , des hormones femelles.

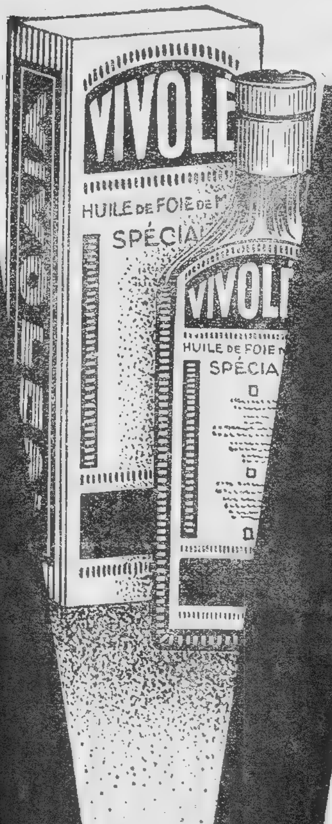
Ce sont : l'androstérone, la *trans*-déhydroandrostérone.

On les trouve dans l'urine humaine, les testicules de taureau.

Par dégradation du cholestérol, on a préparé 40 combinaisons présentant la même activité qualitative que les hormones mâles.

L'activité de ces combinaisons dépend fortement de leur constitution stéréochimique, plus précisément des positions relatives *cis* ou *trans* des chaînes latérales.

Une double liaison en position 5 accroît un peu l'activité. Celle de la dihydrotestostérone est surpassée de peu par la testostérone.



Les hormones sexuelles ne peuvent être classées rigoureusement en mâles et femelles.

Voici une classification proposée récemment :

I. *a*) Hormone exclusivement femelle, une seule : la progestérone du corps jaune.
b) Hormone exclusivement mâle, inconnue.
II. *a*) Hormones à propriétés mâles prépondérantes, androstérone par exemple.
b) Hormones à propriétés femelles prépondérantes, œstrone et œstrodiol.
III. Hormones bisexuelles, transdéhydro-androstérone.

Le goupe II n'a pas aussi complètement la propriété de provoquer le retour à l'état normal des organes appropriés.

7° *Hormones surrénales.* Le non fonctionnement des surrénales entraîne toutes sortes de désordres graves. Nous avons déjà cité l'adrénaline produit de la médullaire. Les autres sont dans l'écorce. Elles sont représentées par plusieurs hormones désignées sous le nom générique de cortines. Jusqu'ici, quatre ont été isolées pures, qui possèdent à peu près les propriétés physiologiques de la surrénale. Elles ont même structure générale que la progestérone.

La désoxycorticostérone préparée la première est la plus simple des combinaisons capables de montrer les propriétés des cortines.

Dans toutes les hormones surrénales existe un noyau non saturé : l'hydrogénation les inactive, alors qu'elle ne modifie pas l'activité de la testostérone.

8° *Hormones végétales.* Elles ont quelque parenté avec les précédentes. Elles interviennent dans le phototropisme et le géotropisme.

Elles appartiennent à deux groupes :

1° Auxines a et b.
2° Hétéroauxines (ac. indolylacétique).

Les modifications chimiques des auxines conduisent à des modifications plus sensibles de l'activité que celles des hétéroauxines.

Toutes deux sont photostabiles, mais l'auxine-a-lactone (éther sel interne) est photolabile ; sous l'action de la lumière, elle donne une lumi-auxine-a-lactone inactive.

Cela pourrait donner une explication du phototropisme, les cellules le mieux frappées par la lumière croissant moins vite.

Principes bios. Certaines vitamines influent sur la croissance des cellules, certaines sont de constitution inconnue, d'autres connues, comme la mésoinosite, la vitamine B.

Conclusions. — Plusieurs combinaisons chimiques différentes peuvent produire le même effet physiologique :

Jusqu'ici, on ne peut établir de loi générale sur les rapports entre la constitution chimique et l'activité, mais seulement des lois concernant des groupes particuliers de composés.

En injectant brutalement une certaine quantité d'hormones, on s'écarte des voies de la nature, qui les déverse lentement et continuellement. On cherche à remédier à ce défaut par des modifications moléculaires (éphédrine), des combinaisons peu solubles dans les liquides biologiques (protamine-insuline, benzoylation, acétylation des hormones sexuelles).

Il faut distinguer entre une action hormonale et l'imitation de celle-ci, par exemple la synthaline diminue la teneur en sucre du sang, mais cela résulte d'un empoisonnement du foie. Toutes les hormones connues jusqu'ici appartiennent au groupe des amino-acides ou aux dérivés des stérols :

L'adrénaline, la thyroxine sont apparentées à la tyrosine, on est donc tenté d'admettre qu'elles se forment au cours du métabolisme des protéines ;

Les hormones sexuelles et surrénales dérivent du cholestérol ; jusqu'ici on n'a pu décider si ces hormones se forment dans l'organisme à partir du cholestérol ou comme le cholestérol lui-même à partir de petits groupes d'atomes, ainsi que l'hypothèse en a été émise.

La non spécificité des hormones qui au début a beaucoup étonné, devient moins étrange si l'on admet que ce sont des produits occasionnels du métabolisme. Les organismes vivants s'y sont adaptés au point de ne pouvoir s'en passer.

Peut-être existe-t-il alors bien d'autres combinaisons chimiques susceptibles de posséder la même activité physiologique.

PARROD
Docteur ès sciences
Chef du Laboratoire de chimie synthétique
à la Clinique médicale de Saint-Antoine

REVUE DE PRESSE PARISIENNE

La pyrétothérapie en ophtalmologie

La pyrétothérapie compte des succès fort intéressants en ophtalmologie, dit M. Hambresin (*Annales d'Oculistique*, novembre 1937).

Elle est surtout utile dans l'atrophie simple spécifique du nerf optique. Les résultats ne sont pas constants ni parfaits, mais c'est le seul traitement qui puisse enrayer la lésion et, de ce chef, empêcher le malade de devenir aveugle.

Les procédés pyrétogènes arrivent aussi à faire disparaître les troubles pupillaires spécifiques. La kératite parenchymateuse syphilitique peut en tirer de grands profits, de même que les kératites, les iritis, les irido-cyclites de toute nature.

Dans l'atrophie du nerf optique, il semble bien que c'est l'huile soufrée et l'impaludation qui sont les plus efficaces Si on a recours à l'infestation malarique, il est recommandé de la faire atténuée, sans dépasser 40°, en faisant prendre de la quinine dès le début de l'inoculation.

Pour les troubles pupillaires, l'huile soufrée paraît indiquée. Dans les états inflammatoires aigus et subaigus on emploiera le dmelcos. On aura parfois intérêt à lui associer un médicament de choc.

Quant à la chambre de Kettering et aux ondes courtes, elles sont encore à la période d'essai. Il faut cependant reconnaître que les résultats de l'hypertherme de Kettering sont particulièrement intéressants, d'autant plus qu'il s'agit d'une méthode physique de pyrétothérapie, où tout se borne donc à l'apport de calorique extérieur dont on peut aisément régler l'intensité.

Dans les cas d'affections spécifiques, il est recommandé d'associer la chimiothérapie et l'hyperpyrexie. La chimiothérapie doit être prolongée longtemps.

M. Hambresin insiste aussi sur la nécessité d'instituer la pyrétothérapie le plus précocement possible, dès le début de l'affection.

Azotémie dans l'intoxication diphtérile expérimentale

Il y a plus de dix ans que J. Chevalier écrivait : « Lorsque dans une diphérie maligne, le taux de l'urée atteint ou dépasse 1 gramme, surtout à deux examens successifs, le pronostic est presque à coup sûr fatal ».

Cette constatation clinique vient d'être corroborée par l'expérimentation.

Sur 120 cobayes à qui ils ont injecté une toxine très virulente et cela à doses variables de façon à réaliser des intoxications diphériques de gravité progressive, J. Chalier, M. Jeune et L. Revol (*Presse Médicale*, 11 décembre 1937) ont trouvé une augmentation de l'urée sanguine, augmentation plus ou moins marquée et plus ou moins précoce suivant la dose injectée.

Les théories sont d'ordinaire l'œuvre précipitée d'une intelligence impatiente qui voudrait être débarrassée des phénomènes et qui, pour ce motif, leur substitue des images, des notions, souvent même simplement des mots (Goethe).

Sur cent cas de tuberculose pulmonaire pris à quatre mois et demi de leur début, on trouve déjà un minimum de soixante-dix cavernes fraîches.

Le pronostic à longue échéance s'aggrave à mesure que la caverne devient plus volumineuse ; il est en particulier huit fois plus sévère pour les grandes qui fournissent 50 % de morts à longue échéance contre 5 et 6,7 %. (STEPHANI : De la fréquence des cavernes fraîches dans les formes de début de la tuberculose pulmonaire, *Schw. Med. Wochensch.*, 27 novembre 1937.)

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement du rhumatisme goutteux par l'émanation de radium

Le rhumatisme goutteux est caractérisé par des formes atténuées de rhumatisme : rhumatisme fibreux, nodosités, etc...

L. Michotte (*Scalpel*, 9 octobre 1937) reprend, en la complétant, la description de Mouriquand et Michel. Il admet : 1° une poly-arthrite chronique goutteuse ; 2° une mono arthrite sèche ; 3° un rhumatisme musculaire goutteux ; 4° un rhumatisme fibreux ; 5° les nodosités.

L'hypothèse, selon laquelle la maladie goutteuse est due à une violation du métabolisme de nucléo-protéides probablement au stade d'oxydation des xanthines, semble confirmée. Il faut donc utiliser pour le traitement un agent thérapeutique susceptible d'activer cette oxydation déficiente ou ralentie et d'obtenir de cette façon un rétablissement de la fonction. Cet agent thérapeutique est le radon ou émanation de radium. Le meilleur mode d'administration serait l'inhalation. Dans les cas traités il y a eu jusqu'à présent 75 % de succès.

La tuberculose latente est autre chose qu'une étiquette

J. Arthur Myers (*American Review of Tuberculosis*, septembre 1937) attire, une fois de plus et avec raison, l'attention sur l'importance médicale et sociale de la tuberculose latente. Si nous osons faire une comparaison balistique, nous dirons que c'est le même problème que celui d'une arme chargée.

La latence précède la maladie, plus ou moins longtemps ; ou elle représente la séquelle d'une maladie infectieuse ; ou encore elle représente un stage intermédiaire, entre une attaque et une rechute.

Il n'est pas toujours facile de se rendre compte comment une infection latente se transforme en maladie clinique. Il est toutefois possible d'admettre que la croissance bactérienne soit cyclique. Des études récentes ont montré le rôle joué par l'activité cellulaire de l'hôte ; c'est ainsi que la splénectomie est suffisante pour transformer une infection plasmodiale latente de l'animal en une maladie sévère.

L'organe, dans lequel est logé le micro-organisme, joue un rôle considérable dans les questions de latence ; un bacille de Koch évadé d'un ganglion ne donne pas de manifestations immédiates. La migration d'un pneumocoque ne donne pas fatalement une pneumonie, mais parfois une encapsulation, de la fibrose et de la calcification.

Les variations de virulence des microbes sont responsables de certaines périodes de latence ; pour certains auteurs il s'agirait d'une transformation d'une forme virulente en une non virulente ; on admet aussi l'intervention de formes filtrantes.

« La maladie tuberculeuse humaine commence réellement quand un neutrophile phagocyte le premier bacille tuberculeux ; les pas suivants sont la localisation, la formation d'un tubercule, la propagation aux ganglions du voisinage et l'apparition de l'allergie. »

Cette latence est responsable du retard dans le contrôle de la maladie en médecine humaine et vétérinaire. Il est bien évident que Myers a raison d'insister sur la notion de latence, car ce n'est pas la radiologie qui révèlera la phagocytose du premier bacille tuberculeux ; que restera-t-il dans vingt-cinq ans des belles doctrines officielles actuelles ? On n'a jamais prêté une attention suffisante aux travaux de Ferran de Barcelone et peut-être un jour reconnaîtra-t-on que le bacille de Koch est à l'agent causal de la tuberculose ce que le culot d'une pipe est au tabac qui y a été brûlé.

L'étude si originale de Myers montre tout l'intérêt que la médecine présente quand elle est animée par une imagination créatrice et servie par un bon sens impeccable.

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du mercredi 8 décembre 1937

A propos des anesthésies en chirurgie de guerre. — *M. Desplas* étudie l'emploi des divers anesthésiques en chirurgie de guerre de l'avant. Il pense que la rachi-anesthésie, maintenant que l'on a développé les médications antishock, prendra une place importante. Le principe du transport des blessés anesthésiés ne lui paraît pas applicable en chirurgie de guerre.

Pseudarthrose du bras gauche. — *M. Papayoannou* (le Caire) rapporte l'observation d'une fracture de l'humérus gauche datant de 1918. En 1933 une fracture itérative survient et en 1934 il y a une pseudarthrose de l'humérus. L'auteur fait d'abord une opération de Kirschner avec résection des extrémités osseuses et greffes ostéo-périostiques. Cinquante-six jours après il conclut à l'échec et fait une greffe tibiale au niveau du foyer avec un excellent résultat.

M. Boppe, rapporteur, insiste sur difficulté du traitement des pseudarthroses humérales. Cela tient avant tout aux erreurs de la contention. Dans ces fractures il y a toujours cisaillement par action du fragment supérieur. D'où la nécessité d'immobiliser fractures ou pseudarthroses traitées par un grand plâtre thoraco-brachial.

M. Huet pense qu'il faut opérer les pseudarthroses dans le grand appareil thoraco-brachial pour éviter toute mobilisation post-opératoire du foyer.

Sacralisation de la Ve lombaire. — Chez une jeune femme des douleurs apparaissaient au cours de certains mouvements sportifs, dans la partie basse de la colonne vertébrale. Elle présentait une sacralisation unilatérale de la Ve lombaire et par périodes une scoliose antalgique. Une première intervention, ablation de l'apophyse transverse, d'ailleurs incomplète, fut sans succès. Dans un deuxième temps on enleva la partie antérieure de la transverse (apo-costiforme) qui d'ailleurs soulevait des troncs vasculo-nerveux. Cette dernière intervention fut suivie de succès (Docteur CHEVALIER).

M. Mathieu, rapporteur pense donc que si quelquefois la sacralisation ne suffit pas à expliquer la douleur, il y a tout de même des cas où l'ablation peut être suivie de succès.

M. Mauclaire estime utile de sectionner temporairement la tubérosité iliaque pour avoir une bonne voie d'abord sur l'apophyse transverse.

M. Basset a vu une malade chez laquelle certains mouvements déterminaient une douleur et un craquement nettement perceptible. Il y a eu un bon résultat bien qu'il n'ait pas enlevé la totalité de la costoïde.

M. Boppe a également opéré une femme qui présentait une néarthrose entre tranverse et os iliaque, avec des signes d'arthrite chronique dégénérative, trois ans après la douleur a complètement et définitivement disparu, mais l'apophyse transverse s'est totalement reconstituée.

M. Mathieu ne pense pas nécessaire de sectionner la tubérosité iliaque pour avoir du jour. La cause des phénomènes douloureux peut être l'existence d'une néarthrose, ou bien de contusions répétées des troncs nerveux au devant de l'apophyse costiforme.

M. de Fourmestraux a observé dans plusieurs cas de sacralisation, l'absence de tout phénomène douloureux.

La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale. — *M. de Fourmestraux* (Chartres) rappelle l'historique de la méthode qui comprend les noms de Fiolle, Leriche, dos Pantos. L'artère où on injecte doit être mise à jour. La solution à injecter est habituellement le mercurochrome à 1 ou 2 % ou le sérum concentré. Dans le tétanos par voie carotidienne l'auteur a eu des résultats favorables. Dans la gangrène gazeuse les résultats ont été médiocres. Dans les infections locales le mercurochrome donne des résultats intéressants. L'auteur en

rapporte 110 cas. Il n'y a pas eu de modifications humorales après les injections. Parfois des colorations localisées particulièrement dans les artérites oblitérantes. L'auteur en étend les indications largement aux arthrites suppurées, aux ulcères, aux fractures exposées, infectées, aux cellulites.

Pour *M. Bazy* la susceptibilité vaso motrice des sujets est pour beaucoup dans les accidents des ponctions artérielles. Pour l'apprécier, il faut utiliser le test de l'intradermo-réaction à l'adrénaline. Si la plaque blanche est élargie ou se recolore lentement, il vaut mieux éviter de toucher aux artères.

A propos de la gastrectomie. — ***M. Ferey*** (Saint-Malo) propose de lier à la soie le duodénum avant de le sectionner, puis de faire une deuxième ligature après section. L'enfouissement et l'épiplooplastie sont faits en cas d'intervention pour ulcère. Pour la section gastrique, il utilise volontiers l'appareil de Von Petz qui donne une suture métallique étanche et excellente. Les agrafes métalliques s'éliminent lentement.

M. Toupet à propos de la fermeture du duodénum n'estime pas qu'un seul fil ou même plusieurs suffisent généralement. Dans les cas faciles tout marche mais dans les cas difficiles il ne saurait être question de ce procédé. D'autre part l'évaseur de Von Petz n'assure pas du tout l'hémostase. On peut en rouvrant les pièces voir les artères saigner à l'intérieur de l'estomac.

Enfin dans les anastomoses termino-latérales, le Von Petz n'a à peu près aucun avantage. Enfin le gain de temps apparaît tout à fait négligeable vis-à-vis des risques d'hémorragie que comporte ce procédé.

M. d'Allaines pense qu'on peut employer la ligature simple du duodénum à condition qu'on évase le duodénum et qu'on enfouisse la ligature par suture. Dans les cas de ligature simple il a eu chaque fois une fistule. L'appareil de Von Petz est employé par l'auteur depuis quatre ans. La propreté est plus grande avec cet appareil. Il n'y a eu aucun ennui mais il faut lier avec soin ce qui saigne entre les agrafes. Le gros reproche à l'appareil c'est qu'il ne permet qu'une résection trop économique de l'estomac.

M. Soupault avait essayé la simple ligature à la soie du moignon duodénal. Il a eu deux fistules sur 5 cas.

M. Bréchot estime aussi que dans les pylorectomies larges, le temps duodénal est des plus délicats. Le duodénum est coupant sous les fils. Il faut toujours enfouir et faire une épiplooplastie complémentaire.

M. de Martel a eu une mort par le procédé de ligature et section du duodénum.

M. J.-Ch. Bloch ne se sert plus de l'appareil de Von Petz qui lui a donné des ennuis au niveau de la tranche gastrique.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 novembre 1937 (*fin*)

Réflexions sur 248 cas récents de maladie de Bouillaud dans l'Armée. — ***MM. Codvelle, Paraire*** et ***Jacquier*** rapportent les reflexions que leur suggère l'étude de 248 cas de rhumatisme articulaire aigu observés chez des soldats depuis janvier 1935. Ils notent successivement la très forte proportion des cas dans les quatre premiers mois de l'année la réceptivité plus marquée des jeunes soldats, la grande fréquence relative de la maladie chez les jeunes sujets ayant déjà présenté des crises dans l'enfance, et enfin l'impossibilite de mettre en évidence une cause favorisante — climatique ou autre — ni des indices nets en faveur de la transmissibilité de la maladie.

Cliniquement, ils notent la rareté relative des séquelles cardiopathiques (19 cas sur 248) et la prédominance très nette de l'insuffisance aortique sur l'insuffisance mitrale, dont on pose trop facilement le diagnostic. Quelques troubles de conduction ont été observés (blocs et allongements de P. R.). A part trois épanchements pleuraux et 22 albuminuries fugaces, aucune détermination viscérale n'a été relevée.

Séance du 3 décembre 1937

Remarques sur l'évolution et le pronostic de la maladie rhumatismale (maladie de Bouillaud) dans l'enfance. — ***M. H. Grenet*** résume d'abord les principaux types évolutifs. Dans la forme la plus bénigne, l'attaque de rhumatisme est rapidement jugulée par la médication salicylée ; le malade est guéri ; une lésion cardiaque s'est souvent développée, mais elle n'évolue pas, et les signes constatés ne sont que la traduction d'une alteration cicatricielle, qui ne détermine aucun trouble apparent, aucun phénomène de décomposition. Il convient de noter que même dans des cas bénins, le myocarde est souvent touché, au moins d'une manière temporaire et quequelquefois, quoique rarement, il est atteint plus profondément qu'on ne pourrait le supposer, ce qui impose des réserves pour l'avenir. De plus la bénignité d'une crise rhumatismale ne permet pas de prévoir s'il se produira des récidives, ni si celles-ci seront légères ou graves.

Dans un second type clinique, persiste un état subfébrile, et l'on constate des troubles myocardiques nets ; c'est une forme relativement légère du rhumatisme cardiaque évolutif qui guérit avec la médication appropriée et un repos suffisamment prolongé ; mais il est à crainde que toute récidive, toute infection intercurrente n'entraînent des accidents graves.

A un degré plus élevé, la maladie évolue d'une seule tenue, asystolie fébrile qui peut entraîner la mort à plus ou moins longue échéance ; si la guérison est obtenue, au prix d'un repos très prolongé, elle est toujours très fragile. Ces formes de cardite évolutive grave se distinguent des véritables formes malignes, caractérisées par la diffusion des accidents viscéraux. Dans ces derniers cas, la mort est habituelle dans un délai moyen de trois à huit mois ; et si l'on obtient la guérison ou tout au moins la stabilisation (ce qui est d'ailleurs rare) ce n'est qu'au bout d'un temps très long et les malades demeurent des demi-infirmes.

C'est toujours l'état du myocarde qui règle surtout le pronostic immédiat. Il est à noter que, quelles que soient la gravité et la duree de ces cardiopathies rhumatismales, elles se distinguent nettement, au point de vue clinique, des autres endocardites infectieuses, et en particulier de l'endocardite maligne lente. Mais l'évolution d'une attaque rhumatismale n'est pas l'évolution du rhumatisme lui-même : les récidives, leur fréquence, le comportement du cœur lorsqu'elles se produisent, sont des caractères essentiels de la marche générale de la maladie.

On retiendra d'abord que les cardiopathies apparaissent à l'occasion de la première ou de la seconde attaque. Des récidives nombreuses, et surtout des récidives rapprochées comportent toujours un pronostic sévère. Il n'est pas très fréquent que le rhumatisme tue dès la première atteinte ; il faut compter, pour établir le pronostic général du rhumatisme, non pas le nombre d'attaques qui guerissent, mais le nombre de malades qui survivent à des attaques répetées. On ne doit pas oublier enfin que, lorsqu'un enfant succombe, c'est toujours aux progrès de l'infection et non pas à des accidents mécaniques d'asystolie ; la notion du rhumatisme cardiaque évolutif, telle que l'établit Pichon, demeure essentielle.

Il est souvent difficile d'établir le pronostic d'une attaque rhumatismale ; il est toujours plus difficile d'établir le pronostic d'avenir pour un rhumatisant ; la persistance de symptômes myocardiques après la guérison apparente doit faire craindre une évolution grave, dans un délai qui ne dépasse pas d'ordinaire quelques années. L'âge auquel survient la première atteinte est important, le pronostic paraissant d'autant plus graves pour l'avenir que l'enfant a été frappé plus jeune.

D'une manière générale, le pronostic du rhumatisme dans l'enfance est plus grave qu'on ne le considère d'ordinaire. Sur des malades observés pendant une période de dix ans, la mortalité a été de 17,39 % ; et si l'on ne tient compte que des enfants qui ont présenté des signes de lésion cardiaque, cette mortalité s'élève à 23,91 %. Or des chiffres tout à fait anologues ont été trouvés par divers auteurs, à la condition que les malades aient été suivis pendant plusieurs années.

La mortalité est sans doute moins grande dans la clientèle de ville, surtout à cause des conditions sociales meilleures, du traitement plus précoce, et du repos absolu plus facilement obtenu. A cet égard, les maisons spéciales de cure pour enfants cardiaques réalisent un progrès important. Mais il importe de bien connaître, quelle que soit la qualité des soins, la gravité du rhumatisme dans l'enfance.

M. Comby relate trois cas d'endocardite mitrale rhumatismale chez des enfants, dans lesquels on vit, par la suite, disparaître le souffle de la pointe.

M. Hallé ne croit pas qu'une lésion cicatricielle puisse disparaître.

M. Grenet fait remarquer que l'on assiste, dans 10 % des cas environ, à la disparition du souffle d'insuffisance mitrale ; l'interprétation de ce fait est difficile.

Quelques commentaires à propos de 190 observations de rhumatisme articulaire aigu recueillies en milieu militaire. — *MM. F. Meersseman, M. Duval* et *J. Lacroix* dégagent un certain nombre de notions d'ordre épidémiologique, étiologique et clinique. Au point de vue épidémiologique, ils montrent les variations de fréquence suivant les années, la prédominance de l'affection entre janvier et mai, l'impossibilité de tirer de l'observation des faits aucun argument en faveur d'une possible contagiosité. Ils refont ensuite le procès de l'étiologie tuberculeuse de la maladie de Bouillaud, puis étudient les modes de début et les différents aspects évolutifs. Parmi les complications, les auteurs montrent la relative rareté des endocardites valvulaires, leur apparition de préférence à la suite des formes traînantes et prolongées, la prédominance nette de l'insuffisance aortique sur les autres lésions orificielles. Ils évoquent la question des petits souffles transitoires de la pointe contemporaine de la défervescence du rhumatisme, celle du rhumatisme cardiaque évolutif et ils signalent enfin quelques complications rénales.

Maladie de Bouillaud à forme maligne et endocardite infectieuse à forme lente. — *MM. Mathieu Pierre Weill, Victor Oumansky* et *Jacques Delarue* relatent les observations de trois malades atteints de rhumatisme articulaire aigu avec lésion valvulaire chez lesquels l'évolution d'un processus d'endocardite mortelle posait un problème clinique pratiquement insoluble entre rhumatisme cardiaque et endocardite de Jaccoud-Osler.

Dans le premier cas existent les signes nets d'endocardite infectieuse. Cependant à l'autopsie on ne trouve au niveau du cœur que des lésions rhumatismales.

Dans la deuxième observation, les signes d'insuffisance cardiaque dominent le tableau clinique ; une péricardite s'y associe ; il n'y a ni infarctus, ni splénomégalie, ni signes cutanés, ni hématuries microscopiques. Il s'agit cependant d'un syndrome d'Osler.

Enfin le dernier cas montre la coexistence chez une jeune fille de 16 ans dès la première attaque rhumatismale de lésions viscérales et vasculaires des septicémies d'Osler avec des nodules d'Aschoff en très grand nombre dans le myocarde.

Ces observations posent à nouveau le difficile problème des relations entre la maladie de Bouillaud et l'endocardite infectieuse de Jaccoud-Osler. Cette dernière est-elle seulement une infection secondairement greffée sur des lésions rhumatismales anciennes ? N'y a-t-il pas un lien plus étroit, voire une véritable parenté entre elles ? Les observations précédentes tenderaient à le faire penser.

Les formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. — Péricardites primitives d'origine rhumatismale. — *MM. P. Brodin, J. Brunhes* et *P. Martrou* rapportent trois nouveaux cas de péricardite primitive sans localisation articulaire dans lesquelles l'examen du cœur aux rayons X, en montrant un énorme élargissement de l'ombre cardiaque, a permis de rattacher à la maladie de Bouillaud deux infections générales et une pleurésie en apparence banale.

Ils insistent sur l'intérêt que présente l'examen radioscopique du cœur dans tous les cas d'infection générale sans cause nette.

A propos de l'étude bactériologique de la maladie de Bouillaud. — *M. Le Bourdellès* souligne l'importance de la nodosite de Meynet pour l'étude bactériologique de l'affection rhumatismale. Ainsi que Leichtenstritt, il a constaté la présence dans ces formations de streptocoque viridans.

Un cas de brucellose guéri par l'endoprotéine militococcique. — *M. May* rapporte un cas de brucellose d'origine bovine guérie après une seule injection d'endo-protéine mélitococcique. Il insiste sur la remarquable rapidité de la guérison.

Deux cas d'hyperthyroïdie avec troubles de la régulation du chlore. Influence du traitement iodo-iodure. — *MM. Jacques Decourt* et *M. Devillers*, dans un cas de maladie de Basedow classique et dans un cas d'adénome thyroïdien toxique, ont trouvé une augmentation notable du chlore globulaire et plasmatique. Ces faits confirment l'existence d'un trouble de la régulation chlorée au cours de l'hyperthyroïdie, notion antérieurement mise en évidence par MM. J. Decourt et Ch. O. Guillaumin.

Dans l'un des cas, la malade ne s'est pas comportée normalement sous l'influence du régime déchloruré : sa chlorémie ne s'est pas abaissée et son poids n'a pas variée. L'eau et le sel ne présentaient donc pas chez elle la même labilité que chez les sujets normaux.

Dans les deux cas le traitement iodo-ioduré a fait baisser la chlorémie et le rapport du chlore globulaire au chlore plasmatique. On peut se demander si l'iode, corps halogène comme le chlore, n'est pas capable de se substituer à celui-ci dans certaines de ses combinaisons. De toute façon il semble bien probable que les troubles de la régulation chlorée se relient, chez les basedowiens, à ceux du métabolisme de l'iode.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

NOTES CLINIQUES

Goutte avec tophus géants
Complications inflammatoires graves

Chez un malade atteint de goutte avec déformations énormes et cachexie, MM. Desjacques et Roux (*S. Nat. de M. et des S. M. de Lyon*, 13 janvier 1937) ont vu l'ulcération d'un gros tophus du pied déterminer une infection grave menaçante qui a nécessité l'amputation d'une jambe. A première vue, la confusion était possible avec une gangrène par artérite. Les artères de la pièce d'amputation étaient saines.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Caréna-ouabaïne

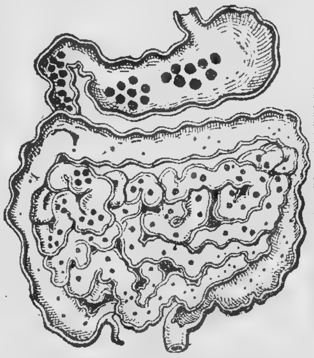


Figure montrant la marche et l'action progressive des Grains anisés de Charbon Tissot dans l'estomac et l'intestin.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu du Docteur Skevos Zervos la lettre suivante :

Je vous serais infiniment obligé si vous me faisiez l'honneur de bien vouloir accorder, dans votre estimable journal, l'hospitalité à ces quelques lignes, afin de fournir certaines précisions au sujet de la Maison du Père de la médecine à laquelle nous nous proposons de donner le nom d'*Anactoron d'Hippocrate*.

Quel en sera l'emplacement ? — L'*Anactoron d'Hippocrate* sera élevé à Athènes, à une petite distance de l'Acropole Sacrée, sur le talus de la colline de Philopappe. De la sorte les hôtes éminents de ce Palais, médecins et naturalistes de marque venant de toutes les parties du monde, auront à tout moment, devant eux, l'antique Asclépiéion d'Athènes et tout au-dessus, le Temple de la Victoire Aptère, le Parthénon, l'Erechtheion, etc...

Du sommet de la colline, laquelle appartiendra à l'Anactoron et sera couverte d'arbres et de verdure et toute pleine de petites fontaines intarissables, les hommes de science qui viendront y résider se trouveront devant le spectacle ravissant du Golfe Saronique, de Salamine et d'Engine, de l'Hymette et du Lycabète, du Pentélique et du Parnès, et pourront, à l'aide d'une grande lunette, suivre tout le mouvement de ces parages. Jour et nuit, ils auront devant eux un horizon splendide qui, de tout temps, a inspiré à l'homme les pensées les plus nobles et engendré des intelligences vraiment grandes et immortelles.

But de l'Anactoron. — Le but de l'Anactoron est multiple, mais surtout double. Ce sera de :

1° Fournir gracieusement tous les moyens de repos de l'esprit et de l'âme aux plus grands représentants de la science médicale. Ces éminentes personnalités pourront désormais, facilement et complètement, se remettre de leurs fatigues et reprendre rapidement leurs forces : ils auront l'occasion de vivre sous un climat merveilleux, dans un milieu singulièrement suggestif.

2° Mettre en un contact immédiat, prolongé et continu, les princes de la science médicale, les cerveaux exceptionnels qui se sont consacrés à l'étude de la nature et leur préparer une ambiance appropriée, dans laquelle, vivant en commun, parlant et discutant en frères, ils pourront subir leur influence mutuelle, éclairer et se faire éclairer davantage, étudier la nature plus profondément, approfondir d'une façon plus précise et plus détaillée ses secrets et ses lois, et résoudre ainsi d'une manière plus facile les problèmes, tellement sérieux de la médecine qui, malheureusement, restent encore insolubles.

Fonctionnement de l'Anactoron. — Je pense que l'*Anactoron d'Hippocrate* pourrait fonctionner ainsi : *Deux* fois par an, chaque Académie de médecine, chaque Université et toute Faculté de médecine sérieuse du monde entier, aura à proposer un certain nombre de ses membres pour l'Anactoron. Cette proposition approuvée, elle enverra à chacune de ces personne des billets gratuits, aller retour, et soit à tous à la fois, soit si leur nombre est grand et que les moyens financiers de l'Anactoron soit insuffisants, graduellement. Dès qu'ils passeront les frontières de la Grèce, ces éminents docteurs de la science médicale seront les hôtes officiels de l'Anactoron d'Hippocrate. Ils auront immédiatement sous leurs ordres un personnel dévoué ; ils seront partout l'objet du respect et de la vénération absolue de tout le monde et viendront habiter, à Athènes, l'Anactoron où, pendant un mois, ils vivront en maîtres absolus et comme chez eux.

Pendant tout ce temps, l'Anactoron d'Hippocrate organisera à l'intention de ces personnalités médicales, diverses excursions à Sunium, à Corinthe, Mycènes, Tirynte, Argos, Delphes, Egine, Epidaure, etc., fera donner, dans les théâtres antiques de la Grèce des auditions musicales nocturnes et des représentations d'œuvres, classiques de Sophocle, Euripide et Eschyle. Il cherchera, par toutes les voies et de toutes ses forces, à donner à ces grands prêtres de la médecine, les moyens de se rétablir à bref délai et complètement de leur labeur écrasant, et, ainsi, avec l'esprit le plus clair, une vigueur rajeunie, une vitalité rafraîchie, une pulsation de la vie toute neuve, rentrer chez eux afin de poursuivre leurs recherches savantes et faire avancer la Science. Peut-être encore, si les ressources financières le permettaient, pourrait-on ouvrir ce temple de la médecine à quelques jeunes travailleurs qui viendraient recueillir en Grèce des documents historiques concernant la médecine et seraient ainsi les continuateurs de la tradition hippocratique.

Moyens financiers de l'Anactoron. — Je ne pense pas qu'il soit difficile de trouver les moyens matériels nécessaires à la construction de l'édifice et à son fonctionnement régulier et exemplaire.

Quand les différentes nations dépensent des milliards de livres sterlings pour s'armer et s'entregorger, je ne crois pas qu'il soit difficile de trouver cinq ou dix grands amis de la science, de l'humanité et grands philosophes qui, en esprits supérieurs, voudront rattacher leur nom à l'Anactoron d'Hippocrate et être légués ainsi à l'Immortalité.

Mais, si contre toute attente, je rencontre partout l'indifférence absolue pour un but tellement sérieux, si je me trouve partout en présence d'un mépris aux idéaux supérieurs de l'humanité, du progrès de la médecine et de l'avenir du monde — ce que je considère absolument impossible — alors je serais vraiment heureux d'assumer à moi seul, dans son ensemble, l'œuvre que je crois pouvoir, fût-ce à grand peine, mener à bonne fin.

Car l'intérêt supérieur de la Médecine et de l'Humanité commande d'urgence, de réaliser l'œuvre de l'Anactoron d'Hippocrate. Et elle sera faite.

Docteur Skevos Zervos.

Le Docteur Skevos Zervos est un enthousiaste, à qui la phrase du Taciturne semble vide de sens : il agit et espère ; et l'on ne peut qu'admirer la foi agissante de cet émule des Osiris, des Turck et autres bienfaiteurs à qui la France doit tant, sans le reconnaître toujours.

Echos et Glanures

Philoctète joué par René Doumic et M. Charles Achard. — René Doumic fut toujours attiré vers les gens et les choses de la médecine et cette attirance a continué dans la famille puisque deux de ses petits-enfants, frère et sœur , sont aujourd'hui étudiants en médecine.

Le Professeur Achard avait été son condisciple au lycée Condorcet, en rhétorique. A cette époque, René Doumic était un jeune homme blond, aux yeux bleus, au regard vif, à l'air doux et un peu timide, à la mine un peu chétive.

Du Professeur Achard à la même époque, nous avons aussi un portrait tracé par René Doumic, dans une courte biographie parue il y a quelques années :

« C'était un grand garçon, sérieux et réfléchi, replié sur lui-même et peu bavard. Signe distinctif : une gravité tempérée de bonne grâce et — je souligne — d'amabilité souriante. Tout l'intéressait de l'enseignement qu'on donnait alors, vers 1877, dans les lycées, si différent de celui d'aujourd'hui, et que n'attristait pas encore l'encombrante main-mise des spécialistes. L'idée était venue aux potaches que nous étions de jouer le *Philoctète* de Sophocle, qui était au programme.

Achard s'enrola dans notre troupe, pour l'amour du grec ! Ainsi il s'imprégnait de cette culture classique dont tous les cliniciens s'accordent à dire qu'elle est, pour développer l'esprit de finesse, une formation irremplaçable. »

La représentation de *Philoctète* à laquelle Doumic fait allusion avait eu lieu en 1876. Une répétition avait été faite, sans costume, dans la classe même du lycée. Quant à la représentation en costume, elle eut lieu un soir dans l'hôtel habité par la famille Reinach, rue de Berlin (aujourd'hui rue de Liège).

Doumic y tenait le rôle principal, celui de Philoctète. M. Achard, le plus petit, celui de l'antistrophe du chœur, la strophe étant dévolue à l'élève André Chartier qui, lui aussi, devint médecin.

Théodore Reinach, jouait le rôle d'Ulysse. L'élève de Morlaincourt celui d'Hercule qui, caché par un paravent, s'élançait sur un pouf pour faire son apparition.

Une docte assistance avait été invitée : elle comptait le ministre de l'Instruction publique, Waddington le père de la Constitution et l'éminent helléniste Egger.

Peu de temps avant, le professeur de français de cette même classe de rhétorique, Gaucher, le père du professeur de clinique dermatologique Ernest Gaucher, avait fait jouer aussi au lycée la *Farce de Maître Pathelin.*

BIBLIOGRAPHIE

DIVERS

LES INSECTES. I. **Coleoptères, Orthoptères, Archiptères, Névroptères**. II. **Hyménoptères, Lépidoptères, Hémiptères, Diptères**, par Paul A. ROBERT. Chaque volume, illustré de 32 planches en couleurs et de 76 dessins en noir, relié en toile, 12 francs suisses. Editions Delachaux et D. Niestlé, Neuchâtel et Paris, 32, rue de Grenelle.

C'est une jouissance de l'esprit et des yeux que de parcourir les deux ouvrages que Paul-A. Robert a consacrés aux insectes. C'est un défilé à la fois scientifique et pittoresque des bestioles qui vivent près de nous. L'auteur les décrit avec art et précision par la plume et par le pinceau. Ses illustrations sont de petits chefs-d'œuvre.

Gœthe, par Henri LICHTENBERGER. Tome I : La Personnalité. — Le Savant. L'artiste. Un vol. in-12, XII, 350 p. Broché : 18 francs. H. Didier, édit., 4, rue de la Sorbonne, Paris.

Tous les lettrés attendaient l'ouvrage capital le maître germaniste. Son livre n'est ni une biographie, ni une histoire de l'œuvre littéraire de Gœthe. C'est la vision de cette monumentale totalité que constitue pour l'observateur moderne le « phénomène » Gœthe.

De Mercure à Pluton. Planètes et Satellites, par Pierre HUMBERT. Collection « Sciences d'aujourd'hui ». Un volume in-16 broché, 16 illustrations. Prix : 25 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris, (XIVe).

La Lune, les planètes du système solaire : ce sont, dans l'espace, nos plus proches voisines ; ce sont des corps semblables à la Terre et sans doute formés de la même essence. Or, ces astres que nous devrions connaître, nous les ignorons en général, seuls les spécialistes ont sur eux des idées claires. M. Pierre Humbert, a cherché, dans ce volume, à remédier à cette ignorance. Il nous présente, les unes après les autres, ces planètes, avec leurs satellites, et nous expose tout ce que les astronomes sont arrivés à savoir sur ces mondes si intéressants. Sans aucun appareil scientifique d'aspect rébarbatif, il nous convie à un passionnant voyage, dont les étapes sont *Mercure, Vénus, La Lune, Mars, Jupiter, Saturne, Uranus, Neptune* et le lointain *Pluton*, la dernière planète connue. Les énigmes ncore insolubles sont nombreuses : il les expose clairement, montrant aussi comment, peu à peu, les astronomes ont pu éliminer d'anciennes erreurs comme par exemple, celle des trop fameux « canaux » de Mars.

Le volume est illustré de superbes planches, reproductions de photographies célestes, et de dessins (souvent inédits) dus à la plume de M. Antoniadi, astronome de l'observatoire de Meudon, exécutés à la merveilleuse lunette de cet établissement, sans doute la meilleure du monde.

Rouget de Lisle, par H. HENRY-ROSIER. 1 vol. 16 fr. 50. Editions de la N. R. F., rue de Beaune, Paris.

L'auteur a eu la bonne fortune de pouvoir puiser à des sources inédites, telles que les lettres de l'abbé Gaillaude à Claude-Ignace Rouget, le père, et les lettres de Rouget de Lisle au Docteur Chapelain, c'est-à-dire que nous avons maintenant une véritable histoire du chantre de la Marseillaise.

Aunis et Saintonge, par Louis PAPY. Volume 17 × 23 cm., 180 pages. Couverture de Mme Gabrielle Papy. 150, héliogravures. Collection « Les Beaux Pays ». B. Arthaud, éditeur à Grenoble 1937.

L'Aunis et la Saintonge : il est des provinces françaises qui nous offrent des sites plus grandioses : il en est peu d'où se dégage un charme aussi prenant. Avec un sens délicat des nuances, avec amour, M. Louis Papy nous décrit les paysages, les monuments, les gens de ces deux provinces.

Aimablement écrit, magnifiquement illustré, ce livre est, en son genre, une réussite.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

BERNON (A.), CANONNE (L.), MARÉCAUX (L.). — **Aspiration et pyothorax**. Coll. Cahiers de la tuberculose, 72 p. Br. : 16 fr. *Doin*.

DANES (A.). — **Les cholécystites chroniques**. 118 p. Br. : 38 fr.

EXCHAQUET (Dr L.). — **Le nourrisson**. In-8. Br. : 45 fr. *Payot*.

EXCHAQUET (Dr L.). — **La santé du nourrisson**. In-16. Cart. : 20 fr. *Payot*.

FLEISCH (Dr A.). — **L'alimentation et ses erreurs**. In-16. Br. : 12 fr. 50. *Payot*.

KLEIN (F.). — **Maladies mentales expérimentales et traitement des maladies mentales**. In-8 236 p. Br. : 20 fr. *J. Peyronnet*.

MAURY (E. A.). — **La phlébite**. 96 p. Br. : 25 fr. *Doin*.

Fondé en 1873 par Bourneville — LE NUMÉRO : 75 Centimes — N° 52 — 25 DÉCEMBRE 1937

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE — PARAIT LE SAMEDI

ADMINISTRATION

Dr Victor GENTY
41, Rue des Ecoles, PARIS-Ve
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS

Avec le SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	20 fr.
Belgique	50 fr.
Etranger 1re zone	80 fr.
Etranger 2e zone	100 fr.

Chèque Post. *Progrès Médical*, Paris 357-81

R. C. SEINE 685 595

Pour tout changement d'adresse, joindre la bande et 2 francs

RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Maurice LOEPER
Professeur de Clinique Médicale à Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

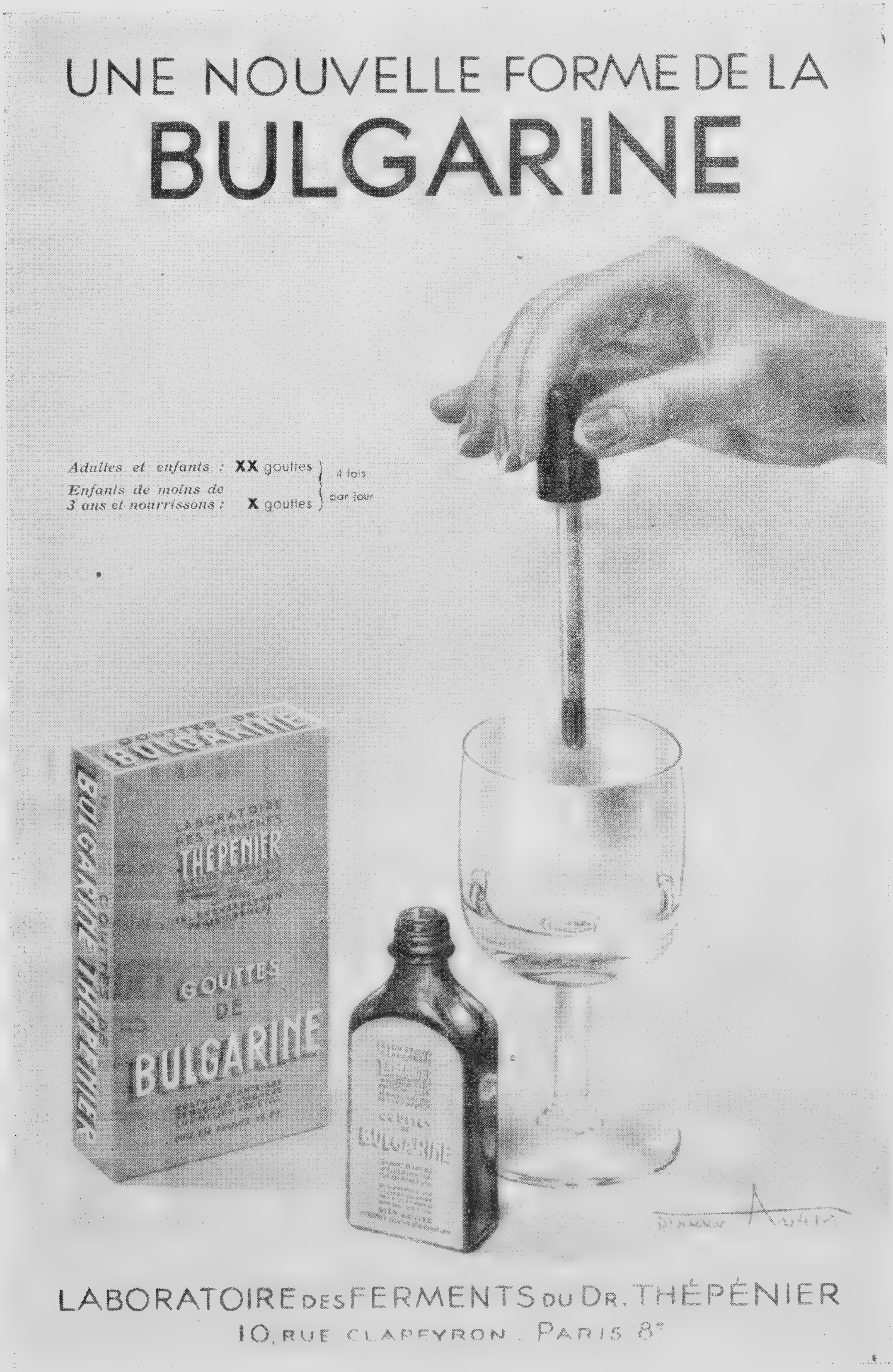
SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Maurice GENTY

Le Vendredi à 17 heures

Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus

SOMMAIRE


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : **XX** gouttes } 4 fois par jour
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : **X** gouttes
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE THÉPENIER
GOUTTES DE BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU Dr. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON . PARIS 8e

A partir du 1er janvier 1938, les numéros du *PROGRÈS MÉDICAL* seront vendus indistinctement 1 franc pour l'année en cours et 2 francs pour les années antérieures, lorsqu'ils seront pris à nos bureaux. Pour l'envoi par poste ajouter 0 fr. 30 par numéro.

BULLETIN DU " PROGRÈS MÉDICAL "

Réception de M. le Recteur Roussy à la Faculté de Médecine

Le nouveau doyen de la Faculté le Prof. Tiffeneau, avait eu la charmante idée de réunir hier les professeurs, agrégés et chefs de travaux autour de son prédécesseur, le Docteur Roussy, et de lui adresser en son nom et au leur ses remerciements pour sa gestion d'ores et déjà illustre, et ses vœux, pour un rectorat qu'il espère fécond et heureux.

Le Prof. Tiffeneau excelle dans ces discours familiers où il sait mettre à la fois beaucoup de finesse, d'élégance et aussi beaucoup de cœur. Il a retracé de façon très suggestive l'histoire de la Faculté depuis l'arrivée au pouvoir de M. Roussy, il a évoqué les aménagements heureux de notre amphithéâtre, de nos salles et de nos galeries ; l'organisation nouvelle de la bibliothèque et surtout la fondation de la nouvelle faculté sur les terrains de l'hôpital de la Charité.

Ce nouvel établissement où seront concentrées les deux premières années de médecine, sera d'une élégance et d'un modernisme propres à satisfaire autant les amateurs d'art que les travailleurs.

Et on le doit certes à la ténacité, à l'habileté, à l'ingéniosité même du doyen Roussy, qui sut saisir les occasions ou ne les point laisser échapper.

Le recteur, dans une improvisation très cordiale et très émue, remercia le doyen de ses aimables paroles et des éloges ; il assura ses collègues de son dévouement à la cause de la plus grande Faculté de médecine. Il lui dit toute sa joie de voir s'achever prochainement le grand œuvre qu'il avait rêvé et aussi de sentir la Faculté aux mains d'un collaborateur aussi actif et aussi digne que le Prof. Tiffeneau dont chacun apprécie grandement le courage, la sincérité et le dévouement. Et il eut, dans cette allocution magistrale, mais cordiale, des mots capables d'accroître dans son auditoire les hommages, la reconnaissance et l'affection.

La collaboration du recteur et du doyen, de l'Université de la Faculté, ne peut être que féconde. Elle servira grandement les intérêts de l'Ecole. Et nous devons nous réjouir et nous féliciter de l'avoir dans cette réunion si heureusement préparée, si intime et si solennelle à la fois, aussi parfaitement sentie et appréciée.

Maurice Loeper.

NOUVELLES

Faculté de Paris. *Thèses de médecine.* — 20 décembre. — Mlle Roujon : Un cas nouveau de kyste dermoïde de la voûte cranienne. — M. de Verbizier : Contribution à l'étude des chondromes. Leurs rapports avec les exostoses ostéogéniques. Histogénèse et malignité. — M. Hané : Considérations sur le radiodiagnostic en gastro-entérologie. — M. Poyer : Ostéose cancéreuse diffuse et réactions parathyroïdiennes. — M. Nédelec : Le lipiodol dans l'exploration de la cavité du pneumothorax artificiel.

21 décembre. — M. Ponnier : Rapports de la maladie de Ludeck (atrophie osseuse post-traumatique) avec la loi sur les accidents du travail. — M. Olliéric : Traitement des pancréatites aiguës hémorragiques. — Mlle Ravet : Contribution à l'étude des méningites suppurées des nourrissons. — M. Héry : Résultats de l'apicolyse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Thévand : Sur les rapports de l'hyperthyroïdie avec la tuberculose pulmonaire.

22 décembre. — M. Zographsky : Claudication intermittente des membres et artérite cérébrale. — M. Bours : Contribution à une étude physique, chimique et physiologique des mucilages. — M. Hochfeld : Etude critique de l'action de la diiodotyrosine dans le syndrome de Basedow. Effet thérapeutique comparé avec celui de la solution de Lugol.

23 décembre. — M. Hépineuze : Les chancres syphilitiques géants de la joue. — M. Puymartin : Etude clinique des manifestations épileptiques symptomatiques au cours de la sclérose en plaques. — M. Hassen : L'hypertension artérielle permanente chez les adultes jeunes.

— M. Roussy est nommé doyen honoraire.

— M. Boulin, agrégé, assurera la suppléance de M. le Professeur Marcel Labbé, en congé.

— M. Bariéty, agrégé, est chargé provisoirement de l'enseignement de la pathologie médicale.

— M. Leroux, agrégé, est chargé du cours d'anatomie pathologique. (M. Roussy, dernier titulaire).

Cours de psychiatrie médico-légale élémentaire. — Le Professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de Ppsychiatrie médico-légale élémentaire à la Faculté de droit le jeudi 16 décembre 1937, à 11 heures, amphithéâtre n° 3, et le continue tous les jeudis à la même heure.

Jeudi 6 janvier 1938 : Réactions antisociales des alcooliques. — Jeudi 13 janvier : Réactions antisociales des toxicomanes. — Jeudi 20 janvier : Réactions antisociales des obsédés. — Jeudi 27 janvier : Réactions antiscioales des déments. — Jeudi 3 février : Réactions antisociales des délirants. — Jeudi 10 février Réactions antisociales des épileptiques et des hystériques. — Jeudi 17 février : Réactions antisociales des paranoïaques. — Jeudi 24 février : Réactions antisociales des déséquilibrés et de pervers instinctifs. — Jeudi 3 mars : L'homicide pathologique. — Jeudi 10 mars : Limites du vol morbide. — Jeudi 17 mars : Attentats aux mœurs. — Jeudi 31 mars : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Assistance publique. — *Mutations dans le personnel médical à la date du 26 décembre 1937.* — Médecins : 1° à l'hôpital Necker (remplacement de M. le Docteur Villaret, nommé professeur de clinique propédeutique à l'hôpital Broussais) : M. le Docteur Laederich (mutation intérieure).

A l'hôpital Necker (remplacement de M. le Docteur Laederich) : M. le Docteur Binet (mutation intérieure).

A l'hôpital Necker (remplacement de M. le Docteur Binet) : M. le Docteur Jacquelin de l'hôpital Broussais.

2° A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Docteur Gandy), atteint par la limite d'âge) : M. le Docteur de Gennes de l'hôpital Tenon. A l'hôpital Lariboisière (service de tuberculeux, service nouveau) : M. le Docteur Decourt, titularisé.

3° A l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Docteur de Gennes) : M. le Docteur Haguenau ;

4° A l'hôpital Broussais (remplacement de M. le Docteur Jacquelin) : M. le Docteur Coste.

Chirurgiens : 1° à l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Docteur Baumgartner, atteint par la limite d'âge) : M. le Docteur Küss (mutation intérieure). A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Docteur Küss) : M. le Docteur Desplas, des Ménages.

A la Maison de retraite des Ménages M. le Docteur Madier, titularisé ;

2° A l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Docteur Gernez, décédé) : M. le Docteur Girode, titularisé ;

3° A l'hôpital Beaujon, M. le Docteur Monod (Robert) en remplacement de M. le Docteur Basset.

A l'hôpital Broussais-la-Charité, M. le Docteur Basset en remplacement de M. le Docteur Monod (Robert).

4° A la Maison municipale de Santé (service temporaire) : M. le Docteur Moulonguet, chirurgien des hôpitaux.

5° Chirurgien consultant de la Fondation Paul Marmottan (remplacement de M. le Docteur Madier, titularisé) : M. le Docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux.

Electro-radiologistes de hôpitaux : 1° à l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Docteur Aubourg, limite d'âge) : M. le Docteur Gérard de l'hôpital Boucicaut.

A l'hôpital Boucicaut M. le Docteur Joly, titularisé.

2° A l'hôpital de Vaugirard (remplacement de M. le Docteur Béclère, décédé, M. le Docteur Gally, titularisé.

Stomatologistes : 1° à l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Docteur Rousseau-Décelle, atteint par la limite d'âge) : M. le Docteur Richard de l'hospice de Bicêtre.

A l'hospice de Bicêtre, M. le Docteur Lattes, titularisé ;

2° A l'hospice des Enfants-Assistés (remplacement de M. le Docteur Boissier, décédé) : M. le Docteur Dechame, titularisé.

— Externat (Questions posées). — *Anatomie* : 1° Description et connexions osseuses du scaphoïdetarsien ; 2° Insertions tibiales des ligaments croisés de l'articulation du genou ; 3° Constitution de la paroi postérieure du canal inguinal ; 4° Enumérer les muscles innervés par les branches terminales du nerf obturateur ; 5° Rapports de la face postérieure de la troisième portion (horizontale) du duodénum.

Pathologie médicale : 1° Décrire la douleur spontanée dans une crise de coliques néphrétiques non compliquée ; 2° Décrire la courbe thermique dans une fièvre typhoïde normale, non compliquée et sans rechute ; 3° Signes fournis par la percussion dans une pleurésie séro-fibrineuse gauche de la grande cavité à la période d'état ; 4° Décrire l'expectoration de la grande crise d'œdème aigu du poumon ; 5° Signes fournis par l'examen des pupilles dans le tabès ; 6° Caractères cliniques de l'adénopathie du chancre syphilitique du sillon balamo-préputial.

Pathologie chirurgicale : Signes fournis par l'examen radiologique d'un malade atteint de mal de Pott dorso-lombaire : 2° 2° Signes physiques d'un anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux superficiels :3° Signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen dans l'occlusion intestinale aiguë ; 4° Les symptômes généraux d'une brûlure étendue récente.

Composition du jury. — *Anatomie* : MM. Couvelaire, Sauvage, Lenègre.

Pathologie médicale : MM. Merklen, Launay, Michaux.

Pathologie chirurgicale : MM. Gosset, Gérard, Marchant, Aubry.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Ginestié a été nommé chef de clinique des maladies des voies urinaires.

Val-de-Grâce. — Sont nommés professeurs agrégés :

1° *Section de médecine* :les médecins capitaines Carrot et Coumel, affectés à l'école d'application du service de santé militaire ;

2° *Section de chirurgie* : le médecin capitaine Lacaux, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Amicale des médecins parisiens de Paris. — L'Assemblée générale annuelle s'est tenue le jeudi 9 décembre au Restaurant de la Reine Pédauque. A la suite d'un exquis repas, le Docteur Aubertin, président sortant, fut nommé président d'honneur. Après approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, les nouveaux élus— à la joie de tous — firent apprécier leur talent en un charmant discours.

Le président de l'Amicale pour 1938 est le Docteur Fège.

Etaient présents les Docteurs : Aubertin, Banzet, Blondel, Bongrand, Cachera, Capette, Chenet, Clément, Delinotte, Deniker, Dercq, Doin, Dufour, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Girard, Greder, Guillemin, Laurent Gérard, Le Clerc, Le Savoureux, Lévy (Suzanne), Loubier, Lutaud, Mme Magat-Berger, Merklen, Mock, Molina, Ombredanne (Marcel), Pignot, Pitsch, Poumailloux, Prost, Quiserne, Rodier, Rouhier, Spindler, Talheimer, Thuillant, Valentin, Verchère, Vidal-Naquet, Vimont.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, prière de s'adresser au secrétaire général, Docteur Robert Thuillant, 13, rue de Rennes, Paris (VIe).

Office de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. Les délégués des principales œuvres d'entr'aide médicale se sont réunis récemment, sous la présidence du Docteur Chapon, président de l'Association générale des médecins de France, en vue de la création d'un Office, destiné à coordonner le fonctionnement de ces diverses sociétés.

Etaient représentées les Sociétés suivantes : Association générale des médecins de France (Docteur Jules Bongrand) ; Association confraternelle des médecins français (Docteur O'Followell) ; Association française des femmes médecins (Mlle le Docciation confraternelle des médecins français (Docteur O'Followell) ; teur Blanchier) ; Association des médecins de la Seine (Docteur Genouville) ; Caisse de secours du « *Concours Médical* » (Docteur Vimont) ; Fédération des médecins du front (Docteur O'Followell) ; F. E. M. (Docteur Darras) ; Gallet-Lagoguey (Docteur Jousset) ; Maison du médecin (Docteur Noir) ; Médecine et Famille (Docteur Renaudeaux) ; Mutualité familiale du Corps médical français (Docteur Noir) ; Mutuelle de retraite des journalistes médicaux (Docteur Garrigues) ; Prévoyance médicale (Docteur Busquet) ; Secours syndical (Docteur Cibrie) ; Société centrale de l'A. G. (Docteur A. Touchard) ; MM. Paul Lutaud, secrétaire général de l'A. G. et Paul Boudin, conseiller médico-juridique.

Au cours de cette séance préliminaire, après un exposé de la question par M. Touchard (de l'A. G.), une méthode de travail fut adoptée et une commission, chargée d'étudier et d'établir un projet, a été nommée. Elle est composée de MM. Noir, président, Cibrie, Darras, O'Followell, Touchard et Boudin.

La bonne entente, l'ordre avec lesquels cette question fut abordée, permettent d'assurer que ce projet aboutira à des réalisations immédiates et qu'en ouvrant la voie à d'autres plus lointaines, il se présente comme une œuvre d'avenir féconde pour la meilleure collaboration de nos œuvres d'assistance et de prévoyance.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résutats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires (1)

Par B.-Y. YOVANOVITCH

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Dans ce dernier chapitre nous exposerons d'abord la mortalité de l'iléostomie, nous montrerons ensuite les suites de cette intervention, nous analyserons ses insuccès et nous terminerons par l'étude des fistules persistantes du grêle après iléostomie.

1° Mortalité de l'iléostomie

Dans notre statistique nous notons (tableau I) 30 iléostomies avec 9 morts.

Variété de l'occlusion post-opératoire	Nombre des iléostomies	Nombre des décès	Pourcentage de la mortalité
Toutes les variétés	30	9	30 %
Occlusions immédiates	6	4	66 %
Occlusions précoces	20	5	25 %
Occlusions tardives	4	0	0 %

Soit une mortalité globale de 30 %. Gibson sur 1000 cas rapporte une mortalité de 43 %. Miller note une mortalité de 24 % dans les cas précocement opérés, une mortalité de 52,9 % dans les cas où l'occlusion est nettement constituée, enfin une mortalité de 84 % dans les cas opérés très tardivement. Wortman, sur 27 cas obtient 22 guérisons, soit une mortalité de 18,5 %. Heidenhain note enfin une mortalité de 20 %. On voit donc que les résultats globaux de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires sont excellents, surtout si on se rappelle qu'il s'agit d'occlusions graves, chez des malades toujours épuisés, siégeant patiquement toujours sur le grêle.

***

Dans les occlusions immédiates, occlusions graves de péritonites diffuses, nous notons (tableau I) sur 6 cas 4 morts, soit une mortalité de 60 %. Krogius, dans une statistique de 70 cas, note 23 guérisons, soit une mortalité de 67 %. Hübner opère 29 cas avec 8 guérisons, soit une mortalité de 72,4 %. Conrozier, dans sa thèse, note 8 guérisons sur 14 cas.

Dans les occlusions précoces, par agglutination, nous notons (tableau I) 15 guérisons sur 20 cas, soit une mortalité de 25 %. Dans ces 20 cas on a fait 7 fois une iléostomie minime avec 7 guérisons, 10 fois une iléostomie après exploration avec 6 guérisons et 3 fois une iléostomie associée avec levée de l'obstacle avec 2 guérisons.

Dans les occlusions tardives, mécaniques, nous notons (tableau I) 4 cas d'iléostomie complémentaire avec 4 guérisons.

***

Si nous comparons les résultats de l'iléostomie avec les résultats de deux autres méthodes opératoires dans nos 27 cas d'occlusion post-opératoire précoce, voici ce que nous obtenons :

20 iléostomies, avec 5 morts, mortalité de 25 %,
6 levées de l'obstacle, avec 3 morts, mortalité de 50 %,
1 dérivation interne avec 1 mort.

Ces chiffres montrent nettement la supériorité de l'iléostomie sur la désagglutination et l'entéro-anastomose.

Dans les occlusions tardives, 19 simples levées de l'obstacle nous ont donné 16 guérisons. 4 levées de l'obstacle avec iléostomie complémentaire, 4 guérisons. Nous pouvons conclure que l'iléostomie complémentaire diminue nettement la mortalité de la cure radicale des occlusions post-opératoires mécaniques.

2° Suites de l'iléostomie

Nous avons signalé, à propos des indications, que l'iléostomie était passible d'un reproche important, celui de compter entièrement sur le réveil du péristaltisme. En effet, l'intestin n'est pas un tuyau inerte capable de se vider seul. Un cas de Boppe est à ce point de vue très démonstratif : la sonde ne donna rien le premier jour, donna lieu à une débâcle le deuxième, mais le malade mourut avant de guérir si l'on peut dire. Dans deux de nos observations, l'iléostomie n'évacua que le contenu de l'anse fistulisée, après quoi, elle ne donna rien. Aussi insisterons-nous maintenant sur la nécessité d'un traitement médical post-opératoire très serré. En effet, nous croyons que ce traitement post-opératoire est aussi important que la fistulisation elle-même et nous pensons qu'il faut réveiller, au besoin brutalement, le péristaltisme intestinal. Il n'y a aucune raison d'en redouter les effets, lorsqu'il existe une issue au contenu intestinal.

Nous croyons qu'il faut d'abord exciter le grêle au voisinage de la fistule. Pour cela, sitôt l'opération finie, on fera une injection intraveineuse de 30 c. c. de sérum salé hypertonique à 20 %, et immédiatement après, on injectera par la sonde 500 c. c. d'eau hypersalée, méthode de notre maître, M. le Professeur Gosset. Si au bout d'une heure on n'obtient aucun résultat, on fera une deuxième injection par la sonde, au besoin une troisième, s'il le faut. Presque toujours, en quelques heures on aura des évacuations abondantes de plusieurs litres. Et le deuxième jour on administrera une purge saline ou bien un lavement purgatif. L'amélioration est habituellement très rapide.

Cependant, il arrive quelquefois que la sonde, malgré ce traitement post-opératoire énergique ne donne rien ou cesse de donner. Il faut alors conclure soit à la paralysie complète des anses avoisinant la fistule, soit à une bouche mal placée. Dans les deux cas, il ne faut pas s'attarder au traitement médical, il faut faire *une deuxième iléostomie* plus haute, suivie immédiatement d'une injection par la sonde de l'eau hypersalée. Au bout de combien de temps faut-il faire cette deuxième iléostomie ? Hübner l'avait faite une fois quelques minutes après la première et une autre fois deux heures après ; dans les deux cas le malade guérit. R. Bernard rapporte également une observation très instructive à ce point de vue, où une première iléostomie de la fosse iliaque droite cessa de doner au bout de quelques jours et les accidents recommencèrent ; une deuxième iléostomie para-ombilicale gauche amena l'évacuation d'énormes quantités des liquides et entraîna la guérison. Mocquot et Padovani rapportent une observation presque analogue. Voici une de nos observations où l'on fut obligé de faire une deuxième iléostomie :

Occlusion précoce après hystérectomie subtotale. Iléostomie dans la fosse iliaque gauche. Amélioration des accidents occlusifs. Six jours après, la sonde s'arrête de fonctionner ; on essaie de la débloquer par une injection de l'eau hypersalée dans la fistule, mais sans succès. L'occlusion se complète et, trois jours après, on refait une deuxième iléostomie. Ecoulement de plusieurs litres de liquide intestinaux n'a pas empêché la mort rapide.

Nous croyons que cette deuxième iléostomie a été faite trop tard : malgré une évacuation extrêmement abondante, elle n'arrivait pas à lutter contre l'intoxication profonde. On peut donc conclure, qu'en cas d'insuccès d'une première

(1) V. Indications... *Progrès Médical*, 4 déc. 1937 ; Technique.... *Progrès Médical*, 11 déc.

iléostomie, il faut faire une deuxième fistule plus haut placée, et il faut la faire le plus rapidement possible, sans attendre l'apparition de l'intoxication grave et de la paralysie totale du grêle.

3° Analyse des insuccès de l'iléostomie

Nous avons exposé plus haut que la mortalité globale de l'iléostomie dans notre statistique était de 30 %. Sur 30 cas nous avons perdu 9 malades.

L'analyse de ces 9 observations montre nettement que la cause majeure des insuccès de l'iléostomie chez nos opérés était une intervention trop tardive. Dans 6 cas les malades ont été opérés *in extremis*, avec une distension énorme, une paralysie intestinale totale, une intoxication profonde et souvent une infection très marquée. Dans tous ces cas, la fistule iléale n'avait qu'à peine fonctionné, et le soulagement subjectif n'avait jamais, ou presque, été remarqué. Il faut donc, une fois de plus, insister sur l'importance fondamentale de l'intervention précoce.

L'anesthésie a certainement joué un rôle dans la mortalité. Dans 5 cas, opérés tardivement, l'éther avait été administré et a sûrement contribué à l'augmentation de la mortalité.

Enfin, la technique de l'iléostomie avait joué un certain rôle. Dans 6 cas, une exploration plus ou moins longue avait été faite, avec levée de l'obstacle hypothétique, et tout cela chez des malades très fatigués, endormis à l'éther. Dans ces 6 cas, la technique de Witzel avait été employée et la fistule n'avait, bien entendu, jamais fonctionné. Nous avons suffisamment insisté sur les inconvénients de Witzel, surtout dans les occlusions immédiates et précoces opérées tardivement. Nous avons dit que ce procédé n'était indiqué que dans les cas opérés précocement, et uniquement dans les iléostomies associées à la levée de l'obstacle mécanique. Nous avons suffisamment insisté sur la nécessité d'une fistulisation large, surtout dans les formes avancées avec gros ballonnement et une paralysie subtotale de l'intestin grêle.

4° Fistules persistantes du grêle après iléostomie

En parcourant la littérature aussi bien française qu'étrangère on est frappé de voir si peu de travaux publiés sur les fistules persistantes du grêle après l'iléostomie. Il s'agit cependant d'une question d'importance pratique considérable, car beaucoup d'auteurs insistent sur la fréquence de ces fistules, sur leur gravité vitale et sur l'inefficacité de leur traitement chirurgical.

***

Il y a assez longtemps que Schwartz a insisté sur la fréquence de la guérison spontanée des fistules après iléostomie, guérison due à la tendance naturelle qu'a tout organe mobile de la cavité péritonéale de détacher ses adhérences. Plusieurs statistiques sont venues confirmer la fréquence de cette guérison spontanée. Wortmann, sur 27 cas, note 24 fermetures spontanées ; Hübner, sur 32 cas, 31 guérisons spontanées, B. Bernard sur 5 cas, 5 guérisons spontanées ; Mocquot et Padovani, sur 10 cas, 10 fermetures spontanées ; Brunner, sur 10 cas, 8 fermetures spontanées ; Krogius, sur 23 cas, 18 guérisons spontanées. Dans notre statistique, sur 21 iléostomies terminées par la guérison, la fistule s'est fermée spontanément 14 fois :

Une fois au bout de 10 jours ;
Trois fois au bout de 15 jours ;
Trois fois au bout de 30 jours ;
4 fois au bout de 60 jours ;
3 fois la date n'a pas été précisée.

Nous pouvons donc conclure, que la fermeture des fistules après iléostomie se fait spontanément à peu près dans trois quarts des cas et que cette fermeture spontanée se fait presque toujours à la fin du premier et au cours du deuxième mois.

***

Comment se comportent les fistules qui persistent ? Quels sont les troubles qu'elles entraînent ? Voilà les deux questions sur lesquelles nous répondrons maintenant.

Analysons d'abord les faits expérimentaux. Alglave, en 1906, fait chez 3 chiens et un porc une fistule totale de la terminaison du grêle et conclut : « L'exclusion totale du gros intestin avec anus sur la terminaison du grêle est une opération qui entraîne la mort du chien en 8 à 10 jours et celle du porc en 30 jours, avec une perte de poids considérable chez l'un et chez l'autre. Chez le premier la perte de poids a été du tiers du poids total avant l'opération et chez le second de la moitié. L'animal opéré mange jusqu'aux approches de la mort, mais il meurt plus vite que s'il était soumis à l'inanition simple sans opération. » Frappés par les résultats de ces expériences, nous avons voulu faire une vérification, mais très vite nous nous sommes rendus compte que c'était inutile, car la question avait été expérimentée sur une large base par les auteurs américains : Orr et Haden, Stone, Cattel, Jordan et Kiefer, Judd et d'autres. Les expériences des auteurs américains ont montré, qu'à côté des cas où l'animal maigrit et meurt au bout d'un mois, il y a des cas, beaucoup plus nombreux, où l'animal présente une survie de plusieurs mois. Denis, dans sa thèse, montre qu'une fistule jéjunale tue les animaux en 2 à 5 jours et que les modifications humorales y sont beaucoup plus rapides et plus accusées que celles de l'occlusion au même niveau. Le même auteur établit chez 4 chiens une fistule totale de la terminaison du grêle et conclut : « Contrairement à ce que nous avons vu à propos de la fistule jéjunale haute qui est rapidement mortelle, la fistule iléale basse est parfaitement compatible avec la vie. Ainsi, chez 4 chiens, 3 étaient encore en vie 16, 29, 55 jours après leur opération, et le quatrième était encore en vie 72 jours après. La fistule iléale basse n'entraîne pas de modifications humorales et est compatible avec la vie ».

A propos d'une communication assez récente de Férey à l'Académie de chirurgie, sur « la fermeture précoce des anus portant sur le grêle », il s'est ébauché une discussion sur la gravité des fistules du grêle. Pour Alglave et Férey, quand la totalité ou presque la totalité du contenu intestinal vient de sortir, pour telle ou telle raison, par la fistule grêle, celle-ci n'est pas moins grave chez l'homme que chez l'animal. Pour Soupault, si la fistule terminale du grêle est mortelle chez le chien, elle ne l'est à coup sûr pas chez l'homme. Lardennois trouve bien pessimistes les considérations d'Alglave ; pour lui, si les fistules ne sont pa établies paradoxalement haut, elles sont toutes pénibles qu'elles soient, d'ordinaire parfaitement compatibles avec la vie, chez l'adulte et même chez l'enfant. Rouhier considère les fistules iléales comme relativement bénignes et il se rapproche ainsi des idées exprimées par Lardennois et Soupault.

Tschmarke, dans une étude remarquabe sur les fistules totales du grêle, montre que, dans 27 cas de fistule totale de l'iléon, l'inanition très intense a existé 13 fois (presque 50 %). Sur ces 13 cas avec inanition, 6 malades sont morts d'inanition avant même la tentative de la cure de la fistule ; 3 malades sont morts après cette tentative. Dans les autres 14 cas, l'inanition a été complètement absente et l'auteur a pu, sans souci, attendre la guérison des ulcérations cutanées.

Nous avons, d'autre part, recherché dans la littérature américaine les résultats de l'iléostomie dans le traitement des colites graves. Stone, qui considère l'iléostomie comme le meilleur moyen thérapeutique des colites graves, écrit : « La fistule totale de l'iléon n'a pas d'inconvénients, car l'inanition est exceptionnelle, les lésions cutanées très rares. Le contenu intestinal d'abord liquide, devient demi-solide. La fistule fonctionne bien et régulièrement ». Cattel, dans une communication sur le traitement des côlites graves écrit : « On a fréquemment dit et répété que l'iléostomie définitive créait un état déplorable. Je n'ai presque jamais vu un état d'inanition très marquée. La fonction d'absorption du colon est fréquemment compensée par l'absorption de l'iléon. La plupart de nos malades, avec iléostomie totale définitive, ont repris une vie normale ». Jordan, Kiefer et Winkelstein ont fait des constatations analogues.

Si nous analysons maintenant nos 7 cas de fistule persis-

tante après iléostomie, nous constatons que la dénutrition a existé dans 2 cas ; dans un troisième, elle a existé, mais elle a été minime. Dans aucun de ces cas, la dénutrition n'avait causé la mort. Nous avons eu, d'autre part, l'occasion de voir et de suivre l'évolution de 3 cas de fistule totale du grêle : un cas chez un enfant de 6 ans, un autre chez une fille de 12 ans, le troisième chez une femme de 68 ans. Dans aucun de ces 3 cas, malgré une dérivation externe complète et prolongée du contenu du grêle, on a observé aucun signe de cachexie.

Que pouvons-nous conclure de ces faits souvent très contradictoires ? Tout d'abord il faut faire une différence essentielle entre les fistules hautes et les fistules basses.

Les fistules hautes, jéjunales — tout le monde est d'accord — sont graves et même très graves. Ces fistules livrent passage en totalité ou en partie aux liquides ingérés, au suc gastrique et duodénal, à la bile et au suc pancréatique. Les conséquences locales et générales sont très néfastes : 1° digestion rapide des tissus par la tripsine, extension de l'orifice externe, ulcérations cutanées ; 2° infection du trajet de la paroi jéjunale qui met dans les plus mauvaises conditions pour réintervenir localement et suturer le jéjunum ; 3° amaigrissement et cachexie rapides liés avant tout à la perte des sécrétions gastrique, pancréatique et biliaire. Dans les fistules totales l'évolution est déplorable et brûle les étapes. Dans les fistules partielles le traitement peut aboutir à la guérison ; cette éventualité est assez rare et beaucoup de fistules minimes peuvent s'agrandir et s'aggraver.

Toutes différentes sont les fistules basses, de la terminaison du grêle. Elles sont bénignes et même souvent très bénignes. Ces fistules, suivant leur calibre, livrent passage en totalité ou en partie au contenu intestinal contenu d'abord liquide puis demi-solide. Les conséquences locales et générales sont minimes : irritation à peine marquée de la peau autour, un peu d'infection du trajet autour, amaigrissement toujours peu marqué, souvent absent. Dans les fistules iléales totales, la fonction du transit peut se régulariser, et souvent ces malades ont 2 ou 3 selles par jour et pas une la nuit. L'irritation cutanée apparaît d'une façon intermittente, mais le degré d'irritation ne dépasse jamais celui qu'on observe au cours des anus cœcaux. La fistule peut durer plusieurs années, sans causer aucun mal et plusieurs malades de Cattel se sont très bien accommodés à cette infirmité très supportable « et mènent une existence quasi-normale ». Dans les fistules iléales partielles tout s'arrange, en général, très bien au bout de 3 à 4 semaines, en dehors, bien entendu, des cas où un obstacle infranchissable empêche cette évolution favorable. En somme, fistules bénignes, comparables aux fistules cœcales. Nos observations, les observations de Lardennois et celles de Rouhier en sont les exemples typiques.

Entre ces deux extrêmes, fistules jéjunales hautes, fistules iléales basses, il faut faire une large place aux fistules de la partie moyenne du grêle. C'est la méconnaissance de la fréquence de ces fistules après iléostomie minime dans les occlusions intestinales qui est, à notre avis, la grande cause des discussions sur la gravité réelle des fistules iléales. Ces fistules peuvent livrer passage à la bile, au suc duodénal et pancréatique, ce qui explique la fréquence de la digestion de la paroi et de l'amaigrissement avec cachexie. L'existence de cette variété de fistules explique les considérations pessimistes de certains auteurs sur les fistules iléales basses, explique également que 13 malades sur 27 de Tschmarke présentaient un état de dénutrition très marquée.

***

La meilleure conduite thérapeutique en présence d'une fistule du grêle semble aujourd'hui la suivante :

Si la fistule est petite, latérale et incomplète, l'écoulement peu abondant, si l'état général permet d'attendre, il faut se contenter d'abord du simple traitement médical. Ce dernier doit avoir un triple objectif : réduire l'abondance de l'écoulement, protéger la peau contre la digestion des liquides intestinaux, lutter contre la dénutrition. Sous l'influence de ce traitement médical, la fistule se ferme souvent spontanément. Si la fistule persiste, si l'écoulement augmente et surtout si l'état général s'altère, il faut recourir au traitement chirurgical. C'est dans ces fistules incomplètes et qui persistent que certains auteurs ont proposé la fermeture extra-péritonéale (Lenormant). Cette dernière exige évidemment des indications moins strictes. Nous croyons que si l'on a attendu suffisamment pour que la fermeture spontanée ne puisse plus être espérée, il est inutile de passer par ce stade préliminaire qui offre très peu de chances de guérison et prolonge de façon certaine la durée de la cure. L'excellence des résultats de la fermeture intrapéritonéale, la bénignité de cette intervention dispensent d'avoir recours aux méthodes imparfaites et infidèles qui n'ouvrent pas le péritoine et qui ne modifient pas de façon réelle les conditions de la fistule.

Si la fistule est volumineuse, axiale et totale, la conduite à tenir est beaucoup plus difficile. Les uns préconisent dans tous les cas une intervention précoce. Les autres attendent systématiquement la guérison des lésions cutanées. Nous croyons qu'il est capital de distinguer ici les fistules hautes avec dénutrition menaçante et les fistules basses compatibles pendant longtemps avec un bon état général. Dans les fistules avec dénutrition (fistules du jéjunum, fistules de la partie moyenne du grêle), il faut opérer assez rapidement. Nombreux sont, en effet, les cas où le chirurgien, devant l'état souillé de la peau, l'infection profonde, l'atteinte de l'état général, n'a pas osé intervenir de crainte de péritonite et a laissé mourir son malade de cachexie. Le moment le plus favorable de la fermeture de ces fistules semble être le moment situé entre la fin de l'amélioration de l'occlusion et le commencement de dépérissement, c'est-à-dire entre le cinquième et le huitième jour de l'établissement de la fistule (Tschmarke). Certains chirurgiens, par la crainte de l'opération en milieu septique, préconisent une entéro-anastomose avec exclusion par laparotomie en zone saine, à distance de la fistule. Nous croyons que ces anastomoses sont inefficaces et souvent dangereuses, car elles ne permettent pas d'éviter la déperdition des liquides intestinaux et la cachexie de l'opéré. Nous pensons que ces interventions doivent être abandonnées, car l'apparence souillée, infectée, sanieuse parfois de la peau autour de la fistule est plus sale que septique, plus répugnante que dangereuse. Il ne faut pas avoir crainte d'inciser dans la région de la fistule et de faire une opération radicale, entérectomie, suivie d'une suture bout à bout, parfois d'un bouton anastomotique si l'état général du malade est inquiétant. Très souvent le résultat sera parfait, le malade guérira même sans incident pariétal. Les observations de Férey en sont le meilleur argument. Deux de nos malades, opérés en pleine phase de digestion pariétale, ont guéri rapidement et simplement. Dans les fistules sans dénutrition (fistules de la terminaison de l'iléon) il ne faut pas se presser pour opérer, il faut attendre pour trois raisons : remonter complètement le malade, guérir les lésions cutanées et surtout obtenir la disparition complète de la péritonite adhésive subaiguë qui étrangle la terminaison de l'iléon et rend sa perméabilité douteuse. La cure ultérieure (4 de nos malades ont été opérés au bout d'un mois, 2 au bout de deux mois et 1 au bout de trois mois), qui sera toujours la fermeture intra-péritonéale, donnera dans ces conditions des succès constants.

***

Les résultats du traitement chirurgical des fistules persistantes du grêle après iléostomie pour occlusion intestinale sont excellents, à condition de faire cette fermeture au bon moment et de la faire par le procédé intra-péritonéal. Sur 7 cas, nous avons eu 7 guérisons. Sur 8 cas, Férey a eu 8 guérisons. Tschmarke, sur 21 cas, a perdu 4 malades, tous les 4 opérés *in extremis*, en pleine inanition.

La fistule persistante du grêle, le plus fort argument des adversaires de l'iléostomie dans les occlusions post-opératoires, apparaît ainsi sans gravité : elle est rare ; elle donne le minimum de dénutrition ; elle guérit toujours par un traitement chirurgical correct.

TRAVAUX CONSULTÉS

ALAPY. *Arch. f. klin. chir.*, Bd. XCI. — ALGLAVE. *Revue d'Orthop.* 1906 ; *Arch. de gyn. et de chir. abd.*, 1907 ; Discussion à la Soc. nat. chir., 6 juin 1928 et 14 nov. 1934. — ARMOUR et OTHERS. *British Journ. Surg.*, 1931, p. 467. — ARNAUD. Thèse de Lyon, 1911. — ARROU. *Bul. Soc. nat. chir.*, 15 juin 1927. — AUSPACH. *J. A. M. A.*, 1918, p. 785. — AUTEFAGE. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 7 déc. 1927. — AUVRAY. *Soc. Nat. chir.*, 19 mars 1924. — BAKER. *Ann. of Surg.*, mai 1931. — BARRET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 12 oct. 1932. — BARTH. *Deutsch. med. Wsch.*, 1905, n° 10. — BASSET. *Bull. Soc. Nat. chir.*, 14 nov. 1934. — BEASLEY. *J. M. A. Georgia*, déc. 1928. — BÉRARD *Bul. Soc. Nat. chir.*, 22 déc. 1920. — BERNARD R. *Revue de chir.*, 1933, p. 606. — BIER, BRAUN, KUMMEL. — Operations lehre, 4. u. 5 aufl. 1926. — BOIT-BRUNS. *Beitr. z. klin. chir.*, t. 125, 1922. — BOPP. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 2 avril 1927 et 23 mars 1927. — BRAINE. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 déc. 1933. — BROWN. *Edimbourg M. J.*, 1924, p. 663. — BRAUN. *Klin. Wsch.*, 16 avril 1925. — BRAUN et WORTMANN. *Der* Darmverschluss, Berlin, Springer, 1924. — BRUNNER. *Schweiz. med. Wsch.*, 1921. — BUSCH. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, Bd 74. — BURGKHARDT. *Arch. f. gyn.*, t. 161, 1936. — BUMM. Der chirurg., 1930. — CATTEL. *Journ. of the A. M. A.*, 12 janv. 1935. — CHOSSON. Thèse de Montpellier, 1927. — CIGNOZZI. *Policlin.*, Roma, t. 31, p. 629. — CALCAGNO. *Jour. de chir.*, t. 22, 1923. — CLUTE. *Surg. clin. of North America*, 1er février 1928. — COLP. *Ann. of Surg*, déc. 1923. — COMBIER et MURARD. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 22 nov. 1929. — CONROZIER. Thèse de Lyon, 1919-1920. — COSTA. *Riv. san. siciliana*, 15 mars 1936. — CONSTANTINI et DUBOUCHER. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 7 févr. 1923. — COTTE et BERTRAND. *Lyon chir.*, mai-juin 1928. — COULOIS. Thèse de Lyon, 1921. — CUNÉO. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 15 juin 1927. — DELORE, MALLET-GUY et CREYSSEL. *Presse méd.*, 16 sept. 1925. — DEMME. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, nov. 1926. — DENIS. Thèse de Lyon, 1928-1929. — DUJARIER. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 1924. p. 393. — DUCHET SUCHAUX. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 déc. 1933. — DUDLEY. *Ann. f. Surg.*, 1926, t. 84. — DUBS. *Schw. med. Wsch.*, 1921. — DUNCOMBE. *Bul. Soc. Nat. chir.*, t. 59, p. 1047. — DURANTE. *Arch. Itali. di chir.*, 1928, p. 254. — EHLMAN et HARTMAN. *Surg. gyn. and Obst.*, sept. 1931. — ERDMANN CHEEVER et DAVID. *Bost. med. jour.*, sept. 1915. — FÉREY. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 14 nov. 1934. — FUHR et WESENER. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, Bd. 22, 1886. — GANGOLPHE. *Bul. Soc. chir. de Lyon*, 1904, p. 1184. — GAYET. *Lyon chir.*, janv. 1911. — GAUDIER. *Bul. Soc. Nat., chir.*, déc. 1921. — GIBSON. *Am. J. of Surg.*, 1926, p. 79. — GERHART. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, Bd. 74. — GLANAN. *Ann. of Surg.*, n° 5, p. 897. — GOSSET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 déc. 1933. — GUIBAL. *Presse Méd.*, 4 avril 1935. — GUILLEMINET et GUÉRIN. — *Lyon chir.*, 1920. — HADEN et ORR. *Ann. of Surg.*, 1922, t. 75, p. 793. — HABERER. *Wien. klin. Wsch.*, 1909. — HABERLAND. *Der chirurg.*, mai 1930, p. 409. — HANDLEY. *The Brit. Med. Journ.*, nov. 1925. J. A. M. A., janv. 1936. J. A. M. A., mars 1936. — HARTWEL. *Ann. of Surg.*, 1913, p. 405. — HALSTEDT. *Ann. of Surg.*, t. 75, p. 356. — HARTET. *Zentralbl. f. chir.*, 1925, p. 1107. — HEIDENHAIN. *Arch. f. klin. chir.*, 1902. — HENDON. *Ann. of Surg.*, juillet 1931. — HOSEMANN. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, 1931, p. 345. — HÜBNER. *Bruns Beitr. z. klin. chir.*, t. 134, p. 719. — HUET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 20 oct. 1936, 22 mai 1935, 13 déc. 1933, 6 déc. 1933. — INGEBVIGSTEN. *Soc. Nat. chir.*, 27 oct. 1920. — JORDAN et KIEFER. *An. Rep. of the A. gastroenterol Ass.*, 1933, p. 61. — JOUBERT. Thèse de Paris, 1926. — KAREWSKI. *Berlin. klin. Wsch.*, 1920, n° 23. — KROGIUS. *Deutsch. Zeitschr. f. chir.*, Bd. 112. — KANTOR. *Zentralbl. f. chir.*, 1928. — KAPPIS. *Munch. med. Wsch.*, 1911. — LARDENNOIS. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 juin 1928, 14 nov. 1934. — LASTRA. *Ann. di chir.*, oct. 1929. — LEMPERG. *Arch. f. klin. chir.*, 23 sep. 1924. — LUND. *The Journ. of the A. M. A.*, 1903, p. 74. — LENORMANT. *Bul Soc. Nat. chir.*, 1912, p. 1167. — MAISONNET. *Bul. Soc. Nat. chir.* 1928, p. 816. — MATHIEU. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 12 mars 1924. — MAYER. *Munch. med. Wsch.*, oct. 1924. — MELCHIOR. *Berlin. klin. Wsch.*, 1920, p. 56 ; *Zentralbl. f. chir.*, 1925, p. 2050 ; *Wien. med. Wsch.*, 12 juillet 1930. — MIGINIAC. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 30 nov. 1921. — MÉTIVET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 déc. 1933. — MOCQUOT et PADOVANI, *Journ. de chir.*, t. 44, juillet 1934. — MOCQUOT. *Bul. Soc. Nat. chir.*- 26 jan. 1935. — MORTON. *Ann. of Surg.*, 1932. — MOSSÉ et DOUBRERE. *Gyn. et Obst.*, sept. 1924. — MOULONGUET et DECARIE. *Union Méd. du Canada*, févr. 1934. — MOULONGUET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 28 oct. 1936. — NAEGLE. *Bruns Beitr. z. klin. chir.*, Bd. 88. — OKINCZYC. *Soc. Nat. chir.*, 12 déc. 1923 et 15 juin 1927. — ORR. *J. A. M.A.*, 21 oct. 1933. — OUDARD. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 1924. — PAUCHET. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 23 déc. 1903. *Paris chir.*, jan. 1925. *Rev. de chir.*, mai 1932. — PERTHES. *Arch. f. klin. chir.*, oct. 1925. — PAULUS. *Munch. med. Wsch.*, 1919, p. 233. — PETERSON. *Edimb. Med. Journ.* déc. 1924. *Ann. of Surg.*, janv. 1930. — PETREN. *Acta chir. scand.* 1932, p. 345. — PENOT. *Bul. Soc. Nat. chir.*, mars 1924. — POTO. *Ann. of Surg.*, mars 1936. — PORTER. *Ann. of Surg.*, oct. 1914. — PRETO. *Arch. di chir.*, 1933, p. 686. ROUX-BERGER. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 26 avril 1922, 19 mars 1924, 28 oct. 1936. — ROUHIER. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 28 nov. 1934. — SABADINI. *Presse Méd.*, 12 août 1933. — SAUVÉ. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 19 mars 1924. — SCHEY. *Wien. med. Wsch.*, 13 juillet 1935. — SCHELLEY. *Arch. of Surg.*, nov. 1932. — SCHLOESSEMANN. *Zentralbl. f. chir.*, 1922. — SICK. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, Bd. 100. — STEIGER. *Wien. med. Wsch.*, 1935, p. 829. — SAINT-CYR. Thèse de Paris, 1935. — STUBENRAUCH. BRUNS. *Beitr. z. klin. chir.*, Bd. 83. — SOUPAULT. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 14 nov. 1934 et 28 nov. 1934. — STONE. *Ann. of Surg.*, mars 1923. — TAYLOR. *Surg. gyn. and. obs.*, févr. 1924. — TSCHMARKE. *Arch. f. klin. chir.*, t. 169, avril 1932. — VAN BEUREN et SMITH. *Ann. of Surg.*, août 1927 et sept. 1929. — VERGOS. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 7 déc. 1927. — VIALLE. *Gaz. med. France*, février 1934. — VONCKEN. *Soc. Nat. chir.* 15 juin 1927. — VIANNEY. *Bul. Soc. Nat. chir.*, 6 juillet 1927. — WALZBERG. *Med. Klinik*, 1918. — WANGENSTEEN. *Ann. of Surg.*, juin 1933. — WORTMANN. *Med klinik.* 1921. — WINKELSTEIN et WALTER. *Ann. Rep. of the Am. Q. E. Ass.*, 1933, p. 61.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

La pharyngite chronique

La pharyngite chronique semble bien à l'abri de toute innovation ; elle n'a pour ainsi dire pas d'histoire ; on la signale sans insister outre mesure dans les traités de pathologie ; le praticien la considère comme une petite infirmité sans gravité et le spécialiste ne s'y intéresse que dans la mesure où les amygdales sont atteintes.

Le terme de pharyngite chronique, aussi bien que celui de pharyngite granuleuse, est, en réalité trop étriqué, trop restreint ; il n'y a pas une pharyngite isolée, mais bien une rhino-pharyngite avec participation du cavum et, à peu près nécessairement, des amygdales, des trois amygdales, tant palatines que pharyngée ; on constate, une fois de plus, le mauvais service que nous rend la mise en chapitres des maladies, avec des divisions bien nettes qu'ignore la nature. Donc localement, la pharyngite isolée n'existe pas et elle s'accompagne ou se complique d'une inflammation ou, si l'on préfère, d'une infection de toute la muqueuse du voisinage.

Ce n'est pas tout ; on aurait tort de croire que la rhino-pharyngite, conception élargie de la pharyngite classique, reste à son tour une affection locale. On connait évidemment les complications de voisinage, bien qu'elles relèvent plutôt de la spécialité : infection de voisinage du larynx qui casse la voix ou de la trompe d'Eustache qui voue à la surdité ; on parle quelquefois des adénopathies cervicales, mais en les rattachent plutôt au lymphatisme, cause commune. Il est cependant un certain nombre de complications lentes et sournoises, sur lesquelles l'attention n'a, pour ainsi dire jamais été sinon appelée du moins retenue.

Si nous examinons la gorge d'un sujet atteint de rhino-pharyngite chronique, nous aurons bien de la malchance, si nous n'apercevons pas, sur la paroi postérieure du pharynx, une mucosité visqueuse, blanchâtre ou semi-transparente ; c'est la fameuse mucosité du matin au lever, celle du soir au coucher, celle qui se détache quand on passe de la position horizontale à la verticale ou réciproquement ; le matin au réveil le sujet graillonne, il ne parvient à libérer son rhino-pharynx de ce corps étranger qu'après des efforts de toux violents et prolongés. Une comparaison nous rendra compte des particularités de l'expulsion : une mucosité dans les petites bronches, c'est un peu comme une boulette d'argile dans une sarbacane ; une mucosité dans le rhino-pharynx ou la partie supérieure de la trachée, c'est comme de la gomme arabique dans un verre de lampe ; essayez d'expulser cette colle en soufflant et vous m'en direz des nouvelles. Il n'est donc pas facile de se débarrasser d'une mucosité pharyngée et nous pouvons nous demander ce qu'elle devient quand on n'y arrive pas ou quand on n'y pense pas, dans le sommeil par exemple. N'oublions pas que la sécrétion pathologique du rhino-pharynx est continue ou presque.

Il reste deux voies d'évacuation, ce sont les voies respiratoires et les voies digestives, les premières par glissement la nuit,

les secondes par déglutition le jour. Ce sont là des différences un peu trop tranchantes ou tranchées, qui n'ont d'autre but que d'attirer l'attention sur deux dangers possibles.

Dans la première et la seconde enfance, ce sont surtout les complications respiratoires qui frappent ; les rhumes succèdent aux grippes, les grippes aux angines et ainsi de suite : seule la saison chaude est bonne et encore ; un jour ou l'autre, la rhino-bronchite descendante finit par s'installer avec toutes ses conséquences, morbides et sociales.

A l'âge adulte, au contraire, les mucosités s'évacuent principalement par les voies digestives ; le sujet a la voix qui s'assourdit brusquement, il déglutit et la voix s'éclaircit de nouveau. Si l'on fait le compte du nombre de mucosités ainsi avalées d'une part et si l'on veut bien tenir compte de leur état d'infection, d'autre part, on n'aura pas de peine à se représenter le danger que présente cet état de choses pour l'estomac, le foie et l'intestin ; il y a là une cause permanente d'embarras gastriques, de crises hépatiques, d'entérites à laquelle il suffit de penser pour en mesurer toute l'importance. Non seulement les troubles digestifs sont provoqués, mais encore ils sont entretenus.

En dehors des troubles respiratoires ou pulmonaires signalons enfin l'intoxication générale causée par la résorption de germes ou de sécrétions microbiennes au niveau de muqueuses, qui ne sont pas adaptées à une lutte anormale.

Si l'on considère qu'un enfant peut combiner à la fois l'infection de voisinage des oreilles, l'infection à distance des bronches et de l'intestin et enfin l'intoxication générale, on ne s'étonnera point si son développement physique et intellectuel sont entravés sinon compromis, sans même tenir compte de la diète d'oxygène pas obstruction. On ne sera point surpris non plus si un adulte finit par être atteint de bronchite chronique ou d'entérite également chronique quand il a résorbé ses mucosités pendant seulement quinze ou vingt ans, et s'il résiste aux traitements les plus savants et les mieux dirigés.

Telle est la pathologie schématisée de la muqueuse pharyngée ; elle ne s'éclaire vraiment que si on la superpose à sa physiologie. On tend actuellement à admettre la thèse suivante :

A l'état normal, donc physiologique pur, la muqueuse pharyngo-amygdalienne est douée d'une immunité locale, qui est suffisante pour réduire à l'innocuité, en les maintenant dans une situation parasitaire ou saprophytique, les germes qui pullulent en permanence. Cette résistance est due à trois facteurs qui sont : le renouvellement permanent de l'épithélium par l'apport de cellules jeunes et vigoureuses, le nettoyage mécanique par une salive bactéricide et l'antagonisme, qui aboutit à leur neutralisation, entre les diverses espèces microbiennes.

Derrière la muqueuse existe une seconde ligne de défense constituée par le tissu lymphoïde ; ce tissu réagit à la fois contre les germes et contre les toxines, qui ont franchi le barrage de la muqueuse ; en réagissant, il s'hypertrophie ; en s'hypertrophiant, particulièrement au niveau de l'amygdale pharyngée, il constitue un obstacle à la respiration nasale, qui, par un cercle vicieux, augmente le catarrhe.

Il est facile de se rendre compte que ce processus est l'apanage de sujets un peu tarés, soit par la syphilis, soit par la tuberculose, soit par une diathèse quelconque ; le lymphatisme est assez souvent invoqué, bien qu'il soit assez mal défini ; au point de vue particulier qui nous occupe on le considérerait comme une déficience du système lymphoïde avec une certaine apparence de vérité. Quoi qu'il en soit l'amygdale, palatine ou pharyngée, tend à remplacer la qualité par la quantité.

L'hypertrophie, processus de défense, est le résultat d'une lutte locale où l'agression est tenue en respect ; mais l'organisme intervient d'une autre manière plus active. Dans une première phase, qui comprend l'enfance, les amygdales sont des foyers d'infection et d'intoxication générales. Les germes ont une action surtout pathogénique. Petit à petit, l'organisme acquiert une immunité croissante et, dans une seconde phase, à l'âge adulte, les microbes prennent une valeur antigénique. L'infection locale passe alors au second plan et ne se manifeste plus — et encore sournoisement — que par ses effets secondaires et fâcheux sur le tube digestif.

De ce qui précède on retiendra que la pharyngite chronique doit être recherchée, tant à l'âge adulte que dans l'enfance, ne fût-ce que pour l'éliminer dans les cas chroniques dont l'origine demeure obscure.

Contre la pharyngite chronique, il n'existe pour les classiques aucun traitement d'une efficacité quelconque ; suivant l'adage on n'en meurt pas, mais on meurt avec. Par contre, on arrive à lutter plus efficacement contre l'infection des amygdales ; les interventions chirurgicales donnent fréquemment d'excellents résultats ; elles ne sont point cependant sans donner lieu à deux critiques ; elles enlèvent une partie — et une partie seulement — des tissus infectés ; elles sont suivies, après une période d'amélioration, d'une nouvelle reprise du processus d'hypertrophie du tissu lymphoïde restant.

Les échecs, subis par les oto-rhino-laryngologistes, ont ramené l'attention sur la possibilité de traiter médicalement une infection locale par la vaccinothérapie, dont la technique est en progression constante. Le Professeur Vittorio Rossi, de la Faculté de Pavie, a repris la question et il nous communique ses résultats dans la *Clinica Pediatrica* (an XVIII, fascicule XII), sous le titre : *La patogenesi delle infezioni cronico-recidivanti del rino-faringe e la desensibilizzazione vaccino-terapica.* Frappé par les résultats obtenus dans la prévention des infections des voies respiratoires avec les vaccins polyvalents dits antigrippaux, il a étudié la valeur thérapeutique des mêmes vaccins dans les infections chroniques et récidivantes du rhino-pharynx. Ces infections sont particulièrement fréquentes l'hiver et au printemps, leur ténacité est bien connue et seuls les cas rebelles ont été retenus. En trois ans la statistique obtenue a été importante ; mais certains sujets n'ont pas terminé leur traitement ou n'ont pu être suivis par la suite. Un contrôle sérieux a cependant été opéré sur vingt et un cas.

Dans quatre cas, on utilisa des auto-vaccins et dans dix-sept des stock-vaccins contenant streptocoques, pneumocoques, staphylocoques et bacilles de Pfeiffer. Le traitement fut fait exclusivement par voie hypodermique. On part de 100 millions de germes pour arriver progressivement et plus ou moins rapidement à deux ou trois milliards. Les doses successives sont réglées sur la base de la réaction précédente. Le nombre des injections varie de six à seize.

Des vingt-quatre cas, douze obtinrent une guérison complète, en entendant par là la régression intégrale du catarrhe des voies respiratoires supérieures, la disparition de toutes les manifestations qui en dépendaient et l'absence de récidive pendant six mois. Les douze autres eurent une amélioration très nette. Les épisodes fébriles diminuèrent de nombre et l'inflammation locale fut en décroissance. Dans quelques cas, l'action favorable se manifesta très rapidement.

La vaccination semble se produire suivant un double mécanisme : d'une part, un facteur thérapeutique s'apparentant à la protéinothérapie spécifique, d'autre part, un facteur prophylactique, spécifique, à action retardée.

Ces tentatives sont pleines de promesses et l'on ne peut plus désormais soutenir que le traitement des rhino-pharyngites est uniquement et exclusivement chirurgical ; il doit plutôt s'adapter à la réalité clinique et nous voyons ainsi les indications respectives :

Période préhypertrophique : vaccinothérapie.
Période hypertrophique : intervention, complétée par la vaccinothérapie.
Période atrophique (adulte) : vaccinothérapie.

Autrement dit, la vaccinothérapie est toujours indiquée, mais elle n'exclut pas l'intervention quand les amygdales sont infectées au point de constituer un danger réel.

La vaccinothérapie à la période préhypertrophique est plutôt préventive que curative ; mais, à la période atrophique de l'adulte, elle est, au contraire dirigée contre les conséquences de l'infection du rhino-pharynx.

Dans tous les cas traités médicalement on observe une amélioration des troubles généraux, une augmentation de l'appétit et du poids, une augmentation de la taille chez les enfants et la disparition de certains symptômes obscurs et rebelles, comme la céphalée, l'apathie et la paresse intellectuelle.

Des résultats analogues semblent devoir être obtenus avec les différentes méthodes de sensibilisation utilisées actuellement.

J. LAFONT.

D'une façon quelque peu schématique, on peut dire que les deux cancers chirurgicaux du larynx sont ceux de la corde et de la sous-glotte et que les deux cancers non chirurgicaux sont ceux de la vestibule et du ventricule laryngés ; mais, en réalité, chaque cas particulier mérite un examen approfondi qui doit être triple : laryngoscopique, histologique et radiologique pour décider du traitement qui a le plus de chance de guérir le malade.

(M. Aubry et J. Leroux-Robert. Le diagnostic du cancer du larynx. *La Presse Médicale*, 11 août 1937.)

VARIÉTÉS

L'emploi du foie dans l'anémie d'après les vieux travaux français et italiens

Par HYMANN, J. GOLDSTEIN, M. D. CAMDEN
New Jersey (U.S.A.)

Pendant nombre de siècles le foie a été employé comme médicament. Depuis que nous savons que l'héméralopie fonctionnelle (dénommée à faux nyctalopie) est due à un manque de vitamine A qui réduit la faculté de reformer le pourpre visuel nécessaire à la rétine pour voir dans la nuit, l'ancien emploi du foie, présente un intérêt tout particulier. Le foie et l'huile de foie de mammifères et d'oiseaux contiennent une grande quantité de vitamine A. Dans de nombreuses parties du monde l'héméralopie de même que la xérophtalmie sont maintenant traitées par le foie, même de mouette, de phoque, d'anguille, le beurre, les œufs, les graisses.

Dans le papyrus d'Eber (env. 1.500 av. J. Chr.) se trouve le passage suivant : « Puisque cette maladie inconnue fut guérie par du foie de bœuf grillé, on a supposé qu'il s'agissait là d'héméralopie. Aussi a-t-on recommandé aux malades de tenir leur tête au-dessus des vapeurs émanant du foie pendant la grillade. »

En parlant du traitement de l'héméralopie Hippocrate (460-370 av. J. Chr.) dit : « Faites prendre au malade de l'élatérine pour lui éclaircir la tête. Faites appliquer sur sa nuque autant de coupes que possible pour maintenir, par pression, le flot du sang aussi longtemps que possible. Après quelque temps, faites-lui manger, une ou deux fois, un foie de bœuf cru aussi grand que possible trempé dans du miel. »

Aristote (384-322 av. J. Chr.), Aurèle Corneille Celse (53 av. J. Chr. 7 apr. J. Chr.) ainsi que Paul d'Egine (625-690) et d'autres anciens auteurs parlent d'héméralopie et de son traitement par le foie de chèvre, de bœuf, etc...

Suivant l'interprétation de Thompson des tablettes cunéiformes assyriennes, les Babyloniens et Assyriens connurent l'héméralopie et la valeur du foie (d'âne) dans son traitement.

Depuis que les anémies et particulièrement la chlorose ont été décrites par Hippocrate (460-370 av. J. Chr.), Clarissime Galien (130-200 ou 131-201 apr. J.-Chr.),Mercate, Oribase (325-403 apr. J.-Chr.), Aèce (502-575), Avicenne (980-1037), Johann Lange (1485-1565), Bavérius de Baveriis, Guillaume de Baillou ou Ballonius, Jean Varandal (mort en 1617) (qui créa la dénomination de chlorose), Friedrich Hoffmann (1660-1742) de Halle, Thomas Willis (1621-1675), John Coakley Lettsom (1744-1815) Ambroise Paré (1510-1590), Sydenham (1624-1689) et d'autres, différents remèdes ont été préconisés dans le traitement de ces états « exsangues ». Il semble être exact que la première note sur l'anémie ou un syndrome ressemblant à la chlorose soit celle trouvée dans le papyrus d'Eber.

Galien a constaté la fonction hémopoétique du foie. Rufus d'Ephèse (env. 100 apr. J.-Chr.) croyait que la veine-porte apportait, du canal digestif, les éléments nutritifs au foie où ils seraient transformés en sang et d'où ils seraient envoyés, par les deux « veines caves » aux tissus.

Léonardo de Vinci (1452-1519) appelle le foie le « trésorier et le générateur du sang ».

Wm. Harvey (1578-1657), l'auteur de « De motu cordis » (Francfort, 1628) n'a pas considéré le foie comme le principal organe de l'hémopoèse.

Marcel Malpighi (1628-1694) dit : « Dans les temps anciens, le dogme des rationalistes suivant lequel le foie formait le sang du chyle comme le pensaient les Grecs et les Arabes... »

L'école de Salerne (env. 1000) a reconnu les symptômes combinés de pâleur, dyspnée, faiblesse après efforts et aménorrhée. La meilleure description ancienne de la chlorose (morbus virgineus) a été donné en 1520 par Johann Lange cité plus haut. Elle était aussi connue sous les noms de « febris amatoria », « icterus amantium », « maladie verte », et « manque de sang ». Dans les œuvres posthumes de Jean Varandal, professeur de médecine à Montpellier, publiées en 1620, cette maladie est désignée pour la première fois sous le terme de « chlorosis ».

Dans « Le nouveau chef-d'œuvre d'Aristote » ou « Un complet déploiement des merveilleuses opérations de la nature dans la génération de l'homme », il est question de la « Chlorose ou maladie verte » et de son traitement par du sel d'acier sous forme de pilules de teinture et de vin d'acier, d'acier préparé et de conserves d'écorces d'oranges et d'épices aromatiques. Sydenham (1624-1689), se servait de toniques à base d'acier dans l'anémie chlorotique.

D'anciennes descriptions d'anémies graves y compris l'anémie pernicieuse furent données par Reiselius (1688), J. Lieutand (1761, 1765, 1776), Thomas Schwenke (1733, 1759, 1760), Daumius, Pichler (1756), Behr (1766), Halle (1804), Combe (1822, 1824), J.-J. Itier (1825), Mignot (1831), G.-A. Freytag, C.-L. Mœgling, (1756), H.-F. Isenflamm (1764), Antoine de Haen, Joseph Lieutaud (1769), Marshall Hall (1837), Becker, Alberti, Jansen, (1748) ; F. A. DUPÉRIÉ (1844), discute de l'anémie et de l'aspect soyeux de l'épiderme qui, comme celui des vers à soie adultes, présente un degré de transparence avec une teinte jaune correspondant à celle du sérum sanguin et qu'il trouva être en relation avec une « paralysie dufoie ».

D'autres anciens auteurs sur l'anémie : C. V. Yves S. Jackson (1834), Jadioux (1845), « F », un médecin de Rhode Island, sous le titre « causes » parle d'une nutrition déficiente à la suite d'une nourriture pauvre et insuffisante et durant la gestation chez des femmes enceintes, etc..., troubles d'ordre organique et fonctionnel des poumons, du foie, du pancréas et de la rate... « L'anémie est l'effet d'un état morbide des organes qui entrent dans la formation du sang ». Il mentionne l'anémie puerpérale et dit que « l'anémie générale apparaît parfois comme une maladie primaire ». « Si les fonctions du foie de la rate ou du pancréas sont suspendues en partie ou complètement, le pouvoir digestif de l'estomac s'en trouve affaiblis et l'anémie plus ou moins grave s'ensuit ». Sous « symptômes « l'auteur a certainement diagnostiqué des cas d'anémie pernicieuse et d'autres anémies graves. Il décrit la glossite, et il mentionne les pâles et exsangues muqueuses et même l'élargissement de la rate dans certains cas.

Nous devons citer encore les rapports de plus de vingt auteurs de 1828 à 1880 : Marshall Hall et Dunglison (1845), Barclay (1851, 1852), Lebort (1853, 1876) Harris (1851), Albert Moigling, Wilke (1859), P. Thrlich et A. Lazarus, S. Leache (1883), H. Müller (Zurich, 1877), Tichhorst (Leipzig, 1878). P. Manson dans ses rapports ou études sur les coutumes de la Chine impériale dit encore : « La maladie est connue aux Indes et aussi bien connue à Java où elle porte le nom de « sprue ». Ici, la sprue est désignée sous le nom de « chronic diarrhea, white flux, cachectit diarrhea ». Rowell, fonctionnaire médical à Singapore ayant traité beaucoup de cas de sprue, a écrit à Manson au sujet des symptômes et du traitement.

Manson ne mentionne pas, à cette époque, l'emploi de foie ou de soupe de foie dans le traitement de sprue ou de l'anémie qu'elle engendre.

C. L. Van der Burg écrit sur la sprue, il examine la littérature de 1831 à 1881 et renvoie à l'ancienne constatation de la sprue par Jakob Bontius (1658) de Batavia. Cet auteur ne mentionne pas non plus l'emploi de foie ou de soupe de foie dans la sprue ou l'anémie qui s'ensuit.

Dans leurs « Studies on Sprue with Special Reference to Freatment », Philip Manson-Bahr et Hugh Willoughby disent


Pour la
TROUSSE D'URGENCE
CORAMINE
NOM DÉPOSÉ
Médicament d'urgence
des Collapsus cardio-respiratoires
SYNCOPES
cardiaques
respiratoires
ASPHYXIES
par submersion
par gaz toxiques
COMAS
toxiques barbituriques
diabétiques
Voie intraveineuse et sous-cutanée
parfois intra-cardiaque
Ampoules de 1cc5 et de 3cc
LABORATOIRES CIBA _ O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu _ LYON
387

URGENCES CHIRURGICALES

Rupture traumatique de l'urètre

Deux cas peuvent se présenter : 1° la rupture récente ; 2° la rupture datant de deux ou trois jours avec constitution d'un phlegmon diffus périuretral.

Tableaux cliniques

I. **Rupture récente**. — Un tel blessé est apporté d'urgence pour *uretrorragie* et *rétention d'urine*. La nature du traumatisme permet de poser immédiatement le diagnostic. Cependant, d'une part le siège de la rupture, d'autre part son étendue conditionnant des variantes dans le tableau clinique.

1° Rupture pénienne. — C'est le faux pas du coït, le traumatisme direct sur la verge, la rupture de la corde blennorragique. La *douleur est violente, l'uretrorragie* peut être isolée (rupture partielle interne) mais le plus souvent elle s'accompagne d'un *hématome* en forme de virole (rupture totale). La rétention d'urine est rare, l'érection impossible.

Le diagnostic est facile, l'on ne peut guère hésiter qu'avec la rupture simple du corps caverneux et la déchirure d'une veine, mais ici il y a hématome sans urétrorragie.

2° Rupture périnéo-bulbaire. — Ouvrier tombé à califourchon d'un échaffaudage, cavalier ayant reçu lors d'une chute un coup de pied au périnée.

Violente *douleur* plus ou moins masquée par l'état de *shock. Uretrorragie, hématome périnéal* « en papillon » s'arrêtant en arrière à l'anus. *Rétention d'urine* de règle. La rupture partielle interne donne une urétrorragie sans hématome, l'externe un hématome sans urétrorragie.

3° Rupture membraneuse. — Grand traumatisé très shocké amené pour fracture du bassin ou écrasements multiples. L'interrogatoire nous apprend qu'il a été pris entre deux wagons ou sous un éboulement. Rien n'attire l'attention vers le périnée, c'est par l'examen systématique que chez ce fracturé du bassin l'on découvre une *rétention d'urine* (gros globe vésical) une *urétrorragie* (la chemise est tachée de sang) et un *hématome périnéal.*

L'hésitation est rare entre la rupture membraneuse chez un fracturé du bassin et la rupture vésicale.

II. **Le Phlegmon diffus péri-uretéral**. — C'est un blessé que l'on ne devrait plus voir aujourd'hui. L'accident datant de plusieurs jours il y a infiltration d'urine. *Œdème énorme des bourses,* de la verge et du périnée. *Etat général très altéré* (T. 40, pouls 120, langue sèche, délire, etc.) ; miction difficile, souvent impossible.

Conduite à tenir

1° Rupture pénienne. — S'il existe une *rétention d'urine*, essayer (sauf en présence d'une blennorragie) un catétérisme prudent. Il est bien rare que celui-ci, tenté avec grande douceur, soit impossible. Au besoin se contenter de mettre en place une filiforme. La sonde mise en place pour quarante-huit heures arrête l'hémorragie ; un pansement compressif autour de la verge est rarement utile. Si, ce qui est exceptionnel, toute tentative de catétérisme (même effectuée par un spécialiste) échoue, pratiquer une ponction ou une cystostomie. Ponctionner la vessie du blennorragique.

L'urétrorragie sans rétention sera arrêtée par l'injection de dix centimètres cubes d'eau bouillie très chaude contenant trois gouttes d'adrénaline au millième. Hémostatiques habituels. Si ces moyens sont insuffisants sonder avec prudence et placer momentanément un pansement compressif autour de la verge.

L'hématome s'il est très volumineux sera incisé.

2° Rupture périnéo-bulbaire.

a) *Cas bénin : le malade urine.* L'urétrorragie est légère. Ne rien faire, ne pas sonder, mais surveiller l'apparition possible d'une infiltration d'urine.

b) *Cas grave : Il y a rétention d'urine.* — Certains essayent de passer avec grande douceur une sonde molle par le canal et la laissent quelques jours à demeure espérant obtenir ainsi une cicatrisation sur sonde mais la plupart préfèrent aujourd'hui pratiquer sur le champ un cystostomie de dérivation. Celle-ci effectuée inciser le périnée et vider l'hématome. Si le malade est shocké ou que les tissus soient contus s'abstenir de reconstituer mais fixer les deux bouts de l'urètre à la peau quitte à effectuer la restauration quelques semaines plus tard.

Si, malade ni canal, ne sont en trop mauvais état on peut tenter la réfection immédiate : repérage du bout antérieur par la sonde passée d'avant en arrière et du bout postérieur par cathétérisme rétrograde. Régularisation des tissus et des bouts urétraux (pas plus de 5 cent.), libération du bout antérieur, suture des deux bouts, fermeture cutanée.

Certains estiment prudent de laisser une sonde à demeure d'autres sont plus satisfaits en enlevant toute sonde urétrale.

3° Rupture membraneuse. — Chez le fracturé du bassin en rétention d'urine toujours pratiquer une cystostomie. Repérage des bouts, découverte du foyer. Essayer la suture des bouts urétraux mais si celle-ci est impossible il est préférable de laisser le canal se reconstituer sur sonde l'absence de tissu spongieux évitant dans une certaine mesure le rétrécissement.

Phlegmon diffus périurétral. — Cystostomie suivie aussitôt d'incision au point ou la tension est maximum en évitant de léser le testicule ou le cordon. Drainage large « au plafond ». La reconstitution de l'urètre est renvoyée à plus tard.

Louis Dambrin

Ancien chef de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Toulouse
Assistant titulaire d'urologie à la Faculté

La cure prolongée par l'insuline peut-elle faire espérer une amélioration du diabète ? — M. P. Mauriac (*Schw. mediz. Wochenschrift*, 11 déc. 1937) arrive aux conclusions suivantes basées sur la clinique et l'expérimentation :

« Une amélioration dans la tolérance en glucides des diabétiques ne pourra être espérée par la cure insulinique qu'autant que le diabète sera découvert et soigné assez tôt pour que le pancréas ne soit pas totalement annihilé. D'où la nécessité d'agir vite et fort (surtout chez l'enfant), d'employer d'emblée de fortes doses d'insuline avec une large ration de glucides permettant la croissance normale.

L'amélioration du diabète, la tolérance plus grande aux glucides, la diminution des doses d'insuline nécessaires ne seront obtenues qu'à la longue par un traitement régulier, sans écarts, sans accidents, permettant au pancréas de se mettre au repos, de reconstituer ses réserves insuliniennes, de régénérer les régions épuisées.

Dans certains cas difficiles à équilibrer on a avantage à recourir aux épreuves d'hyperglycémie alimentaire, et d'hypoglycémie insulinique, qui permettent de fixer scientifiquement l'horaire et la dose des piqûres.

(p. 432) : « Des soupes et des extraits de foie furent utilisés pour la première fois à Hongkong en 1883 par Sir Patrick Manson ». Toutefois, je ne trouve aucune indication ou rapport de Manson sur l'emploi de foie ou de soupe de foie dans le traitement de sprue ou de l'anémie qui soit publié avant 1922. Des éditions ultérieures de « Tropical Medecine » de Sir Patrick Manson (1844-1922) revues par Manson-Bahr de Londres contiennent la mention de soupe de foie comme remède de la sprue et de l'anémie de la sprue. A l'honneur de Manson il faut dire que nous lui devons la première description exacte et complète de la sprue (en 1880). George R. Minot, lauréat du prix Nobel, commet la même erreur en attribuant à Manson le premier emploi de foie dans le traitement de l'anémie de la sprue communiqué dans « Maritime Customs Reports » de 1880.

En discutant dans leur « Manual of Tropical Medecine » du traitement de la sprue, Aldo Castellani et Albert J. Chalmers remarquent : « Il ne saurait y avoir de doute raisonnable au sujet des avantages de la soupe de foie, c'est-à-dire de soupe préparée avec du foie de veau ou de mouton. Le traitement au foie est réellement un ancien remède des indigènes de Ceylan. »

L'anémie puerpérale et l'anémie de la grossesse ont été diagnostiquées et communiquées par Walter Channing (1842), H. N. Bennett (1847), John C. W. Lever (1846), Carpenter (1850), J. Appleton (1851), G. Martin (1852), Woodworth (1856), Cazeaux (1856), Caparelli (1864), et d'autres.

Il faudra peut-être considérer la communication de Combe faite en 1822 et publiée en 1824 avec les résultats de l'autopsie comme la plus ancienne et exacte description de l'anémie pernicieuse.

Dans cet ordre d'idées sont également intéressantes les travaux sur l'anémie de Trousseau (1843), Lees (1854), P.-F.-A. Marquis, G.-A. Morache, C. Ekama, J.-B. Raby. Taytor (1842), Corrigan (1844), J. Mc Lean (1844-5), J H. P, Ramond, S. O. Haborshon (1863), J.-A. Claux (Paris, 1852), E.-C. Tertrais (Paris, 1856), J. de Dominguez (Paris, 1871), J.-L. Mignot, G. Salvoli.

Horatio C. Wood (1841-1920) administrait des extraits d'organes d'animaux y compris ceux du foie et de la rate.

L'on a affirmé que le Professeur Adalbert Gerny, maintenant à Düsseldorf, aurait administré du foie dans l'anémie des enfants déjà en 1910 ou 1912, mais il m'a été impossible de trouver quelque publication à ce sujet (Czerny-Keller, Handbuch, Auflage, 1928, Leipzig et Vienne).

Il y a trente ou trente-cinq ans, Maurice Perrin de Nancy, (né en mai 1875), usa du foie dans le traitement de l'anémie associée à de la cirrhose du foie. Il en fit le premier rapport le 12 juillet 1904 (à Paris) sous le titre « L'anémie des cirrhotiques, action de l'opothérapie hépatique ». « L'examen du sang de trois cirrhotiques (observés récemment à la clinique de M. le Professeur Spillmann) m'a permis de constater chez ces malades une anémie notable que rien, en dehors du fonctionnement défectueux du foie, ne pouvait expliquer. C'est ainsi que le nombre des hématies, réduit chez ces trois malades aux chiffres de 3.884.000, 3.839.000, et 2.986.000, s'est élevé après quelques semaines d'opothérapie aux chiffres de 4.538.000, 4.401.000 et 4.392.000 respectivement. Ces constatations demandent à être renforcées par de nouveaux faits cliniques et expérimentaux, mais il est cependant permis d'en conclure actuellement ceci :

Il existe chez certains cirrhotiques, sinon chez tous, une anémie plus ou moins prononcée qui n'est liée à aucune complication et peut être légitimement considérée comme résultant uniquement du fonctionnement défectueux du foie (quel que soit le mécanisme intime, non encore élucidé, du processus) : elle est donc en réalité un symptôme d'*insuffisance hépatique* et doit être décrite comme telle. Cette anémie est justiciable de l'opothérapie hépatique puisqu'elle s'améliore comme les autres symptômes de la cirrhose sous l'influence de ce traitement, influence qui confirme d'ailleurs l'interprétation ci-dessus. »

Augustin Gilbert et Paul Carnot, de Paris, Spillmann et Demange, de Nancy, Galliard, Mouras, Dauriac, Combe, Vidal de Blidah, Vialard (de Malzieuville), Cyr (1908), Schoull (de Nice, 1908), Créqui (1904), Hirtz, Perrin et Schiassi qui lui, employait le foie dans le traitement de l'anémie splénique (maladie de Banti ou de Klemperer) en 1910-1911 avec d'excellents résultats, pratiquaient l'opothérapie hépatique chez les anémiques. Gilbert et Carnot donnent des directions quant à la préparation de différentes formes de foie déjà en 1898-1910.

Brown-Séquard, Chauffard, Mulette et Berthe, H. Parmentier, Ad. Czerny et Hamburger (dans l'anémie des enfants), P.-F. Castellino (1864-1933) et Alfonso Pirera (1910-1912) de Naples, ont utilisé très tôt le foie dans le traitement de l'anémie.

C.-S. Engel (Berlin 1898), Gilbert et Garnier, Gilbert et Carnot, M. Perrin (1908), Alfonso Pirera, A. Hayes Smith de Bradford, Angleterre, (1927) ont observé l'augmentation des leucocytes, particulièrement des granulocytes à la suite de l'opothérapie hépatique (en addition à la réponse « réticulocytaire ») et le remarquable effet sur l'érythropoèse ou l'érythrogenèse.

P.-F. Castellino et Pirera de l'Université de Naples ont procédé, il y a nombre d'années, à des expériences au sujet de l'administration de foie sous forme d'injections et par voie buccale à des animaux saignés préalablement. Bien des années avant l'apparition du travail de Minot et Murphy dans le *Journa of the american medical association* (14 août 1926) ils avaient employé le foie dans le traitement de l'anémie.

Des légumes contenant du fer et l'acide chlorhydrique ont toujours été administrés par T.-B. Cooley (Michigan) dans le traitement de l'anémie (1926).

Au dixième siècle apr. J.-Chr. les muscles frais d'un renard furent administrés dans l'anémie.

R.-L. Fenlon, de l'hôpital universitaire de Iowa City, recommanda (1921) le foie de différents animaux (veau, bœuf et porc, 50 grammes pour le repas de midi) et 10 c. c. d'acide chlorhydrique dilué à 1% après chaque repas avec une nourriture riche en fer comme régime de l'anémie pernicieuse. Il dénonça le foie comme une nourriture riche en nucléoprotéides à l'encontre du sang qui en contient peu.

R.-B. Gibson et C.-P. Howard de Iowa City donnaient à leurs malades anémiques tous les jours du foie en y associant du jaune d'œuf, des légumes verts et un produit vitaminique (B) préparé de levure.

Pirera (1912) affirme que Germano et Pizzini firent à leurs malades des injections de suc de foie concentré ; lui-même, dans ses expériences sur des lapins et des chiens employait du suc et de l'extrait de foie sous forme d'injections ; il observait l'effet remarquable sur la régénération sanguine et la leucopoèse et constatait, tout particulièrement, l'augmentation notable du nombre des granulocytes ! Et Engel trouva que son « Sanguinoform » préparé par un pharmacien de Berlin de tissus d'organes (1898) non seulement stimulait la régénération sanguine, mais il nota le fait spécial de l'augmentation remarquable du nombre des éosinophiles !

Dans son travail récent le Professeur Maurice Perrin (Nancy) (Les origines cliniques de l'hépatothérapie de l'anémie) renvoie à un rapport sur l'opothérapie présenté au Congrès de Montpellier en 1898 par A. Gilbert et Paul Carnot de Paris et surtout à leur ouvrage « Les fonctions hépatiques » publié en 1902, ainsi qu'aux anciennes observations de Perrin.

Perrin dit : « ... il a une action à distance très manifeste sur le nombre et la qualité des hématies, notion qui a été affirmée en France antérieurement aux recherches expérimentales de Whipple et aux études de Minot et Murphy. Dès 1904, l'étude du sang chez les cirrhotiques et l'observation de ces modifications sous l'influence de l'opothérapie ont permis à Maurice Perrin d'émettre cette conclusion : les cirrhotiques, indépendamment de toutes complications, présentent une anémie qui a des caractères spéciaux ; l'opothérapie hépatique totale remédie à cette anémie ».

Enfin, il est d'un intérêt historique de se rappeler l'opinion qu'émit Galien sur la fonction hémopoétique du foie.

L'emploi de *foie de volaille* tous les matins et la suppression

de coussins de plumes, de couvertures de cuir (peaux) et de parfum de rose a été recommandé à l'archevêque John Hamilton d'Edinbourg pendant l'été de 1552 pour asthme, infection respiratoire, anémie et perte de poids par le fameux médecin milanais Jérome Cardan (1501-1596). Et l'archevêque guérit ! !

Botallus a considéré le foie comme l'organe hémopoétique. Rabelais croyait au pouvoir hémopoétique du foie : il écrit en 1550, « ... Les veines mésentériques sucent tout ce qui est bon et utilisable... après, c'est transporté au foie... et devient du sang... »

William Harvey (1578-1657), à l'encontre de l'opinion universelle de son temps, ne considéra pas le foie comme l'organe principal de l'hémopoèse (lettre à Daniel Horst de Darmstadt, 1er février 1655).

Harvey parle « de la doctrine qui fait du foie le générateur et le formateur du sang est absolument sans fondement, malgré que... cette opinion ait obtenu l'agrément universel.

Je ne donnerai ici que quelques indications bibliographiques principales sur cette énorme question :

Baverius de Baveris. «Du fer dans la chlorose».

Guillaume de Baillou ou Ballonius (1538-1616). « De Virginum et mulierum morbis » Paris 1643.

Fr. Hoffmann (1660-1742) de Halle « Dissertatio de Gemina chlorosis indole, origine et curotine » Halle 1731.

J. Coakley Lettsom (1744-1815) « La chlorose dans les pensionnats » (1795).

Papyrus d'Ebers (traduction par C.-P. Bryan, Londres, Blis 1930) p. 118.

J.-J. Walsh. «Galien's writings and influences inspiring them». *Ann. med. history*, N. S. 8, n° 1 pp. 76-77, janv. 1936.

H. Hopstock. « Leonardo as anatomist », *Studies in history and method of Science*, vol. II, p. 176, Oxford, 1921, éd. Ch. Singer.

Wm. Harvey. (1578-1657). « De motu cordis », Francfort, 1628. (Lettre à Daniel Horst, 1er fév. 1655).

Malpighi (1628-1694). « De viscerum structura, exercitatio anatomica ». Londini 1669. Ch. 6, p. 30-33 ; (« *De hepato* » pages 1-49).

Jean Varandal (Montpellier). Œuvres posthumes publiées en 1620 ; « Le nouveau chef-d'œuvre *d'Aristote* » (publié p. W.-M. Rickemy en 1750, Londres, pp. 143-148).

G.-A. Freytag. « De anatomia » Iéna, 1782.

Daumius. « De anœmia » Halle-Magdeb, 1732.

C.-L. Mœgling. « Anœmia théorit et pract. per luste », Tübingen, 1756.

H.-F. Isenflamm (Dissert. « de anœmia vera » Erlangen, 1764 ; « de. anœmia spuria », 1766.

Antoine de Haen. (Ratio medendi in nosocomio practico, tome VI, chap. 6, pp. 101, 105, 111. Vienne, 1761.

Joseph Lieutaud. Précis de médecine pratique, T. 1, p. 132, Paris, 1769 ; Précis de médecine pratique, Sec. de Edition Paris, Vincent, 1761 ; (« L'Epuisement » pp. 69, 71 et « L'Anémie »).

Morgagni (1761). « De sedibus et caus. morb. » epist. 1761.

Becker. (Dissert. « Resol, Casus pract. anœmiœ » Lugd. Bat, 1663.

Alberti. Dissert. « De anœmia » Halle, 1732.

Jansen. « De morbo et defectu liquidi... » Lugd. Bat,, 1748.

Halle. *Journ. de méd. et de chirurg.* de Corvisart, 1795. An. III, tome IX, p. 3.

E. Geddings. « Reflexions sur la pathologie et le traitement de l'anémie ou oliguémie » *Baltimore medical and Surgical journ. and Review*, vol. II, pp. 325-366, 1834.

Erasme Darwin (1731-1802). « Zoonomie ou Les lois de la vie organique » pp. 257-258, New-York. 1796 (F. et J. Swords) ; vol. II, section XXX, Londres. 1801 (E. Earle) ; vol. I, section XXX, p. 274. Philadelphie, 1818 (W. Brown).

C.-O. Yver. « De l'anémie » Paris, 1840.

Jadioux. « Anémie spontanée... chez l'homme », 1845.

« F. » (médecin de Rhode-Island) « A dissertatio on anœmia », Boston, 1839, M. et S.-J., nos 7, 8, 9, pp. 101, 108, 117, 124, 133, 138.

P. Manson. « Deux formes d'anémie » Coutumes de la Chine impériale. Rapports médicaux, Shanghaï 1874, n° 6, pp. 22-24 ; « Notes sur la Sprue » id. n° 19, 1879, pp. 33-37.

C.-L. Van der Burg. « Indische Spruw » (aphtœ tropicœ) Batavia, Ernot et Cie, 1880.

Manson-Bahr et H. Willoughby. « Studies on sprue with special reference to treatment » (*Anart. J. med.*, 23, n° 92, pp. 411-442), 1930.

A. Castellani et A. J. Chalmers. « *Manual of tropical medecine* », (Londres, Baillière Tindall et Cox, p. 953, avril 1910).

Combe (1824). Anémie pernicieuse (*Trans. Med. Chir. Soc.*, Edimb. I, 194-204).

G.-A. Morache. « Essai sur l'anémie globulaire et ses rapports avec la dyspepsie », Strasbourg, 1859.

C. Ekama. « Continens quœdam de differentia inter anemiam et chlorosim ». Lugd. Batav, 1848.

J.-B. Raby. « De l'anémie », Paris 1852.

Beer. « Blutmangel inter symptomen eines gehirnleidens » *Oest med. Woch.* (Wien), 1841. pp. 987-989.

G. Salvioli. (*Riv. clin. di Bologna*, 2 S. 8, pp. 328-332, 1878).

L.-W. Von Mauthmer. (*Union méd.*, Paris 1856, X 58).

Gilbert et Carnot. « L'opothérapie ; traitement de certaines maladies par extraits d'organes animaux », 5 juillet 1898, Paris, Masson ; Œuvre méd. chirurg. de monographies cliniques, n° 10, juin 1898, Masson ; « Bibliothèque de thérapeutique » volume « Opothérapie » (Baillière et fils) ch. V, pp. 202-252.

R.-L. Fenlon. « Pernicious anemia » *The journ. of the Iowa State med. Society*, XI, n° 2, p. 50, févr. 1921.

L'assistance préventive aux psychopathes périodiques

Par les Drs P. BOUSSINET et El. JACOB

Médecins des hôpitaux psychiatriques

Un grand nombre de psychopathes présentent des troubles passagers et récidivants.

Ce groupe de malades, habituellement rangés sous le nom de « périodiques », comprend un ensemble de syndromes assez disparates : les divers états simples d'excitation ou de dépression périodiques ; les différents cas de psychose intermittente et certaines variétés de syndromes discordants plus ou moins apparentés à la schizophrénie. Ces états qui ont la caractéristique commune d'être paroxystiques nécessitent l'internement momentané et une série de réinternements successifs. Ils se séparent biologiquement de façon radicale des états d'affaiblissement progressif et sont susceptibles d'être modifiés dans leur évolution de façon telle que les épisodes paroxystiques qui les caractérisent, non seulement ne nécessitent plus l'internement, mais passent pour ainsi dire inaperçus dans la vie du malade qui n'en est même plus gêné dans ses occupations habituelles.

De semblables résultats ne peuvent être obtenus qu'au prix d'un certain nombre de conditions : la première et la plus importante peut-être est la conviction chez le malade de la nécessité de suivre un traitement régulier, contrôlé par un médecin spécialisé, condition exactement comparable à celle qu'a imposée une saine compréhension de la prophylaxie anti-syphilitique.

La deuxième est la nécessité d'offrir au malade la possibilité de se faire soigner dans de petits centres adéquats. La troisième condition réside dans l'emploi systématique de certaines techniques thérapeutiques appropriées.

***

Une tentative d'assistance sur ces données nouvelles se poursuit depuis plus de deux ans sous les auspices de la *Croix-Brune*, organisation qui s'est donné pour tâche exclusive de collaborer au perfectionnement de l'assistance aux psychopathes (1).

Cette association entretient à Vincennes un dispensaire destiné au traitement médical des périodiques, en rémission complète ou incomplète, qui lui sont adressés par différents chefs de service des asiles de la Seine. Les malades ont accepté avec facilité de se faire suivre et traiter préventivement dans ce dispensaire absolument distinct de l'asile et sans rapport matériel avec lui. La nécessité d'un traitement régulier oblige parfois le rappel des négligeants par convocation discrète ou visiteuse sociale. Dans l'ensemble, malades et familles se plient avec une bonne volonté évidente à ces disciplines nouvelles et se livrent parfois à un véritable prosélytisme en leur faveur.

(1) Association régie par la loi de 1901, déclarée pour la recherche, l'étude et la diffusion de procédés thérapeutiques curateurs et prophylactiques des maladies nerveuses et mentales (juillet 1935).

Deux groupes de thérapeutiques préventives ont été utilisées jusqu'à ce jour au dispensaire J.-A. Sicard, de Vincennes.

Dans les cas légers avec rémission complète, il est fait appel à l'action préventive de préparations infinitésimales à base de soufre, d'or ou d'arsenic colloïdal (1).

Dans les cas moins favorables, ou lorsque en dépit du traitement précédent, la rechute se dessine, on a recours à l'injection intra-veineuse de la variété appropriée de sérum humain épivecteur (2).

***

Les *syndromes psychopathiques légers*, psychoses périodiques ou intermittentes à leur début, accès discordants chez des adolescents ou des adultes jeunes, se montrent favorablement influencés dans la presque totalité des cas.

Des *syndromes psychopathiques plus graves* ayant déjà nécessité plusieurs internements, dont l'origine remonte à une dizaine d'années et souvent beaucoup plus, sont également radicalement influencés par le traitement qui peut, cependant, présenter parfois plus de difficulté.

Le plus éloquent témoignage de l'activité thérapeutique est fourni, en effet, par une catégorie de malades présentant des accès périodiques depuis 15 et 20 ans, qui ont déjà été l'objet de dix, douze et jusqu'à vingt internements. La périodicité chez ces malades peut être telle qu'en l'absence de traitement spécifique l'accès revient annuellement à une date toujours sensiblement la même.

Chez nombre de ces malades traités, l'accès ne se produit plus.

Chez d'autres, à des périodes fixes, apparaissent les petits signes qui accompagnent habituellement les rechutes et qui sont variables avec les malades ; ce sont l'insomnie, les céphalées, les troubles digestifs, la dysménorrhée, les modifications légères de l'humeur et du caractère, tout un ensemble de troubles prémonitoires bien connus du malade et de son entourage.

Grâce au traitement, l'accès n'éclate pas, le malade continue à vaquer à ses occupations, et la preuve de l'activité thérapeutique est donnée par ce fait qu'il suffit d'arrêter à ce moment le traitement pour voir apparaître un accès analogue aux précédents.

Pendant toute cette période, il n'est d'ailleurs pas exceptionnel d'observer de temps à autre quelque léger changement dans l'habitus du malade, à peine conscient chez ce dernier, simple alerte pour le médecin qui est amené à modifier les doses ou le rythme des injections selon les variations de la capacité réactionnelle du périodique.

Le problème thérapeutique de la *psychose intermittente* est plus complexe et nécessite de suivre avec plus de régularité encore ces malades dont l'équilibre évolue sans cesse entre l'excitation et la dépression. La difficulté réside dans ce fait que des états aussi opposés nécessitent l'emploi de thérapeutiques antagonistes. On ne saurait laisser au traitement prophylactique de la manie une psychose intermittente qui rentre dans sa phase dépressive, ou inversement. La difficulté ne peut être résolue que par l'emploi d'un traitement sans cesse adapté aux variations de l'état biologique.

C'est à propos de ces malades que s'impose de façon toute particulière, la nécessité d'une surveillance médicale constante, impossible hors du cadre du dispensaire spécialisé.

Enfin, il est de nombreux *périodiques chez qui la période intercalaire n'est pas absolument silencieuse*, troublée par de multiples manifestations névropathiques, des algies variées. Là encore un traitement prophylactique régulier permet bien souvent d'éviter ces ennuis et d'obtenir des rémissions plus complètes.

***

De l'ensemble des faits exposés, il résulte que :

1° Il est désormais possible de traiter préventivement les rechutes successives de nombreux « périodiques » ;

2° La nécessité d'appliquer le traitement avec régularité impose de soumettre ces malades à la discipline de soins réguliers et d'une surveillance éclairée ;

3° La formule du dispensaire spécialisé, autonome, peut seule réaliser l'ensemble des conditions matérielles et morales indispensables au développement de l'assistance préventive aux psychopathes périodiques.

---

(1) P. Doussinet et El. Jacob. — Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique. (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. (Juillet 1936).

(2) P. Doussinet et El. Jacob. — Un traitement de grande activité dans la psychose périodique : le sérum humain épivecteur.(*Annales médico-psychologiques*, octobre 1937).

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Une lésion rénale peut déterminer une hypertension artérielle

La notion, suivant laquelle une lésion rénale peut entraîner l'apparition d'une hypertension, a été tantôt admise et tantôt rejetée. Les expériences de E. Dicker (*Acta Medica Scandinavica*, 30 octobre 1937) lui permettent d'affirmer qu'une entrave à la circulation rénale fait apparaître une augmentation de la pression sanguine.

L'hypothèse, que le rein lésé retiendrait des substances à action hypertensive, ne rend pas compte de ce qui se passe dans les nombreuses expériences, où l'élévation de la tension artérielle s'est produite sans rétention azotée. La conception d'un stimulus nerveux à point de départ rénal ne peut non plus être pris en considération.

La question reste donc obscure et de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider la pathogénie de l'hypertension.

Une syphilis tertiaire méconnue pendant sept ans

Il s'agit de lésions banales, de gommes ayant débuté dans la peau des fesses, qu'identifia G. Duwe (*Scalpel*, 30 octobre 1937).

Les ulcérations profondes, qui avaient déchiqueté le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres du grand fessier, avaient débuté par un nodule du volume d'un haricot, qui s'était développé progressivement pendant sept années.

Il est curieux de constater la lenteur de l'évolution associée à des dégâts aussi importants. La localisation s'expliquerait par une chute dans son escalier, ayant déterminé des douleurs et une ecchymose ; ce n'est que huit ans après qu'est apparue la première gomme.

Les préjugés médicaux et la neurotomie rétrogassérienne

La plupart des sujets, atteints de névralgie du trijumeau, ne s'adressent au chirurgien que sur les instances d'anciens opérés. Pourquoi faut-il que le médecin n'intervienne la plupart du temps que pour déconseiller une intervention, dont les résultats et l'utilité sont cependant incontestables ?

P. Martin insiste, dans le (*Scalpel*, 13 novembre 1937), sur la condition pitoyable de malheureux, que les traitements médicaux ne parviennent pas à soulager.

« Les douleurs de la névralgie essentielle sont probablement les plus pénibles que l'être humain ait à endurer ; elles sont d'autant plus insupportables que le malade sait bientôt qu'elles ne cèdent pas ou peu aux calmants habituels, qu'elles peuvent survenir à tout moment sans qu'il en soit averti et que le moindre mouvement de la face est susceptible de les déclencher.

« Le mal empire avec les années, les paroxysmes à certaines périodes se rapprochent et le malade finit par vivre dans la réclusion, négligeant ses soins de toilette, se gardant des contacts humains, s'abstenant même de manger. A voir perpétuellement souffrir leur proche frappé d'un mal mystérieux et, semble-t-il, incurable, ceux qui vivent avec lui participent à sa douleur, en craignant le retour et assistent, impuissants et désolés, à ses affres. Le caractère des uns et des autres s'aigrit et souvent la vie familiale devient un véritable martyre. »

La place de la méningite dans l'évolution de la tuberculose infantile

P. Gautier et S. Arabian étudient cette question dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* du 25 octobre 1937.

D'après les données statistiques, qu'ils ont relevées, ils ont l'impression que la méningite tuberculeuse est en régression ; on en voit trois ou quatre fois moins qu'il y a vingt ans.

Ce qui les intéresse surtout c'est de savoir si la méningite est un debut ou si elle est consécutive à une atteinte clinique antérieure et naturellement extra-méningée.

D'après les archives de la clinique infantile et de l'hôpital Gourgas, on peut admettre que, pratiquement, on rencontre à

peine une fois sur dix ou douze, des signes cliniques de tuberculose antérieure chez les sujets atteints de méningite tuberculeuse.

Les enfants, parfaitement sains au point de vue clinique, semblent faire une période silencieuse de primo-infection, à la suite de laquelle, dans un délai de un à quatre mois, apparaît la méningite tuberculeuse. Il serait du plus haut intérêt, pour l'étude de cet intervalle, de pouvoir préciser le moment exact de l'apparition de l'allergie.

La pathologie tropicale chez les coloniaux en Europe

Les coloniaux, qui rentrent en Europe soit en congé soit à la retraite, posent au praticien de nombreux problèmes de pathologie tropicale ; A. Dubois, de l'Institut Prince Léopold, donne des directives et des précisions dans le *Scalpel* (30 octobre 1937).

Le paludisme reste la principale maladie des pays chauds ; elle est courante chez les coloniaux en Europe, où l'on rencontre les formes les plus diverses. Assez souvent il s'agit d'un bref accès au cours de l'évolution du paludisme latent ; on peut y reconnaître soit la prophylaxie quinique soit l'immunité relative ; on trouve de nombreuses causes de réactivation et, plus particulièrement, la cessation de la quinine. Plus troublant est le paludisme larvé, à peu près afébrile, mais masqué par l'anémie ou les troubles digestifs. Fréquemment on est en présence de formes normales : accès cycliques, intermittents et périodiques ; mais la fièvre rémittente ou subcontinue facilite la confusion avec les differentes maladies infectieuses. L'accès pernicieux est heureusement des plus rares et l'aspect clinique le plus fréquent est l'accès comateux. L'évolution du paludisme peut durer plusieurs années en Europe, bien qu'elle ne dépasse pas deux ou trois ans dans la généralité des cas.

La trypanosomiase apparaît sous des aspects cliniques divers et les cas latents sont fort nombreux ; à ce propos il faut signaler l'importance de la recherche des ganglions cervicaux.

Parmi les affections du tube digestif on rencontre assez fréquemment des séquelles de dysenterie ou, plus exactement, des états chroniques de dysenterie.

La pathologie nerveuse n'offre rien de spécial ; il suffit de se rappeler que tout état constitutionnel névropathique représente un sérieux obstacle à la vie coloniale.

L'auto-hématothérapie dans les paralysies des muscles oculaires

Deux observations personnelles de Raffaele Campos, de Naples (*Riforma Medica*, 9 octobre 1937), établissent les bons effets de l'auto-hemothérapie dans les paralysies des muscles oculaires, quand elles sont consécutives à des lésions hémorragiques cérébrales.

On connaissait déjà la valeur de cette thérapeutique dans les differentes hémorragies, pulmonaires, gastriques , intestinales, utérines, etc., mais on tirera profit de cette nouvelle forme de traitement dans des cas où les efforts médicaux ne sont qu'assez rarement récompensés.

La protéinothérapie doit-elle être spécifique ou non ?

La protéinothérapie sera-t-elle spécifique ou non ? Giuseppe Sanarelli (*Attualita Medica*, n° I, 1937) est pour la non-spécificité. L'immunité, conferée par le B. C. G. contre le charbon, est un exemple de l'immunité paraspécifique.

La protéinothérapie détermine une réaction générale, accompagnée de réactions focales, sans inconvénients pour l'organisme. Elle permet à cet organisme d'éliminer sans choc les germes nuisibles. Les indications sont les infections aiguës, les affections oculaires, la bronchite chronique, l'asthme bronchique, l'ulcère gastrique ou duodénal, l'urticaire, l'eczéma, les complications gonococciqnes.

J. LAFONT.

Injection de bactériophage intra-carotidien pour le traitement des furoncles du nez. — Dans deux cas d'infection du nez à staphylocoques avec extension vers les sinus M. Steinmann (*Schw. med. Woch.*, 11 déc. 1937) a pratiqué des injections intra-carotidiennes de bactériophage pratiquement totalement désalbuminé. Ce traitement a changé l'évolution au point que les malades ont guéri rapidement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1937

Traitement du tétanos par les injections intra-veineuses d'alcool associées à la sérothérapie massive. — ***MM. E. Merle, François*** et ***Jouve*** (de Clermont-Ferrand) rapportent les résultats obtenus par cette méthode sur dix malades atteints de tétanos, formes graves et généralisées pour la plupart des cas. Il y eut sept guérisons complètes et trois morts. Pour deux cas mortels, le décès s'est produit plusieurs jours après la disparition complète des contractures, une fois par suppuration phlegmoneuse de la fesse, une fois chez un alcoolique âgé par complications cardio-pulmonaires. Le troisième décès s'est produit, chez un alcoolique taré, par complications toxi-infectieuses générales et accidents pulmonaires, survenues après une anesthésie chloroformique nécessitée par un nettoyage chirurgical. Ces cas mortels prouvent du moins que les tétaniques sont exposés à d'autres dangers que celui de l'imprégnation toxinique des centres nerveux. La proportion élevée des guérisons permet de conclure à l'intérêt certain de la méthode employée. Les doses de sérum antitétanique utilisées ont été de 40 c. c. à 80 c. c. par jour (sérum à 20.000 u. par flacon) ; les doses d'alcool ont été de 20 à 40 c. c. par jour d'alcool à 33 %. L'alcool intraveineux n'est pas dangereux, moins certainement que les chloroformisations répétées qui, de l'avis presque unanime, ont réalisé un progrès certain dans le traitement du tétanos, mais qui, souvent aussi, ont donné lieu à des complications toxiques graves, surtout chez les tarés. L'heureuse action de l'alcool intraveineux, relève d'ailleurs de la même interprétation physio-pathologique que celle de la chloroformisation ; l'une et l'autre peuvent trouver une explication de leur efficacité par l'application *in vivo* des données expérimentales établies jadis par Marie et Tiffeneau, à savoir la possibilité *in vitro*, de dissocier le complexe toxine tétanique, cellule nerveuse par l'alcool ou l'éther : il ne faut pas oublier en effet que l'alcool avait été utilisé par ces auteurs dans leurs expériences. L'alcoolisation intraveineuse paraît donc être au moins aussi efficace que les chloroformisations répétées comme adjuvant à la sérothérapie curative du tétanos, elle est moins dangereuse et paraît devoir lui être substituée.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, à forme uniquement pulmonaire et ganglionnaire, sans manifestations cutanées. — ***MM. L.-M. Pautrier, Jacob*** et ***Weber*** rappellent qu'après la séance de la Société médicale des Hôpitaux de 1934 consacrée aux granulies froides, M Pautrier y avait fait une communication pour signaler que le même syndrome de granulie froide peut être réalisé par la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann qui, de simple dermatose, est devenue peu à peu une grande réticulo-endothéliose pouvant toucher peau, poumons, ganglions, os, viscères, glandes, et attira l'attention des cliniciens internes sur ces manifestations qu'ils ne connaissaient pas encore.

Il faisait remarquer que le Besnier-Bœck-Schaumann étant une maladie de système, il n'y avait pas de raison pour que la peau fut prise la première ni même pour qu'elle fut toujours prise, et il déclarait qu'on devait certainement en observer des cas sans localisations cutanées. C'est un cas semblable que les auteurs apportent aujourd'hui.

Un jeune homme de 18 ans était venu consulter pour des petits ganglions cervicaux qui le gênaient au point de vue esthétique et demander un traitement. A l'examen on découvrit des adénopathies axillaires, épitrochléennes, inguinales. L'examen de sang montra une leucocytose normale mais avec éosinophilie. Pensant à une granulomatose maligne on fit la radio du médiastin qui montra son intégrité mais décela, dans les deux poumons, une granulie à petites granulations miliaires et confluentes. Pas de température, auscultation normale, bon état général. Un ganglion épitrochléen excisé montra la structure typique du Besnier-Bœck-Schaumann avec de larges plages de cellules épithélioïdes, sans cellules géantes, sans foyer de caséification. Il s'agit donc d'un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à localisations uniquement pulmonaires et ganglionnaires, sans la moindre lésion cutanée et qui montre tout l'intérêt que les cliniciens internes doivent apporter à cette nouvelle réticulo-endothéliose.

Syndrome de Heerfordt et maladie de Besnier-Bœck Schaumann. Parotidite, irido-cyclite, paralysie faciale d'origine périphérique, paralysie du récurrent, éruption confluente de grosses sarcoïdes des bras et des cuisses, érythrodermie sarcoïdique des jambes et des plantes des pieds. — *M. L.-M. Pautrier* rappelle que les ophtalmologistes ont étudié un syndrome d'uvéo-parotidite, dit syndrome de Heerfordt, caractérisé par une parotidite, une irido-cyclite et une paralysie faciale. Ayant eu l'occasion d'étudier ce syndrome il a pu constater qu'il pouvait s'accompagner fréquemment d'éruptions cutanées qui ne paraissaient pas avoir attiré l'attention des ophtalmologistes et qu'ils n'avaient pas songé à mettre en parallèle avec les lésions d'uvéo-parotidite. Ayant étudié ces lésions cutanées, il a pu voir qu'elles avaient la structure caractéristique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Il en présente un cas typique avec parotidite double, évoluant avec une paralysie faciale d'origine périphérique et paralysie récurrentielle ; ultérieurement apparurent de grosses nodosités cutanées sur les quatre membres et une érythrodermie aux jambes et aux pieds que l'on ne songea nullement à rattacher à la parotidite ; puis le malade fit une irido-cyclite et les lésions cutanées augmentant, il arriva enfin à la Clinique dermatologique où l'on put porter le diagnostic de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, confirmé par l'examen histologique. C'est le troisième cas où l'auteur peut constater la coïncidence de cette affection et du syndrome de Heerfordt et il conclut à leur identité en s'appuyant sur les arguments suivants : les lésions cutanées accompagnent souvent le syndrome de Heerfordt et il est vraisemblable qu'elles sont encore plus fréquentes qu'on ne le pense, les ophtalmologistes n'ayant pas pensé à les rechercher et à les signaler. Le syndrome de Heerfordt, tout comme le Besnier-Bœck, s'accompagne souvent d'adénopathies généralisées, d'atteintes glandulaires multiples, d'hypertrophie de la rate. Dans tous les cas où l'on a pratiqué l'examen histologique de la parotide, on y a trouvé les nappes de cellules épithélioïdes caractéristiques du Besnier-Bœck. Enfin les lésions oculaires sont connues depuis longtemps dans la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et s'y présentent avec les mêmes caractères que dans le syndrome de Heerfordt.

On est donc amené à assimiler ce dernier au Besnier-Bœck, dont il ne représenterait qu'une forme particulière. Le domaine de cette réticulo-endothéliose se trouve ainsi considérablement élargi et cette conception pose toute une série de nouveaux problèmes, surtout au point de vue étiologique. L'auteur tend à abandonner la théorie tuberculeuse et se rattache à celle d'une maladie infectieuse chronique d'une réticulo-endothéliose à virus particulier, qui reste à isoler.

Syndrome de Heerfordt. Images radiologiques d'infiltration micro-nodulaire des poumons. Guérison. — *MM. Maurice Lamy, Marcel Mignon* et *J. Polacco* ont observé chez un jeune homme de 18 ans le développement d'une irido-choroïdite et d'une parotidite bilatérale, ensemble symptomatique habituellement décrit sous le nom de syndrome de Heerfordt. A l'uvéo-parotidite étaient associées d'autres lésions : dacryo-adénite bilatérale, adénopathies multiples, éruption de nodules sous-cutanés et sous-aponévrotiques et surtout lésions pulmonaires. En effet, au cours de la maladie les examens radiologiques du thorax, répétés à plusieurs reprises, ont montré la présence d'images d'un type très particulier, voisines des aspects observés dans les tuberculoses miliaires. Toutefois, certaines particularités comme la forme moins arrondie et plus irrégulière des éléments, leur aspect plus allongé en forme de fins cordons et leur extension à partir du hile évoquent une distribution périlobulaire et font penser qu'il pourrait s'agir d'un épaississement de la trame périlobulaire à partir des deux hiles. Malgré l'existence de ces images dont l'importance et la diffusion contrastaient singulièrement avec la conservation d'un état général excellent, le malade a guéri d'une façon complète au bout de trois ans.

Pour certains auteurs, le syndrome de Heerfordt n'est que l'un des aspects d'une localisation particulière de la maladie de Besnier Bœck. Dans le cas qui fait l'objet de cette communication, l'étude histologique d'un ganglion et d'une glande lacrymale n'a pas montré les nappes de cellules épithélioïdes si particulières à la maladie de Besnier-Bœck mais des lésions caséeuses et surtout scléreuses avec présence de follicules et de cellules géantes. L'existence de ces lésions histologiques, la présence de bacilles acido-résistants dans l'expectoration, la constatation de tuberculomes de l'iris paraissent bien signer la nature tuberculeuse de cette uvéo-parotidite.

M. Pautrier fait remarquer la constatation de cellules géantes dans un nodule ne permet pas de conclure à la nature tuberculeuse. Seule, la constatation de bacille de Koch autorise à porter ce diagnostic mais encore faut-il être prudent et se rappeler qu'il peut s'agir d'une simple association.

Syndrome de Heerfort, forme particulière de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — *MM. E. Lesné, C. Coutela* et *J. Lévesque* rapportent l'observation d'une jeune fille de 20 ans qui, jouissant jusque-là d'une santé normale, présenta en juin 1936, après un mois de lassitude, d'amaigrissement et d'état subfébrile une série de manifestations qui caractérisent le syndrome de Heerfordt : hypertrophie parotidienne bilatérale, iritis et kératite, paralysie faciale bilatérale, éruption sur les membres de nodules sarcoïdiques, atteinte des glandes lacrymales, aménorrhée et anosmie. La biopsie d'un des éléments cutanés montre une lésion qui représente l'image intégrale des sarcoïdes dermiques de la maladie de Besnier-Bœck avec ses nappes de cellules épithélioïdes sans cellule géante ni caséification.

Ces différents symptômes permettent d'intégrer le syndrome de Heerfordt, et le syndrome de Mikulicz qui en est une variété, dans la maladie de Besnier-Boeck dont il ne serait qu'une forme clinique.

L'étiologie reste discutée : on doit éliminer les oreillons à cause de l'évolution chronique et de l'absence de contagiosité, la syphilis car la thérapeutique spécifique est sans action ; mais il peut s'agir soit d'une forme spéciale de tuberculose, soit d'une infection à virus inconnu spécifique.

Seules les manifestations oculaires paraissent graves car les autres éléments du syndrome s'améliorent et guérissent. Il n'y a pas de médication spécifique.

Deux cas de rhumatisme gonococcique traités par la para-amino-phényl-sulfamide. — *MM. Brûlé, S. Hillemand* et *L. Vildé* présentent deux malades atteints de rhumatisme blennorragique et traités par la para-amino-phényl-sulfamide.

Leur premier malade présentait une forme grave de rhumatisme pseudo-phlegmoneux du poignet droit qui avait résisté à toutes les thérapeutiques : vaccinothérapie par la porte d'entrée, vaccinothérapie par voie intraveineuse, immobilisation, radiothérapie. Quarante-huit heures après avoir pris quotidiennement 2 grammes du produit, une détente considérable tant au point de vue local que général est observée. Dès arrêt du médicament à deux reprises, une rechute se produisit, elle-même arrêtée immédiatement par la reprise suivie du traitement.

Leur second malade, atteint d'une orchite, se plaignait de douleurs arthralgiques très vives au niveau de la tibio-tarsienne droite. Après 48 heures de traitement, on notait une grosse amélioration de l'orchite et la disparition des algies.

Par ailleurs, les auteurs signalent qu'ils suivent actuellement un troisième malade atteint de rhumatisme gonococcique pseudo-phlegmoneux du genou dont l'arthrite a cédé momentanément à la chimiothérapie ; mais, malgré la continuation du traitement, une rechute avec température s'est produite et une hydarthose s'est développée du côté opposé.

Michelle ZAGDOUN-VALENTIN.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1937

A propos des gastrectomies. — *M. Braine* préconise dans les gastrectomies la technique de Delore (de Lyon) pour la fermeture du duodénum (décollement de la séro-musculeuse, puis lorsqu'on a libéré une bonne collerette de muqueuse, on lie la muqueuse et on l'enfouit). Ce procédé lui a donné d'excellents résultats ainsi qu'à Delore, sans aucun incident post-opératoire.

M. Charrier pense que la ligature du duodénum n'aurait vraiment d'avantages que si on pouvait l'utiliser sans danger dans les gastro-duodénectomies pour ulcères duodénaux, ce qui n'est pas le cas.

M. Lardennois pense que, en milieu peu ou pas septique, la ligature du duodénum peut être suffisante du fait des adhérences plastiques rapidement créées au niveau du moignon. Un travail expérimental serait utile pour préciser les conditions d'emploi de la ligature.

Inclusion de la vésicule biliaire dans le foie. — *M. Gueullette* rapporte un travail de M. Charbonnier et Schauenberg (Genève) qui observèrent chez une malade atteinte anciennement de coliques hépatiques, l'existence d'une vésicule adhérente à la voie biliaire principale, et dont la face supérieure était incluse dans le tissu hépatique et prolongée par un diverticule intra-hépatique, contenant des calculs et perforé. Le terme d'inclusion est peut-être un peu erroné, puisqu'il s'agit en réalité d'une vésicule enfouie sous une réaction importante de péricholécystite. L'existence de diverticules est connue : reliquats de voies biliaires accessoires, il sont le plus souvent latéraux. Les diverticules du fond de la vésicule sont peut être de faux aspects diverticulaires par cloisonnement horizontal de la vésicule. Jean CALVET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre 1937

M. Mourier, prenant la parole à propos de la communication de M. Duhamel, apporte des chiffres pour démontrer que les nouvelles lois sociales n'ont en rien aggravé la mortalité dans les hôpitaux de Paris. Et il rappelle que le personnel de l'Assistance publique est au-dessus de tout éloge.

M. Duhamel se défend d'avoir voulu faire allusion spécialement à l'Assistance publique. Sa documentation, qu'il tient à la disposition de l'Académie, est aussi bien basée sur des documents fournis par des médecins et chirurgiens de Paris que sur ceux envoyés par la province et relatifs tant aux hôpitaux officiels que privés.

Rostan, en 1848, avait consacré une de ses leçons, à l'Hôtel-Dieu pour célébrer les bienfaits de la République. *M. Lapicque* tient aussi à célébrer les progrès que comporte l'évolution actuelle.

« J'ai à clamer ma joie dit-il de voir enfin luire une aurore que j'ai attendue toute ma vie et que j'avais peur de ne pas voir luire avant de mourir. Cette aurore c'est celle de la justice sociale, celle de la fraternité qui doit être à la base des hôpitaux, cette fraternité qui suppose l'égalité ; égalité qui n'existait pas car il y avait surtout de l'hypocrisie qui maintenait un régime de caste et d'injustice. Ceci est en train de disparaître, et je suis persuadé que tout ce personnel des hôpitaux n'en sera que meilleur après cette phase transitoire par le fait même qu'on aura reconnu davantage sa dignité et qu'il ira vers une vie indépendante. »

M. Sergent dit qu'il considère comme son devoir de rendre justice au personnel médical des hôpitaux.

Etudes sur le benzolisme latent. — ***MM. P. Emile-Weill, S. Perles, et Aschkenasy.*** — Au cours d'une enquête clinique et hématologique pratiquée sur plus de cinquante artisans en vêtements imperméables, maniant le benzol, tous bien portants en apparence, les auteurs découvrent parmi ces travailleurs un très fort pourcentage de cas d'anémie latente. Cette anémie, notée dans 50 % des cas, touche électivement le sexe féminin. Elle réalise dès ce stade latent le tableau d'une anémie benzolique classique avec leucopénie et thrombogénie ; la granulopénie se voit surtout chez les femmes, l'éosinophilie chez les hommes. Les troubles de la crase sanguine sont également fréquents, influencés eux aussi par le sexe. C'est ainsi que chez les hommes les modifications portent surtout sur le temps de coagulation, chez les femmes elles sont par contre à type hémogénique. Dans les deux sexes, on observe toujours une absence de rétraction ou de l'émiettement du caillot.

La ponction sternale a révélé un fort pourcentage (25 %) d'aplasie ou plutôt d'hypoplasie médullaire, soit globale (surtout chez les femmes), soit partielle et s'accompagnant d'une réaction lymphoïde, (surtout chez les hommes). Enfin l'examen du suc gastrique pratiqué dans 9 cas a décelé chez tous sauf un, une hypoacidité marquée.

En résumé, vu l'extrême précocité de l'intoxication sanguine, les auteurs concluent d'une part à l'intérêt que présenteraient chez ces travailleurs des examens hématologiques précoces et systématiques avec étude des myélogrammes ; d'autre part à la nécessité de prendre des mesures rigoureuses pour améliorer les déplorables conditions hygiéniques du travail à domicile.

Sur la microflore envahissante des laits de consommation. Son origine. Sa signification dans les contrôles hygiéniques. — ***MM. G. Guittonneau, G. Mocquot et A. Myrard*** ont précisé les enseignements hygiéniques qu'on peut tirer de l'examen de la microflore banale des laits, avant ou après la pasteurisation.

La contamination initiale, pratiquement inévitable, des laits crus et les germes thermorésistants qui subsistent obligatoirement dans les laits pasteurisés ne jouent normalement dans l'invasion microbienne des laits qu'un rôle très effacé et souvent insignifiant. Pratiquement ce sont toujours des contaminations secondaires fortuites, mais facilement évitables, qui servent de point de départ aux proliférations microbiennes envahissantes, aussi bien dans les laits crus que dans les laits pasteurisés. Or, ces contaminations secondaires doivent, en principe, être tenues pour indésirables, soit parce qu'elles tendent à dénaturer le lait (ferments lactiques vrais à codification rapide) soit parce que leurs affinités bactériologiques les rendent suspectes (bactéries de la flore intestinale). On peut donc dire que la faible teneur d'un lait en germes banaux prouve que ce lait a été traité avec soin. C'est là une garantie de sa qualité hygiénique qui doit toujours compléter l'assurance primordiale qu'il ne renferme aucun germe pathogène.

Méthode permettant de déceler la présence d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, ou de certaines vapeurs toxiques, et d'en apprécier la quantité. — ***M. Jean Demesse.***

Méthodes nouvelles permettant de contrôler les conditions de salubrité de l'air dans les espaces confinés. — ***M. André Kling.***

Absorption du proche infra-rouge par les divers milieux constitutifs de l'œil. — ***MM. C. Legrand* et *J. Rollet.*** — En conclusion, la cornée se révèle l'organe protecteur le plus important contre les infra-rouges.

Rapport sur la séro-prévention de la rougeole. — ***M. A. Lemierre.*** — La séro-prophylaxie de la rougeole connaître encore de temps à autres des impossibilités d'exécution et des échecs. Le sérum des convalescents, même maintenu à la glacière, ne conserve pas très longtemps son pouvoir anti-infectieux. Les sérums les plus actifs sont ceux qui ont été le plus récemment prélevés. On ne peut compter que très imparfaitement, même en l'employant à des doses considérables, sur l'efficacité de sérums recueillis pendant l'épidémie sévissant chaque année en hiver et au printemps et que l'on voudrait utiliser au début de l'hiver suivant. Ce sont, d'autre part, les seuls sérums dont on dispose habituellement à cette époque de l'année, la rougeole épargnant tout spécialement les adultes pendant la saison chaude.

C'est seulement quand on sera parvenu à accroître la production de sérum de convalescents qu'on pourra donner une nouvelle impulsion à la campagne en faveur d'un emploi plus large de la séro-abortion et de la séro-atténuation de la rougeole.

Mais il sera toujours bon de rappeler aux médecins que les réserves de sérum ne sont pas inépuisables et que, pour éviter tout gaspillage préjudiciable à la collectivité, les injections préventives doivent être réservées aux enfants très jeunes ou débilités, surtout lorsqu'ils sont rassemblés dans des services hospitaliers ou dans des crèches, et aussi aux femmes enceintes.

Election du Bureau. — M. Sieur est élu vice président ; M. Brouardel, secrétaire annuel et MM. Carnot et Coutière, membres du Conseil, pour 1938. A. T.

« Nous avons signalé, d'après les lettres que nous avons reçues l'indifférence déplorable dont nombre de médecins praticiens font preuve à l'égard du syndicalisme. Nous avions cru que cette indifférence était localisée à Paris et au département de la Seine où le nombre des syndiqués est hors de proportion avec les dissidents qui sont de beaucoup plus nombreux.

Or, le bulletin d'octobre d'un Syndicat de province publie la liste officielle des médecins d'un département et nous constatons avec peine que le quart de l'effectif des praticiens qui y exercent, est dissident. Nous pensons que ce quart n'est pas composé uniquement d'indésirables et il est fâcheux d'y constater pareille proportion d'indifférents ou de sceptiques. » (J. NOIR. Pour une meilleure organisation de nos Syndicats. A propos de l'indifférence des praticiens syndiqués. L'utilisation du référendum. *Le Concours Médical*, 12 décembre.)


DIASTO-PEPSINE
RICHEPIN
PEPSINE-PANCRÉATINE-DIASTASE
DIGÈRENT TOUT
Viandes, Légumes, Féculents & Corps gras
REPOSE LE FOIE & L'INTESTIN
2 ou 3 pilules après le repas
ou un verre d'Elixir très agréable après le repas
H.G.
Activé par le Foie
VOIE RECTALE
Aucun inconvénient d'âge ou de sexe
Enfants, Adultes, Nourissons, Femmes enceintes
HEREDO
SUPPARGYRES
du Dr FAUCHER
ACTION SÛRE, DISCRÈTE
ABSORPTION RAPIDE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE
OU TROUBLES
QUELCONQUES
Toutes les faiblesses
NERVOCITHINE TISSOT
HÉPATHISÉE
Hémoglobine et Extrait de Foie frais
Méthode Wipple activée
Associée aux Nucléinates Organiques
SAVEUR AGRÉABLE :
sirop, dragées, ampoules
Doses : 1 à 2 ampoules par jour,
2 à 4 dragées
ou cuillerées de sirop.
Enfants : moitié dose.
ESTOMAC NET - INTESTIN NET
FORME LA PLUS PARFAITE ET LA PLUS ACTIVE DU CHARBON
GRAINS ANISÉS DE
CHARBON TISSOT
Absorbent_Divisent_Expulsent
RÉALISENT
le véritable
et continuel
rajeunissement
de l'intestin.
AGISSENT
par leur forme,
leur volume
et le Gluten
mucogène
ABSORPTION CUTANÉE
Rhumes_Bronchites_Grippes, etc.
BRONCHODERMINE
La peau est l'agent d'absorption le plus rapide
GAÏACOL_HÉLÉNINE_TERPINOL_EUCALYPTOL
POUR TOUS LES ÂGES
Absorption et assimilation rapides
PANUROL
TISSOT
CONTIENT TOUS LES
SOLVANTS
des sels uriques
et uratiques
Aide et soutient
LE REIN
dans sa double fonction :
FILTRE & GLANDE
2 à 3 cuillerées par jour.
Le Carnoï
est le meilleur Vin de VIANDE.
Laboratoires du Docteur TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS

Echos et Glanures

La maison de santé du docteur Blanche. — Prost, élève de Bichat, et son continuateur en anatomopathologie avait acquis, en 1809, à Montmartre, une maison, dite la « Folie Cendrin » où il s'était mis à traiter les insensés.

Malgré le succès qui lui vint rapidement et l'obligea à agrandir sa maison, il en abandonna la direction, en 1818, à un jeune médecin, Esprit Blanche: ce dernier la transféra, en 1846, à Passy.

Après sa mort, survenue en 1852, elle fut dirigée par son fils le Docteur Emile Blanche;qui la conserva jusqu'en 1872. Elle fut alors reprise par le Docteur Meuriot qui en fut le directeur jusqu'en 1901, qui lui succéda, la transféra dans la banlieue de Paris et la dirige toujours.

La maison de santé du Docteur Blanche eut des clients illustres. Le Docteur Le Breton qui vient de lui consacrer une intéressante thèse (Vigné, Paris, 1937) rappelle les noms de Legouvé de Mme de Lavalette, du général Travot, d'Antony Deschamps, de Gérard de Nerval, de Maupassant, de Jobert de Lamballe, Il y en eut beaucoup d'autres dont il ne sera possible de dire les noms que plus tard.

Les traitements mis en œuvre à la maison du Docteur Blanche méritent aussi une mention. Esprit Blanche fut un des premiers à employer la sonde œsophagienne dans les cas de refus d'alimentation. C'est chez lui qu'on innova le système de la vie et de l'atmosphère familiale. Et les résultats en sont assez bons pour que le nom du promoteur de la méthode ne soit point oublié.

A propos de l'hôpital « moderne » du Mont-Valérien. — *M. Etienne Rappe publie dans* LE FRONT ÉCONOMIQUE (16 déc. 1937) *l'article suivant* :

Le 18 novembre dernier paraissait sous ma signature un article intitulé : « Un hôpital pour les classes moyennes est édifié au mont Valérien », où je narrais, avec la sympathie naturelle devant tout effort nouveau, mes impressions d'une visite à cet hôpital du mont Valérien.

Hélas ! Tout ce qui brille n'est pas or, et, le lendemain matin, une lettre du Docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français, se chargea bien vite de m'apprendre que je m'étais laissé leurrer par les apparences. Ne pouvais-je cependant me flatter d'être en bonne compagnie, puisque, quelques jours auparavant, le Président de la République était allée en personne inaugurer cette « institution pour bénéficiaires filtrés », pour reprendre les mots du Docteur Cibrie.

Nos lecteurs ont d'ailleurs eu communication de ce document, sur lequel j'ai ensuite prié le Docteur Cibrie de me donner des renseignements complémentaires. J'ai vu aussi le Docteur Tissier-Guy, du Syndicat médical de la Seine : le Docteur Masmonteil, — dont la clinique d'un modernisme pousssé fait l'admiration de tous les étrangers qui la visitent — et enfin le Docteur Wolfromm, remplaçant le Docteur Bouchet, président de la fondation Foch, parti en Amérique chercher, ai-je cru deviner, les fonds supplémentaires.

Il est un point auquel les médecins tiennent d'une façon toute particulière, c'est le respet de la « charte médicale », c'est-à-dire des quatre règles d'or de la profession médicale, soit :

1° Libre choix du médecin ;
2° Libre fixation des honoraires du médecin ;
3° Liberté de prescription ;
4° Secret médical absolu.

La « charte » est-elle respectée à l'hôpital du mont Valérien ? Là était l'essentiel de la question.

Sur les deux derniers paragraphes, aucun doute ne s'élève. Ils sont appliqués, c'est indéniable. Sur les deux premiers, aucun doute non plus, ils ne le sont pas ! Et c'est là ce qui est grave.

Le Docteur Wolfromm ne le nie pas, mais il m'a exposé qu'admettre le libre choix du médecin dans un hôpital aussi bien agencé que celui du mont Valérien était introduire un élément de désordre incompatible avec son bon fonctionnement. Permettre qu'un nombre de chirurgiens illimité — ou limité seulement pour le nombre de lits — puisse venir exercer dans cet hôpital, lui semble une gageure. « Aussi bien, ajouta-t-il, ce libre choix n'existe ni à l'Assistance publique, ni dans nombre d' « hôpitaux libres », ni même dans certaines cliniques privées. D'ail-

leurs, a-t-il précisé le nombre de chirurgiens attachés à son établissement ira croissant, au fur et à mesure de la venue de nouveaux clients, puisque le nombre des malades est limité à 25 par praticien.

Sur ce point, je donne raison au Docteur Wolfromm, — et je suis sûr que le Corps médical ne me démentira pas — il est très difficile d'ouvrir les portes d'un hôpital à tous les membres des syndicats médicaux. Un contrôle s'impose, mais il faut le confier à une commission impartiale, — dans la mesure du possible évidemment, — et non le laisser à l'arbitraire du Comité de direction.

Ou alors, car malgré tout charbonnier est maître chez lui, il aurait fallu que le Docteur du Bouchet ouvre une clinique privée, avec les moyens dont il dispose, y compris des dons privés, mais qu'il ne fasse pas appel à la « manne publique ». Car il conviendrait de faire le point : ou bien l'hôpital du mont Valérien est une institution publique, et, dans ce cas, il importe de le voir ouvert à un nombre convenabe de chirurgiens, ou bien c'est une clinique privée, et alors l'exemption de patente ne se justifie pas.

J'en arrive ainsi au dernier grief qu'on oppose à la fondation Foch. Pourquoi, malgré ces avantages fiscaux et malgré qu'elle s'abstienne de faire le moindre bénéfice, les prix imposés sont-ils les mêmes que dans bien des cliniques privées, supérieurs même à ceux de certaines — comme celle du Docteur Masmonteil, qu'on m'a citée comme un exemple particulièrement frappant d'économie bien dirigée ? C'est, m'a-t-on dit, que l'on s'adresse aux classes moyennes, et non aux pauvres, et qu'on leur donne à un prix normal des soins de qualité particulière. Le contraire serait évidemment étonnant dans un bâtiment de quarante millions de francs ; mais il semble plutôt bizarre que ce résultat ne puisse être obtenu qu'après traitement de faveur de la part des autorités, et que, malgré tout, les frais ne soient pas couverts, comme l'a avoué le trésorier de la fondation Foch. Les médecins et chirurgiens y sont bien rémunérés au tarif syndical, mais n'en est-il pas de même ailleurs ?

Voilà quels sont les défauts que cachait une façade étincelante. Mais qu'on ne croie pas que je veuille m'en prendre à la seule fondation médicale du mont Valérien. Les reproches que j'adresse ici à cette institution, bon nombre de fondations de la région parisienne, et d'ailleurs, peuvent les prendre à leur compte. Une tendance se dessine, d'une façon malheureusement sournoise, de concurrencer les médecins pratiquants de la même façon que les magasins à prix unique le font pour les petits commerçants. L'attaque se fait selon des méthodes moins évidentes, et le plus haut magistrat de la République s'en fait parfois le complice inconscient.

BIBLIOGRAPHIE

MÉDECINE

Dictionnaire des examens de laboratoire, par le Docteur AGASSE-LAFONT, A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH. Un volume (25 × 16,5), 448 pages, avec fig., 120 fr. Vigot, édit., rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Donnant tous les renseignements nécessaires classés par ordre alphabétique.

1° Indications d'après les maladies et techniques ;
2] Prélèvements : instrumentations et techniques ;
3° Nomenclature et exposé succinct des réactions, méthodes, tests et épreuves diverses ;
4° Tableaux synoptiques concernant les différents liquides organiques, les sécrétas et les excrétas -(constantes biologiques).

Cette œuvre ne fait double emploi avec aucune autre, et n'est pas spécialement destinée aux hommes de laboratoire. Ceux-ci, y puiseront souvent une documentation précieuse. Mais le médecin-praticien aussi y trouvra avec rapidité et commodité tous les renseignements de laboratoire qui lui sont nécessaires :

1° En ce qui concerne toute maladie, tout syndrome, toute intoxication, l'indication précise des examens de laboratoire, leur importance relative, le moment de les pratiquer, la façon d'en interpréter le résultat ;
2° Pour les prélèvements, toutes les précisions nécessaires, concernant le moment et les autres conditions de prélèvement, l'instrumentation avec description d'instruments perfectionnés ou d'invention récente, la technique même du prélèvement, précautions à prendre, incidents possibles et moyens d'y remédier ;
3° Une nomenclature des réactions, méthodes, tests et épreuves diverses. Pour chacune d'elles un exposé succinct, mais donnant cependant les notions essentielles : quelques mots d'historique, quand il est particulièrement intéressant à connaître, son principe, ses applications, sa valeur, avec, s'il y a lieu, mention d'opinions divergentes, son interprétation, et enfin, quand la technique qui doit être pratiquée au laboratoire n'est pas

d'application courante, une indication bibiographique qui permettra de la trouver aisément et sans multiples recherches :

4° Des tableaux synoptiques concernant les différents liquides organiques, secrétas et excrétas, donnant une vue d'ensemble sur leurs différentes propriétés, à l'état normal et dans les états pathologiques.

L'Infirmière hospitalière. GUIDE THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ÉCOLE FLORENCE NIGHTINGALE-BORDEAUX (2 volumes avec figures). Tome I : *Organisation de la profession d'infirmière. Soins généraux aux malades. Médecine*, 32 francs ; Tome II : *Chirurgie. Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Oto-rhino-laryngologie. Ophtalmologie. Physiothérapie*, 36 francs. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Ce manuel essaye de réunir la « pratique » et la « théorie » pour faciliter la tâche des élèves infirmières et leur laisser, à la sortie de l'école, un résumé de toutes les notions indispensables à un travail utile et fécond.

Pour paraître en décembre 1937 : Claude BERNARD. **Pensées** (*Notes détachées*). Préface de M. le Professeur d'Arsonval, membre de l'Institut. Introduction et notes par le Docteur Léon Delhoume, lauréat de l'Institut.

Un volume in-8° de 400 pages. La matière de cet ouvrage a été fournie par deux cahiers inédits de Claude Bernard enfermant des pensées philosophiques et des notes de physiologie.

Ouvrage orné d'un portrait de Claude Bernard et illustré des dessins de Claude Bernard.

20 exemplaires numérotés sur vélin pur fil à 100 francs l'exemplaire ; 450 exemplaires numérotés sur papier ordinaire à 30 francs l'exemplaire.

Les souscriptions sont reçues dès à présent et doivent être adressées au Docteur Léon Delhoume, à Pierrebuffière (Haute-Vienne), accompagnées de leur montant.

La souscription sera close le 25 décembre 1937. Pour recevoir l'ouvrage par la poste, prière d'ajouter 2 fr. 50 pour port et emballage.

LES LIVRES DE LA SEMAINE

Comptes rendus du 1er Congrès international de thérapeutique (Berne 1937). 624 p. Br. : 170 fr. (*Masson*).

CUSHING (Harvey). — **Tumeurs intracraniennes.** Etude analytique de 2.000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire. Ill. 111 fig. 194 p. Br. : 80 fr. (*Masson*).

DESPLAS (B.), MONLONGUET (P.) et MALGRAS (P.). — **L'exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale.** Ill. 40 fig. 120 p. Br. : 40 fr. (*Masson*).

VEAU (Victor). — **Bec de lièvre.** Formes cliniques. Chirurgie. Ill. 1.214 fig. 326 p. Br. : 100 fr. (*Masson*).

VIGNES (H.) et ROBEY (M.). — **Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme** (2e éd.). Ill. 13 fig. 88 p. Br. : 16 fr. (*Masson*).

P. S. — Les Laboratoires ROSA prient Messieurs les Médecins de les excuser d'un léger retard survenu dans leur service d'échantillonnage de **CHOPHYTOL** dû à l'abondance des demandes.

Qu'ils soient rassurés, le **CHOPHYTOL** leur parviendra assez tôt pour leur permettre de jouir sans appréhension des agapes de fin d'année. Toutes les demandes même tardives seront servies.

Bonne fête ! Bonne chère !

Le Gérant : Dr Victor GENTY

CLERMONT (OISE). — IMP. THIRON ET Cie

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

N

O

R

S

T

U

V

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
R. C. Clermont 4264